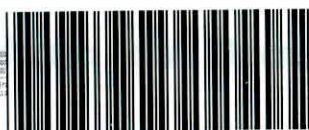


Escuela Superior Politécnica del Litoral

**Escuela de Postgrado en Administración
de Empresas**

Programa de Gerencia en Servicios de Salud

Segunda Promoción



ión

Título del Trabajo:

“Estudio de oferta y demanda de la atención Materno Infantil del Centro de Salud Dra. Mabel Estupiñan, Machala Provincia de El Oro, 1997 y propuesta de mejoramiento de la calidad de Atención”

Realizado por:

**Dra. Mariana P. Ayerve Fariñas
Lcda. Hilvia M. Figueroa Cano**

Dirigido por:

Dr. Daniel Solano Gavilánez

Guayaquil, Diciembre 1997

TABLA DE CONTENIDO

Páginas

Agradecimiento	
Dedicatorias	
Resumen Ejecutivo	
Introducción.....	I
Antecedentes y Justificativos.....	III
Objetivos.....	IV
I. Marco Teórico	
1. Políticas de Atención Materno Infantil en el Ecuador.....	5
1.1. Antecedentes Históricos.....	5
1.2. Programas de Atención Materno Infantil	9
1.2.1 Atención a la mujer.....	11
1.2.1. Atenciónal niño.....	12
2. Situación de Salud de la Provincia de El Oro.....	13
3. Calidad.....	14
3. Dimensiones de la Calidad.....	15
3.1.1. Competencia Profesional.....	15
3.1.2. Acceso a los servicios.....	15
3.1.3. Eficacia.....	16
3.1.4. Continuidad.....	16
3.1.5. Seguridad.....	16
3.1.6. Comodidad.....	16
3.1.7. Satisfacción.....	16
3.2. Ciclo de Mejoramiento de la Calidad.....	17
3.3. Técnicas y Herramientas de la calidad.....	17
3.3.1. Tormenta de ideas.....	18
3.3.2. Diagrama de Pareto.....	18
3.3.3. Diagrama de Causa y Efecto.....	18
3.4. Ciclo PHVA o Ruta de Mejoramiento.....	18

4. Calidad en los Servicios de Salud.....	20
4.1. Garantía de Calidad.....	20
4.2. Elementos de la Garantía de Calidad.....	20
4.2.1. Indicadores de Estructura.....	20
4.2.2. Indicadores de Proceso.....	20
4.2.2.1. Uso.....	21
4.2.2.2. Eficiencia.....	21
4.2.3. Indicadores de Resultados.....	22
5. Centro de Salud Dra.Mabel Estupiñan.....	23
5.1. Generalidades.....	23
5.2. Misión.....	23
5.3. Capacidad Resolutiva.....	24
5.4. Estructura Orgánica.....	24
5.5. Disponibilidad.....	25
5.6. Accesibilidad.....	25
5.7. Información Demográfica, Epidemiológica y del Entorno.....	26
5.8. Indicadores de Proceso.....	29
5.8.1. Uso: Extensión e Intensidad.....	29
5.9. Indicadores de Resultados.....	30
6. Identificación de variables.....	32
6.1. Operacionalización de variables.....	33
II. Diseño Metodológico	
1. Tipo de Estudio.....	34
1. Universo.....	34
2. Método de Recolección de Datos y Elaboración de Instrumentos.....	34
3.1. Tipos de instrumentos a utilizar para oferta y demanda.....	34
3.2. Información a recoger.....	35
3.3. Estructura del formulario.....	35
3.3.1. Encuesta a Proveedores.....	35
3.3.2. Guía de observación.....	35
3.3.3. Encuesta a usuarios externos.....	35
3.4. Prueba del Instrumento.....	35

3.5. Procedimientos para recoger la información.....	36
3.5.1. Tiempo de ejecución del estudio.....	36
3.5.2. Preparación de encuestadoras.....	36
3.5.3. Sensibilización a usuarios internos	36
3.5.4. Recolección de datos.....	36
4. Plan de Tabulación y Análisis.....	37
III. Resultados y Análisis.....	38
IV. Conclusiones.....	51
V. Recomendaciones.....	53
VI. Propuesta de Mejoramiento.....	55
Referencias Bibliográficas.....	56
Bibliografía.....	57
Anexo # 1.....	59
Anexo # 2.....	62
Anexo # 3.....	64
Anexo # 4.....	65

AGRADECIMIENTO

Nuestro sincero agradecimiento quede grabado en el presente trabajo para los siguientes organismos: **Agencia Internacional para el Desarrollo** y al **Ministerio de Salud Pública**, quienes nos brindaron su apoyo efectivo, a través de las becas de estudio y el permiso respectivo para la asistencia a clases presenciales y de tutoría, sin su ayuda no hubiera sido posible culminar con éxito nuestro propósito deseado.

AL Dr. Ernesto Torres y por su digno intermedio a la Escuela Superior Politécnica del Litoral y a la Escuela de Postgrado en Administración de Empresas por la gran iniciativa de formar Gerentes en Servicios de Salud con un alto nivel académico que mucha falta hace a nuestro Ecuador. Al personal docente y administrativo que contribuyeron en el transcurso del mismo.

Así mismo queremos agradecer a nuestros compañeros de aula y en especial a los de nuestra provincia, por su sentido de solidaridad y compañerismo demostrado durante todo el tiempo que duró el Postgrado.

A los funcionarios del Centro de Salud Dra. Mabel Estupiñan por su gran aporte y colaboración demostrado durante el proceso de investigación.

Nuestro agradecimiento eterno al Ser Supremo en quien como cristianas confiamos plenamente, por mantener nuestra fé y espíritu siempre en alto.

DEDICATORIA

El empeño que pongo en las cosas que hago y el deseo de superación constante son cosas que las aprendí de mis padres Alberto y Angelita y de mis hermanos, pero también he aprendido de mis compañeros y amigos muchas cosas que me hacen crecer cada día como ser humano., son todos valores que no se pueden perder.

Mariana Patricia

A quienes son parte de mi vida: Holger, mi esposo y a mis hijas Paola Lissette y Diana Estefanía por su comprensión y apoyo en mis días de ausencia. Siempre tuvieron en mente que a través de la Educación Continua alcanzaría el éxito, el mismo que redundará en beneficio de todos.

Hilvia Marina

RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo de investigación “ **Estudio de Oferta y Demanda en la Atención Materno Infantil del Centro de Salud Dra. Mabel Estupiñan, Machala, Provincia de El Oro, de agosto a noviembre de 1 997, y Propuesta de Mejoramiento de la Calidad de Atención**”; cuyo objetivo es **identificar cómo inciden las dimensiones de la calidad en la atención materno infantil y diseñar una propuesta de mejoramiento.** ✓

✓ Este estudio transversal, descriptivo y analítico, recoge información de usuarios internos y externos involucrados en la atención materno infantil, mediante la aplicación de cuestionarios con preguntas semiestructuradas, que incluyen a las variables de competencia profesional y satisfacción de usuarios; otro método de recolección es la observación directa y la revisión de historias clínicas. ✓

El Centro de Salud cuenta con un total de 33 personas al interior de la misma entre empleados y obreros, de ellos personal dedicado a las actividades que como Jefatura de Area le corresponden son 12 funcionarios, mientras que para las actividades exclusivas de la unidad hay 21 personas.

Los profesionales de esta unidad tienen un muy buen grado de conocimientos y alto porcentaje de cumplimiento, que podrían verse afectados por la escasa organización del Departamento de Estadístico y por la poca disponibilidad tanto en calidad como en cantidad de recursos necesarios.

La satisfacción de usuarios internos y externos está influenciada por el ambiente físico que no es el más confortable en sus diferentes aspectos, lo que genera cierto grado de inconformidad debido a que esta unidad de salud ha sido adaptada en función de la demanda y su capacidad resolutive. La comunicación es vertical, no fomenta la interrelación de criterios ni la retroalimentación; el salario no está acorde con el trabajo realizado y con el alto costo de la vida.

Otro de los aspectos vistos en la motivación es la inexistencia de un plan de capacitación continua, a más de la falta de apoyo técnico y económico para el efecto; sin embargo de lo antes mencionado, al personal le gusta el trabajo que realiza.

Un punto de gran consideración en la parte organizativa es que un gran número de pacientes tiene que esperar para la consulta entre dos y tres horas; la falta de continuidad en la atención es propiciada por el usuario interno ya que no se señala de manera íntegra la fecha de la siguiente consulta. Así mismo se habla de un mal trato a pacientes y familiares en las tres secciones involucradas en la atención siendo mayor en estadística. A pesar de ello existen acciones positivas y rescatables en los profesionales que han determinado un buen nivel de confianza de los pacientes hacia la unidad, lo que debería ser considerado por el equipo de salud.

Finalmente el presente trabajo incluye el primer perfil del borrador de una propuesta de mejoramiento de la atención Materno Infantil del Centro de Salud. "Dra. Mabel Estupiñán", que básicamente consiste en la conformación de un comité Multidisciplinario con objetivos y funciones específicas que permitan brindar servicios con calidad y calidez. /

INTRODUCCION

La situación actual de la población ecuatoriana y particularmente la problemática de salud, demanda de los diferentes sectores una participación conjunta e integrada, en torno a los objetivos que pronuncien el mejoramiento de las condiciones de vida de los habitantes.

La magnitud de los problemas de salud de mujeres y niños está expresada en las estadísticas vitales del país, a través de los altos índices de morbilidad materno infantil, originados por problemas fácilmente prevenibles .

Es observable en los niveles de atención básica la gran demanda de servicios, tanto para las acciones curativas como preventivas, en lo que respecta a primeras consultas, no así en las subsecuentes, de tipo preventivo; ésto ha impedido alcanzar las concentraciones adecuadas.

Los programas de salud se han visto afectados por los cambios políticos, detectándose falta de constancia en los propósitos de cada institución; ello ha significado una sucesión de planes de mejoramiento que no han diferenciado ningún cambio en la oferta y demanda.

El Ministerio de Salud Pública con la finalidad de que existan criterios unánimes en la atención del binomio madre-niño ha elaborado Normas de Atención Materno Infantil, las mismas que son adaptables de acuerdo a la capacidad resolutive de las unidades de salud, pero sin perder su principio para el que fueron diseñadas.

Los programas de garantía de calidad a más de disminuir la morbilidad pretenden utilizar de manera óptima los recursos existentes y alcanzar a la par de resultados exitosamente cuantificables, la satisfacción de proveedores y demandantes; vencer todos aquellos obstáculos que en un momento dado infieran en el acceso al servicio de salud.

El presente estudio de investigación describe, el desarrollo histórico y políticas de salud en el Ecuador, desde los años treinta hasta la actualidad, programas de atención materno infantil, proceso de garantía de calidad y la gestión organizacional del centro de salud, en función de la estructura, proceso y resultados. El estudio se centra principalmente en la oferta y demanda de la atención a mujeres y niños que acuden espontáneamente. Este trabajo es de tipo transversal, descriptivo analítico, que pretende fundamentalmente medir la competencia profesional y la satisfacción en los proveedores y en los usuarios externos la accesibilidad y la satisfacción técnica, humana y

ambiental. Es preciso señalar que la eficiencia a pesar de ser considerada como un indicador muy importante de la calidad, no es objeto de nuestro estudio por limitantes económicas y de tiempo; así mismo en lo que a herramientas de calidad se refiere no constan puesto que el trabajo se basa en la medición de las dimensiones de la calidad.

ANTECEDENTES Y JUSTIFICATIVOS

Este trabajo se realizó en el Centro de Salud Dra.Mabel Estupiñán, que es la Jefatura del Area 1 de Machala, Provincia de El Oro; la que por su complejidad cuenta con mayor número de recursos humanos, materiales y económicos en relación con los subcentros del área de salud en mención, a pesar de ello estos continúan siendo deficientes para atender a la población asignada y resolver los problemas de la misma y de su entorno.

Esta unidad antes de la descentralización era responsable de todos los subcentros de Machala y El Guabo, a partir de aquel entonces el cantón Machala se divide en dos áreas de salud, quedando integrada de dicha manera el Area 1 por 7 subcentros urbanos y el centro de salud que es objeto de nuestro estudio, a partir del año actual se hace una nueva división en función de lo que son las parroquias.

El personal que integra el equipo de salud ha pretendido cumplir con la demanda y por lo tanto con la institución, pero hay muchos aspectos que se pasan por alto.como son los conocimientos adquiridos así como el correcto cumplimiento de las normas. Es mencionable la falta de incentivos en lo que a capacitación se refiere, pues de considerarse de manera más frecuente, permitirían alcanzar resultados más objetivos en el quehacer diario de salud.

El proceso de prestación de los servicios de salud, tradicionalmente ha sido cuantificada en dimensiones que no precisamente incluyen características basadas en la calidad de atención, que haga necesaria determinar la efectividad, la eficacia y los aspectos administrativos que sobre estos influyen

Desconocemos de trabajos realizados al respecto en nuestra provincia; por lo tanto partimos con la presente investigación que servirá de guía para futuros trabajos, como medio para el análisis y evaluación de la gestión organizacional y lo que es más importante permitirá medir el grado de satisfacción tanto de usuarios internos y externos , razón de ser de las instituciones de salud.

OBJETIVOS

GENERAL:

Identificar cómo inciden las dimensiones de la calidad en la atención materno infantil del Centro de Salud Dra. Mabel Estupiñan y diseñar una propuesta tendiente a mejorar las situaciones detectadas.

ESPECIFICOS:

1. Determinar en los usuarios internos el grado de conocimientos y aplicación de normas de atención materno infantil y la disponibilidad de recursos para la ejecución de tareas.
2. Identificar situaciones que dificultan el acceso a la consulta materno infantil.
3. Determinar el grado de satisfacción de usuarios internos y externos en la consulta materno infantil.
4. Diseñar una propuesta tendiente a mejorar la calidad de atención materno infantil en función de los resultados obtenidos.

I. MARCO TEORICO.

1. POLITICAS DE ATENCION MATERNO INFANTIL EN EL ECUADOR.

1.1. ANTECEDENTES HISTORICOS.- A finales de la década de los treinta, producto de la investigación epidemiológica realizada por algunos estudiosos de la materia determinaron la difícil situación por la que atravesaba nuestra población, sobre todo la de los estratos pobres, urbano marginales y rurales; las tasas de mortalidad fueron alarmantes como lo revelan datos de 1940, en donde la “ muerte infantil llegaba a 158 por mil nacidos vivos, a causa del sarampión, viruela y otras, y la general alcanzaba los 25 por mil habitantes” 1. Para aquel entonces la salud de la población era responsabilidad del Ministerio de Previsión Social, a través de Asistencia Social, Sanidad e Higiene; el mismo que carecía de una Política de Salud definida que le permitiera disminuir los altos índices mencionados.

Desde febrero de 1942, entre las resoluciones del III Congreso Médico Nacional estaban las de solicitar a la Legislatura, la creación del Ministerio de Salubridad; durante todos estos años se siguió trabajando a través de los periódicos y presentaciones científicas que justificaron la necesidad de la creación de dicho organismo

En 1946 al crearse la Organización Mundial de la Salud, el Ecuador como miembro de la misma, se compromete para alcanzar para su pueblo el más alto nivel de salud.

A finales de 1948 se presentó a la Cámara un proyecto de apoyo a los médicos legisladores, el cual recogía la inquietud de otros profesionales, y lamentablemente fue objetado por el Ejecutivo. Por parte del gobierno se mantiene un desinterés respecto de la propuesta; sin embargo la Federación Médica Ecuatoriana persiste en su clamor.

En 1961 como respuesta a lo tratado en Punta del Este (Uruguay), en donde se declaró “solamente que existe una tarea para los pueblos de nuestro continente: el derecho a alcanzar los cinco años de vida de los recién nacidos” 2. El Gobierno Nacional resuelve la creación de un Departamento Técnico Nacional de Salud formulado por el Consejo Consultivo de Salud.

De 1964 a 1966 se hace un Plan Nacional, el mismo que no fue ejecutado; dos factores influyeron en la creación del Ministerio de Salud: **1.** El debilitamiento de la Asistencia Pública y **2.** la "Declaración de Punta del Este, que impulsa una transformación económica y tecnológica desde el norte hacia la región, mediante los diferentes organismos de colaboración internacional, con el fin de atenuar la conflictividad social y política de la época, siendo la salubridad parte importante de tal iniciativa" **3.** En 1967 la Asamblea Constituyente crea un organismo que asume la responsabilidad de protección de salud de la población, que es el **MINISTERIO DE SALUD PUBLICA**, según Decreto No. 084, publicado en el registro oficial No. 149 del 16 de junio de 1967. Se establece un Plan de Salud el que contiene entre sus políticas desarrollar programas de atención a la madre y al niño, con la finalidad de disminuir la alta tasa de mortalidad infantil; así como se establecen procedimientos, normas y técnicas de atención.

Dentro de las Políticas, se establecieron como prioridades lo siguiente:

1. Extensión del suministro de agua potable y saneamiento básico.
2. Reducir la mortalidad de menores de cinco años.
3. Controlar las enfermedades transmisibles más graves.
4. Erradicar enfermedades para las cuales se conocían técnicas eficaces.
5. Mejorar la nutrición.
6. Formación y perfeccionamiento de recursos humanos profesionales y auxiliares.
7. Mejoramiento de los servicios de salud a nivel nacional y local; y
8. Incentivar la investigación científica.

A principios de 1971 se expide el Código de la Salud, como base legal de las acciones del Ministerio de Salud Pública.

Para el quinquenio del setenta al setenta y cinco, continua siendo de interés preservar la salud de la madre y el niño, a través de acciones de prevención, curación, fomento y rehabilitación, las políticas que a más de ser ambiciosas en su contenido eran definidas en cuanto a sus estrategias y requerían del recurso financiero para su implementación, estas contemplaban el control de enfermedades transmisibles y en lo posible la erradicación de algunas como: poliomielitis, difteria, tosferina y tétanos neonatal.

Después de una década de la creación del Ministerio de Salud Pública esto es para 1978, los indicadores habían mejorado relativamente; así la mortalidad general era de 7.8 por mil habitantes, la mortalidad materna había disminuido mientras que la perinatal se incrementaba y ocupaba el noveno lugar dentro de las diez principales causas de muerte. A la par de ésta panorámica el Sistema de Servicios de Salud no logra consolidarse y cumplir el rol para el que fue creado, puesto que un 25 por ciento de la población no tiene acceso al mismo, ya por su distribución inequitativa, que lleva a una subutilización de la unidad, pero también por aspectos que persisten hasta nuestros días, como déficit de recursos y baja calidad de atención por parte de la oferta lo que ha generado desconfianza en la demanda.

En este período se implementaron una serie de programas; algunos de los cuales persisten hasta la actualidad, podemos mencionar: el materno infantil, control de enfermedades diarreicas y respiratorias agudas, entre otras. Así mismo se procede a la unificación de procedimientos, con ello se elaboraron manuales administrativos y técnicos en los diferentes programas. Vale mencionar también que se formularon programas completamente verticales que resultaron inaccesibles a la población; todo esto fue producto de la estabilidad política durante la conducción del Ministerio de Salud Pública; puesto que en los 9 años de gobierno de las Fuerzas Armadas, del 72 al 81 hubieron tres Ministros de Salud. Es de mencionarse que para 1980 se crea el Consejo Nacional de Salud, organismo encargado de coordinar y asesorar sobre políticas y estrategias del sector.

A finales del 81, se produce una etapa de desequilibrio del presupuesto del estado, producto de la caída de los precios del petróleo, lo que agravó el deterioro de la economía nacional, afectando igualmente al nuevo Período Constitucional Democrático, reinstaurado en 1982.

Como producto de esta crisis se observa el incremento de las migraciones campo-ciudad, como consecuencia de ello el grado de hacinamiento fue mayor, siendo más notorio en la región costa. Así mismo las diarreas infecciosas se reportan como principal causa de muerte, seguidas por las neumonías y bronquitis, patologías propias del subdesarrollo, que alternan con aquellas que caracterizan a una sociedad que entra a la modernidad, como las enfermedades isquémicas del corazón y accidentes de tránsito; para aquel período se incrementan enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica, como paludismo, difteria, suicidios, enfermedades de transmisión sexual, etc.

En los períodos constitucionales del 80 al 88, a pesar de la inestabilidad de las Autoridades de Salud, se continuaron ejecutando la mayoría de programas existentes, como el materno infantil, control de enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias, control del bocio; además aparecieron varios programas, el de MEGRAMÉ, o el reequipamiento hospitalario. A diferencia de lo que ocurrió en la década anterior los servicios ambulatorios, producto del déficit presupuestario, sufrieron un estancamiento que persiste hasta la fecha.

“En agosto de 1988 se comienza a ejecutar el primer Plan Nacional de Salud, que ha permitido el ensayo de un nuevo modelo de atención” 4, cuyo antecedente básico es la estrategia de Atención Primaria de Salud que postula “una asistencia sanitaria integral que resuelve los principales problemas de salud de la comunidad, con plena participación de la misma, con equidad, eficiencia y eficacia” 5.

Además se diseñaron políticas tendientes a lograr mayor cobertura de los servicios como: mejoramiento de la alimentación y nutrición, de saneamiento básico; otras dirigidas al desarrollo institucional como el fortalecimiento de los servicios de salud.

Uno de los aspectos que se debe resaltar en este Modelo propuesto es el que prioriza la atención a los grupos más vulnerables como son: menores de 5 años, embarazadas y madres lactantes; y a patologías prevalentes como: enfermedades respiratorias y diarreicas agudas, perinatales y bucodentales, así como endemias y epidemias ocasionales.

En el Gobierno de 1992 a 1995, los grupos de mayor riesgo son los ya mencionados con la presencia de iguales patologías; aunque las tasas de mortalidad infantil disminuyeron. La migración se agravó, el mapa de pobreza aumentó, se acrecentaron los problemas ecológicos, producto de la contaminación de las ciudades.

Durante 1992 “ se establece la conformación de las Areas de Salud como el nivel básico de organización y operación regionalizada y descentralizada, de los Servicios del Ministerio de Salud Pública”6.

Las Políticas Nacionales del Sector Salud para el período 1993 – 1996, se enmarcaron en la modernización del Estado, uso racional y eficiente del gasto público, descentralización y fortalecimiento institucional, manejo adecuado de proyectos y programas, intersectorialidad, de

manera general lo que se pretendió fue impulsar la creatividad de los individuos y una menor participación del Estado.

Uno de los aspectos negativos de este período es que no logró mejorar la cobertura de servicios, una por el escaso presupuesto y otra por la falta de unificación de criterios y propuestas; sin embargo el Ministerio de Salud Pública hace énfasis en los programas preventivos dirigidos a los grupos más vulnerables, como son el binomio madre-niño, mediante el Programa de Atención Materno Infantil.

1.2. PROGRAMAS DE ATENCION MATERNO INFANTIL.-

Con la finalidad de precautelar la Salud del binomio madre-niño se han desarrollado programas de atención tendientes a cumplir dicho objetivo.

El crecimiento del menor es un hecho biológico en el que confluyen algunos factores que pueden alterar su desarrollo. La susceptibilidad de la mujer nace de los procesos fisiológicos que se dan en las diferentes etapas de su vida como son: embarazo, parto y puerperio, que requieren de un control periódico y oportuno; la atención de la mujer implica además la regulación de la fecundidad y la detección oportuna del cáncer cérvico-uterino y mamario; las actividades antes mencionadas deben realizarse en la consulta externa que es un servicio fundamental para el manejo de pacientes ambulatorios, por lo tanto debe tener: infraestructura, recursos y una organización que responda a la atención de salud simple y continua para la cual han sido diseñadas: " Las acciones deben tener calidad uniforme, ser capaces de atender por lo menos 70 por ciento de los problemas que se presentan en el sistema, incluir la participación de la comunidad y lograr que esté satisfecha merced del desarrollo de las mejores relaciones humanas" 7 .

Para los fines antes mencionados el Ministerio de Salud Pública, tiene diseñado un normativo para la estructura física de la consulta externa de las unidades de salud; en lo que a materno-infantil se refiere deben constar los siguientes sectores:

SECTOR 1: Dirección y Administración: Director, Administrador, Jefe de Enfermeras, Contabilidad.

SECTOR 2: Servicios Técnicos: archivo, oficina de estadística, educación para la salud, trabajo social, caja.

SECTOR 3: Sala de espera : sirve para los pacientes y sus acompañantes, con un promedio aproximado de una hora de espera para recibir atención, estará ubicada frente a los consultorios, se considera una sala de espera por 8 consultorios, con un área física de 11.50 m² , con 6 asientos triples y 2 mesas esquineras; debe tener un ambiente agradable, no será ubicada en sitios de circulación, requiere ventilación e iluminación natural.

Sala de preparación de pacientes: sirve para tomar peso, talla, perímetros y signos vitales, se estima una preparación de pacientes por cada dos consultorios, requiere una extensión de 15 m²; en ella debe existir: balanza con tallímetro, diván para examen, balde, mesa de curaciones, lavabo, tensiómetro, estetoscopio, portatermómetros, termómetro, cinta métrica, perchero, infantómetro, escritorio y sillas. Las condiciones de acústica son fundamentalmente importantes, para lograr la privacidad requerida por la actividad; la iluminación y ventilación deben ser naturales ; el piso y las paredes deben ser de fácil higiene.

Consultorios médicos para gineco-obstetricia y pediatría: sirven para la atención médica de pacientes ambulatorios, en él debe existir : un escritorio, una silla giratoria, una silla auxiliar, un taburete, un escabel, una lámpara cuello de ganso, mesa de examen ginecológico o para examen general, mesa de curaciones, negatoscopio, set de diagnóstico, martillo de reflejo, dispensador de jabón, escritorio, toallero, estetoscopio de Pinard y de campana, cubeta riñonera, charol de acero inoxidable, equipo de inserción de DIU, espéculos, escabel sencillo; además de los insumos necesarios para la atención. La iluminación y ventilación deben ser naturales, se requiere además teléfono intercomunicador con enfermería.

Post-consulta: sirve para la información de refuerzo de las indicaciones médicas, cuidados especiales, canalización de referencias, próxima cita. Registro de actividades en historias clínicas, aplicación de test de crecimiento y desarrollo y demostración de preparación de alimentos, suero oral, entre otros. En ella debe existir una mesa escritorio, una silla giratoria, una silla auxiliar, una mesa para máquina de escribir, basurero, papelería, rotafolio, cocineta, estantería metálica. Tanto la iluminación como la ventilación deben ser naturales, además debe existir un teléfono de intercomunicación interna. Es necesario que cada ambiente cuente con un medio baño y lavabo para las necesidades exclusivas del personal como de usuarios.

En la atención a los usuarios externos se ejecutan dos tipos de actividades unas generales y otras específicas; entre las generales tenemos : control de signos vitales, toma de medidas antropométricas, inmunizaciones, atención médica, llenado de formularios, educación y promoción de los servicios; las mismas que difieren en función del grupo y tipo de atención a brindarse. La Dirección Nacional de Estadística e Informática del Ministerio de Salud, tiene establecido la duración promedio de la atención en quince minutos para las primeras consultas y diez minutos cuando son visitas subsecuentes; pudiendo ser adaptadas a las necesidades y condiciones del medio.

Con la finalidad de orientar al personal de salud en el cumplimiento de las actividades se establecen normas de atención que están sujetas a perfeccionamiento continuo, de acuerdo a las condiciones locales; además sirven para obtener criterios unánimes en la programación de actividades y establecer un sistema de control en el que está inmerso el proceso de supervisión y evaluación, siendo este último el que facilitará la retroalimentación a través de la educación continuada.

1.2.1. ATENCION A LA MUJER.-

CONTROL DEL EMBARAZO .- Comprende desde el inicio de la concepción hasta el inicio del trabajo del parto, en este período se debe considerar la preparación física, biológica y psicológica de la madre para conseguir una evolución normal del mismo y evitar complicaciones. La captación debe ser **precoz, periódica** con un nivel óptimo de doce consultas y un mínimo de cinco, e **integral**.

Las actividades a cumplirse en el control prenatal son: apertura de la historia clínica, toma y registro de presión arterial, control de peso y talla que serán registrados en el formulario respectivo y en el carnet materno, evaluación y registro del crecimiento uterino, auscultación del latido cardíaco fetal y exámenes de laboratorios considerados obligatorios los siguientes: en sangre biometría hemática completa, glucosa, VDRL, grupo sanguíneo y factor Rh. En orina elemental y microscópico. Vacunación y atención odontológica obligatoria que comprende prevención, educación, recuperación y control de la salud estomatológica.

El lugar para la atención del parto debe ser programado con anterioridad y será transferida a la embarazada con el carné materno a la unidad de referencia correspondiente. La meta de cobertura que propone el Ministerio de Salud es del 60 por ciento del total de mujeres embarazadas.

CONTROL DEL POSTPARTO .- El post-parto comprende tres períodos: inmediato, mediano y tardío, este último se lo realiza en las unidades de atención ambulatoria a partir de las 72 horas hasta las 6 semanas de ocurrido el parto, con la finalidad de detectar de manera precoz y oportuna la presencia de patologías especialmente el cáncer cérvico-uterino y mamario; además le permitirá regular la fecundidad. La norma establece como mínimo control durante el puerperio tardío; la meta a cubrir es el 60 por ciento de mujeres embarazadas.

Las actividades que se cumplen en este grupo son: toma de presión arterial, examen de mamas, fomento de la lactancia natural, determinación de involución uterina, control de heridas perineales y abdominales, cuidado del niño y su control.

REGULACION DE LA FECUNDIDAD .- “Se puede considerar que alrededor de una tercera parte de las mujeres en edad fértil, que son quienes tienen un riesgo reproductivo elevado, da lugar a dos terceras partes de la mortalidad materna y a tres cuartas partes de la perinatal debido a la producción de embarazos de alto riesgo” 8. Estos son indicadores que justifican el desarrollo de programas de regulación de la fecundidad; las unidades operativas disponen de información, orientación y prestación de servicios a las parejas, para la selección de un método conveniente. En la atención ambulatoria se entregan métodos temporales. La meta de cobertura es del 10 por ciento del total de mujeres en edad fértil, la concentración varía según el método elegido.

DETECCION DEL CANCER GINECOLOGICO .- La detección oportuna del cáncer ginecológico en mama y cérvix debe ser realizada en todas las unidades de atención básica del Ministerio de Salud; la meta de cobertura propuesta es del 10 por ciento del grupo programático que son mujeres de 20 a 64 años, con un control por año.

1.2.2. ATENCION AL NIÑO

CONTROL DEL MENOR DE UN AÑO .- Es una actividad **precoz, periódica e integral**, siendo el nivel óptimo un control mensual y mínimo de seis controles; durante los cuales se deben cumplir las siguientes actividades: apertura de la historia clínica, control de temperatura, anamnesis, examen

físico general (en la primera consulta) , control de crecimiento(peso, talla, y perímetro cefálico), evaluación del desarrollo psicomotriz a través del Test de Aldrich y Norvak , en casos factibles el Test de Denver; parte fundamental en la atención del menor constituyen las inmunizaciones, su aplicación se realiza de acuerdo a las normas de vacunación, reguladas por el Programa Ampliado de Inmunizaciones, que serán registradas en el carné de salud infantil junto con el control de crecimiento y desarrollo.

La atención se complementa con la educación que reciben las madres sobre aspectos importantes para el cuidado del niño como lactancia materna, nutrición, medidas de prevención, etc. La meta de cobertura propuesta es el 80 por ciento del total de este grupo poblacional.

CONTROL DE PRE-ESCOLARES (UNO A CUATRO AÑOS) Y ESCOLARES (CINCO A CATORCE AÑOS).- Las actividades para estos grupos programáticos se realizarán en forma **periódica e integral.**

Las metas de cobertura para el grupo de uno a cuatro años es el 25 por ciento, lo óptimo en niños de 12 a 23 meses de edad es de cuatro controles anuales, más la vacunación de refuerzo, de 24 a 59 meses de edad, dos controles anuales. Tanto para el grupo de preescolares como escolares se considera como mínimo un control anual.

2.SITUACION DE SALUD DE LA PROVINCIA DE EL ORO

La Provincia de El Oro, que se encuentra ubicada al sureste del Ecuador, limita por el norte con las provincias del Guayas y Azuay, al sur y al este con la provincia de Loja, al oeste con el Océano Pacífico y al suroeste con la República del Perú.

El territorio de la provincia tiene una extensión de 5.850 kilómetros cuadrados y cuenta para 1997 con una población proyectada según el INEC de 524.466 habitantes, distribuidos en la zona urbana 74.5 por ciento y 25.5 en la rural; en su capital se concentra el 40.8 por ciento de la población. El crecimiento poblacional para el período 82 - 90 fue de 2.6 por ciento. En las últimas décadas ha sido notorio el incremento producto de las migraciones provenientes no sólo del interior si no también del austro sobre todo de gente del campo.

La provincia se caracteriza por su producción agropecuaria, camaronera y minera; debido a la variedad del suelo ecosistema y clima.

La división política se constituye por 14 cantones y 71 parroquias entre urbanas y rurales. Según el Sistema Regionalizado de Servicios, para efectos de la atención en salud, está dividida en nueve Areas, las que tienen bajo su responsabilidad 8 unidades con hospitalización y 83 unidades de tipo ambulatorio de atención básica.

Si bien es cierto los indicadores respecto a las atenciones de fomento y protección brindadas por las unidades del Ministerio de Salud han mejorado en los últimos años, sin embargo todavía en algunas no se alcanza la meta propuesta de manera que nos permita el impacto deseado. Para 1996 según datos del Departamento de Estadística e Informática de la Dirección Provincial de Salud de El Oro, las coberturas que se lograron fueron las siguientes, en atención a la mujer: control prenatal 61 por ciento de mujeres embarazadas, control de post parto 12 por ciento, regulación de la fecundidad 3.2 por ciento, detección oportuna del cáncer 5.5 por ciento; mientras que respecto de la atención a niños, las coberturas de control de crecimiento y desarrollo de menores de un año fueron de 77 por ciento y de uno a cuatro años, el 14 por ciento, del total poblacional por grupos..

Los programas de atención brindados se han medido por cifras más no por objetivos; el rendimiento ha dependido de criterios subjetivos de los supervisores, es por esta razón que el Ministerio de Salud Pública ha enfatizado dentro de sus planes y estrategias la necesidad de mejorar la calidad de los servicios en todos los niveles de atención. Para la implantación de este Modelo se mantendrá implícito el nivel de conocimientos y la calidez en el cumplimiento de las actividades así como también el estímulo y la satisfacción de las necesidades propias de los actores de los servicios.

3. CALIDAD

Mucho se ha hablado y se ha escrito sobre calidad, todas las definiciones van dirigidas hacia un mismo fin: **“lograr los resultados esperados, de manera oportuna, óptima, a un costo razonable, que permita satisfacer las necesidades de ofertantes y demandantes del servicio”**.

La calidad puede y debe ser aplicada en todos los niveles de las organizaciones. Es fundamental tener definida la **misión**, esto es la razón de ser de la misma, lo cual permite controlar de manera permanente la gestión.

Según A. Donabedian “ **La calidad de la atención técnica, consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad, es por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios**”¹⁰ .

3.1. DIMENSIONES DE LA CALIDAD

Constituyen parámetros útiles para el equipo de salud, porque les permite analizar , definir sus problemas y deducir la medida de cumplimiento según normas y programas.

Las dimensiones varían en importancia de acuerdo a su aplicabilidad en el programa de calidad, tomando en consideración las costumbres locales. Entre las principales dimensiones, que consideramos necesario mencionar tenemos:

3.1.1. COMPETENCIA PROFESIONAL: Se refiere a la capacidad y conocimientos necesarios que debe tener el personal involucrado en la atención de salud para cumplir sus actividades y alcanzar los objetivos planteados.

La competencia profesional debe ser analizada desde el punto técnico basado en los conocimientos necesarios para un buen diagnóstico y tratamiento, así como la capacidad suficiente para asesorar y establecer buenas relaciones con los clientes; involucra además los recursos materiales indispensables que complementan la atención. La falta de competencia puede llevar a situaciones que afectan la seguridad del paciente y la eficacia esperada.

3.1.2 ACCESO A LOS SERVICIOS: Es la posibilidad que tiene la población usuaria de acceder a un servicio de salud. Esta dimensión por lo tanto implica no solamente contar con los recursos sino eliminar las barreras que obstaculicen su utilización.

La accesibilidad puede ser analizada desde las siguientes perspectivas:

Económica, cuando se adquiere un servicio o un producto a precios asequibles; **geográfica**, hace mención a la distancia, tiempo de viaje, medio de transporte, tipo de vía y todas aquellas situaciones que en un momento determinado interfieran con la llegada al servicio; **cultural**, es la aceptabilidad hacia los grupos poblacionales, en sus costumbres y actitudes locales; **organizacional**, tiene que ver con la conveniencia para los posibles clientes en horario de atención, turnos y tiempo de espera.

3.1.3. EFICACIA: Se mide en términos del resultado esperado y se fundamenta en las normas y estándares establecidos de acuerdo a la realidad local. Hay dos tipos de eficacia, una de ellas se basa en los conocimientos clínicos y la otra en el grado de satisfacción de los usuarios. Hay dos factores que condicionan la eficacia, los relacionados con la institución (internos) y los del medio ambiente (externos).

3.1.4. CONTINUIDAD: Le permite al usuario externo acceder de manera constante al servicio, garantizándole integralidad en las acciones intra y extramurales, por lo tanto el proveedor debe tener suficientes conocimientos del cliente externo para su manejo oportuno y adecuado en función de sus necesidades.

3.1.5. SEGURIDAD: Implica disminuir todas aquellas situaciones de riesgo que en un momento determinado pudieran exponer al cliente durante la prestación del servicio.

Esta dimensión no está condicionada por el nivel de complejidad de las unidades de salud, puesto que considera además de la capacidad instalada, los conocimientos, técnicas e instrucciones impartidas.

3.1.6. COMODIDAD: Hace mención a lo que el usuario espera tener cuando accede a un servicio de salud; se relaciona con la presentación física tanto del personal, como de los recursos físicos. Estas características contribuyen a fomentar el grado de confianza con la unidad de salud.

3.1.7. SATISFACCION: Estado de bienestar que experimentan las personas al dar o recibir una atención, esto depende de aspectos como: la interrelación entre el proveedor y el consumidor, está supeditado a la confianza y credibilidad de los servicios, demostrado a través del respeto, confidencialidad, comprensión, cortesía y compenetración; factor esencial lo constituye la comunicación. De la opinión del usuario depende el prestigio o desprestigio de la institución, según

Horovitz "Cada usuario descontento le contará a 11 personas , cada usuario satisfecho le contará solo a 3" 11.

Parte importante en los programas de garantía de calidad constituyen la satisfacción de las necesidades básicas de los proveedores ya sean físicas, emocionales, motivacionales y financieras, si no se cuidan estos factores no existirían fundamentos para mejorar el área interpersonal en los procesos generales de trabajo.

3.2. CICLO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

Toda organización tiene centenares de procesos de trabajos sean de producción o administrativos, en los que están involucrados equipos, cada etapa de los procesos tienen algo en común y es que en ambas hay un cliente y un proveedor.

Lo que se pretende con los programas de mejoramiento es lograr que todos se den cuenta que forman parte de la relación cliente-proveedor y asegurar su participación en el proceso de transformación hacia la calidad; para ello se deben aprender técnicas básicas, algunas de tipo estadístico, cuya implantación debe ser gradual, partiendo de lo básico y dirigida no solo a los empleados sino también a los dirigentes gremiales, puesto que todos en un momento determinado son agentes de cambio.

Una condición para iniciar un proceso de mejoramiento y lograr su permanencia es sin lugar a dudas el querer mejorar continuamente, lo que significa una actitud de compromiso hacia el trabajo; una vez alcanzado este se deberán realizar las mediciones de acuerdo a los objetivos planteados por la organización.

3.3. TECNICAS Y HERRAMIENTAS DE LA CALIDAD.-

En el control de la calidad de los productos se utilizan una serie de técnicas, herramientas o métodos estadísticos que básicamente están dirigidos al control preventivo de la calidad de los mismos; mencionaremos algunos de ellos:

3.3.1. TORMENTA DE IDEAS: Fomenta el pensamiento creativo de los grupos, los participantes lanzan ideas que son registradas sin rechazarse a ninguna, posteriormente el grupo, evalúa las ideas anotadas.

3.3.2. DIAGRAMA DE PARETO: Llamado también de los “pocos vitales y muchos triviales” puesto que es su objetivo. El principio se basa en que la mayor parte de los efectos un 80 por ciento aproximadamente, proceden de una minoría, aproximadamente el 20 por ciento de las causas. Conocida como la regla “regla de 80/20”. Son gráficas que identifican y jerarquizan las causas principales de un problema.

Para elaborar un gráfico de Pareto, se ordenan las causas por porcentajes decrecientes, igualmente se calculan los porcentajes acumulados; se dibuja un eje horizontal (causas) ordenando de mayor a menor frecuencia; se dibuja un eje vertical (porcentajes); se construye un gráfico de línea en base a los porcentajes acumulados y se realiza un corte cuando se llega al 80 por ciento, esto sirve para separar las causas vitales de las triviales.

3.3.3. DIAGRAMA DE CAUSA Y EFECTO: Utilizados para investigar de manera sistemática las causas que influyen sobre la aparición de determinado efecto en un proceso de trabajo; hay dos tipos:

- a. Flujo de trabajo: Sigue la secuencia principal de los eventos, llevando a un efecto particular.
- b. Diagrama de Ishikawa o espina de pescado: Agrupa las causas por afinidades, se aconseja utilizar la técnica de las 4 P.s (plata, procedimiento, políticas y personal)

3.4.CICLO PHVA O RUTA DE MEJORAMIENTO.-

Es una guía que se utiliza en el proceso de solución de problemas, permite al equipo realizar el trabajo de manera estandarizada. Tiene cuatro fases y siete pasos (ver gráfico # 1).

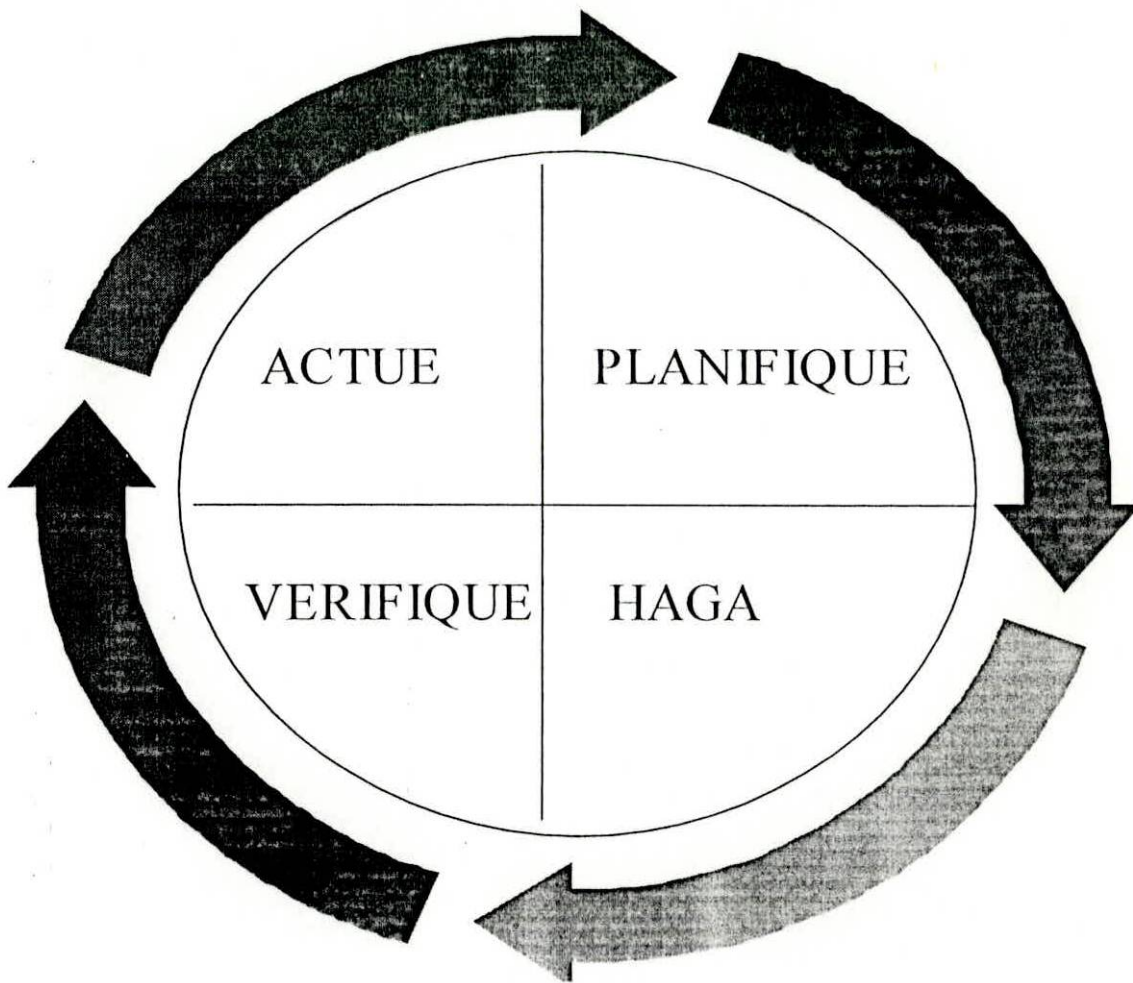
FASE 1. PLANEAR: La planeación es un proceso formal y sistematizado que requiere reunir los datos sobre los que se elabora un Plan en un tiempo previsto, se deben señalar las actuaciones necesarias para la ejecución del mismo. Planear significa: definir políticas, objetivos, metas y asignar recursos.

FASE 2. HACER: Implica tomar medidas para poner en acción lo planeado en la fase 1.

FASE 3. VERIFICAR: Es controlar los resultados de las medidas implantadas, basándose en los datos recolectados que nos indicará si se cumplió lo planeado.

FASE 4. ACTUAR: Con la finalidad de alcanzar en los usuarios mayor satisfacción , se investiga cuál es el nivel del mismo, para realizar los ajustes que se consideran necesarios, ya que es un proceso de retroalimentación permanente.

GRAFICO # 1
RUTA DE MEJORAMIENTO



4. CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

4.1. GARANTIA DE CALIDAD.- Es un proceso continuo y sistemático que permite mediante la identificación de situaciones no deseadas, plantear estrategias tendientes a corregir, superar dificultades y lograr estándares óptimos tras la búsqueda de un mejoramiento permanente que es responsabilidad de todo el personal “ **trabajo en equipo**”.

Poner un programa de este tipo no necesariamente implica aumento de costos, al contrario tienden a disminuirlos y a recuperar ampliamente los resultados; puesto que la idea es hacer bien las cosas desde el comienzo.

Los programas de garantía de calidad requieren de ciertas características que les permitan ser objetivos. Por lo tanto deben ser :

- a. Sencillos, tener el deseo suficiente de hacerlo y contar con el apoyo de las autoridades.
- b. No deben ser en respuesta a etapas críticas, deben propender al cambio de comportamiento, esto es parte de un proceso continuo que requiere de tiempo, paciencia y esfuerzo.
- c. La información que se obtenga debe ser utilizada solamente para fines de mejoramiento, por ello debe ser reservada e imparcial.
- d. Se la debe ejecutar en los lugares donde se prestan servicios a los usuarios, por lo que exige descentralización, y
- e. Debe propender a la autoevaluación.

4.2. ELEMENTOS DE LA GARANTIA DE CALIDAD

Gran parte de los modelos propuestos para programas de garantía de calidad se sustentan en tres elementos: **estructura, procesos y resultados**, que son parte de toda organización.

4.2.1. INDICADORES DE ESTRUCTURA.-

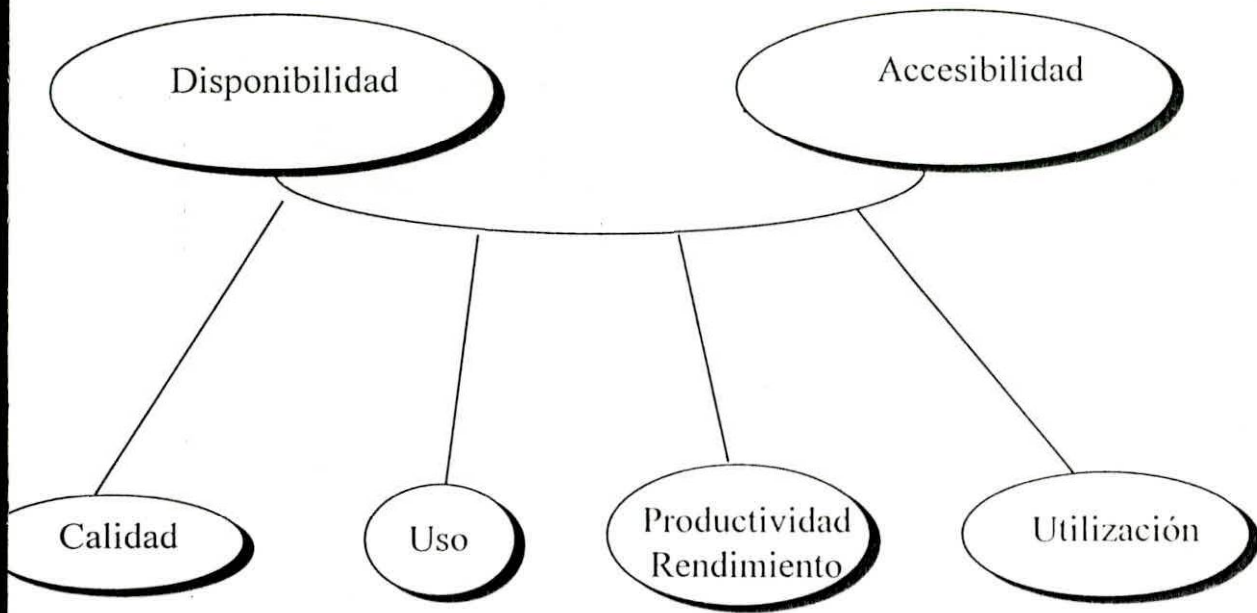
Disponibilidad: Establece una relación entre recursos existentes y las necesidades de la población.

Accesibilidad: Es la posibilidad que tienen las personas de utilizar los servicios de salud.

4.2.2. INDICADORES DE PROCESO.- Nos permiten controlar la interrelación entre oferta y demanda, a través de los indicadores de utilización que están fuertemente condicionados por el

perfil epidemiológico local, gráfico #2 (tomado de Separata Modulo VIII, Servicios Ambulatorios y Hospitalarios, ESPOL, ESPAE, 1 997.)

GRAFICO # 2



4.2.2.1. USO.-

Extensión: Es la proporción de la población objetivo que usa un determinado servicio en un período de tiempo sin especificar si el contacto era necesario.

Intensidad: (concentración) es el número promedio de servicios recibidos en un período de tiempo.

4.2.2.2. EFICIENCIA.- Mide la relación entre los resultados producidos y los gastos en recursos producidos que se utilizaron para su ejecución.

Utilización: Es la relación existente entre el recurso utilizado y el disponible por servicio durante un período determinado de tiempo, “ mide el empleo real de los recursos” depende de factores exógenos, el más importante lo constituye la demanda de los servicios por los usuarios.

Productividad: Es el promedio de actividades realizadas por los usuarios por unidad de recurso existente en un tiempo disponible.

Rendimiento: Es el numero de actividades producidas por unidad de recurso utilizada en un tiempo determinado; depende de factores ligados a la estructura y organización del servicio. "Cuando la utilización de un recurso es el 100 por ciento , el rendimiento coincide con la productividad" 9.

Calidad: Es la interacción entre las cualidades humanas y tecnológicas para cumplir los objetivos de cada servicio.

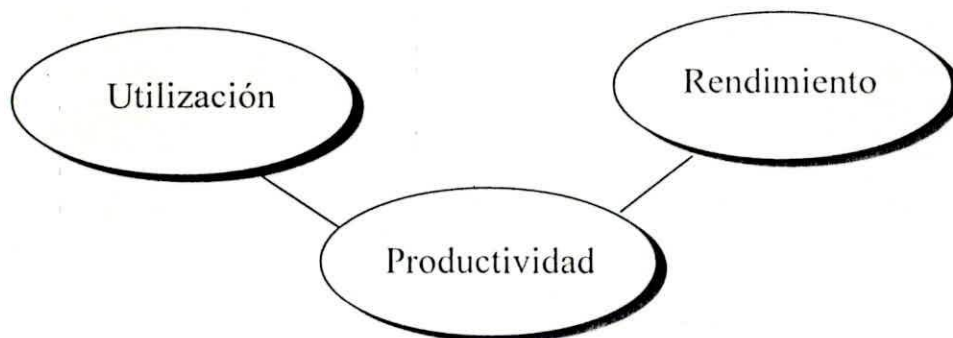
En el proceso de atención hay dos tipos de elementos que son medibles : unos de carácter técnico y otros de carácter humano y ambiental (satisfacción del usuario).

4.2.3. INDICADORES DE RESULTADOS.- Permiten medir el grado de cumplimiento de las actividades programadas por un servicio de salud. Es importante mencionar que en muchos de los resultados como morbilidad, mortalidad y discapacidad, no dependen exclusivamente de lo que los profesionales o la unidad hagan por la población .

Se miden a través de los siguientes indicadores:

Efectividad: Son los resultados producto de las decisiones que se adoptan para mejorar la situación de salud de la población, la calidad de atención y la satisfacción de los clientes externos e internos. Para determinarla se debe conocer la situación de salud de la población, antes y después de las acciones. La efectividad está condicionada por la cobertura y la eficacia, como se aprecia en el gráfico # 3 (Tomado de la separata del Módulo VIII, Servicios Ambulatorios y Hospitalarios, ESPOL, ESPAE, 1 997).

GRAFICO # 3



Cobertura: Es la proporción de personas que recibieron un servicio en función de sus necesidades. Con frecuencia se confunde cobertura con extensión de uso, puesto que es difícil definir cuantitativamente las personas que realmente requieren del servicio.

Eficacia: Se mide en función de los objetivos planteados por el servicio y el grado de satisfacción de los usuarios.

Eficiencia: Mide el rendimiento en función de los recursos y costos existentes en el servicio, pretendiendo alcanzar incremento del rendimiento con disminución de los costos . . .

5. CENTRO DE SALUD DRA. MABEL ESTUPIÑAN GESTION ORGANIZACIONAL

5.1 GENERALIDADES.- El Centro de Salud Dra. Mabel Estupiñan que anteriormente tenía la denominación del Centro de Salud N°. 1, a partir del 20 de junio de 1977 mediante Decreto No. 7784 , recibió el nombre actual, en homenaje a la Dra. Mabel Estupiñan, médica abnegada y responsable de la Dirección del aquel entonces, quien falleciera en ejercicio del deber; el 26 de Abril de 1977.

Está ubicado geográficamente en la parroquia urbana Jubones, al noroeste de la ciudad, capital de la provincia de El Oro, en las calles Boyacá y Tarquí, colinda por un lado con el hospital Teófilo Dávila y por el otro con el Instituto de Higiene. Esta unidad de salud es además la Jefatura del Area 1 de Machala, que junto a seis subcentros de Salud, dan atención a una población de 98.489 habitantes.

La edificación del Centro de Salud, es una construcción de hormigón, tiene dos pisos, hasta 1983 en una parte de ella funcionó la maternidad del Hospital Teófilo Dávila. Actualmente ocupan en la parte alta dos ambientes uno para preparación de pacientes, consultorios médicos, una oficina de educación para la Salud, y los pasillos que sirven para la espera de pacientes, junto a éstos, el departamento de Salud Mental del Hospital Provincial; en la parte baja está el área administrativa, vacunatorio, dos consultorios de odontología, oficina de inspección, estadística, farmacia, bodega, y auditorium.

5.2. .- MISION: La misión del Centro de Salud corresponde a la definida por la Dirección Nacional de Areas de Salud: "brindar atención integrada de fomento, prevención y protección específica, así como atención de morbilidad a la población asignada y que corresponde a la delimitación geográfica respectiva. Además brinda un seguimiento especial de conformidad definido por el país, a los grupos, familias e individuos de mayor riesgo"12; la misma que no se corresponde con los valores de todos los miembros de la unidad.

5.3. CAPACIDAD RESOLUTIVA:

La capacidad resolutive del Centro de Salud, le permite enfrentar los principales problemas de salud de la población y su entorno, a través de la atención ambulatoria; a pesar de no contar con la capacidad instalada necesaria como laboratorio y otros medios diagnósticos, cumple las siguientes actividades:

- * Atención a la mujer : Control del embarazo control del puerperio tardío detección oportuna de cáncer regulación de la fecundidad
- * Atención al niño : control de crecimiento y desarrollo y salud escolar.
- * Atención odontológica: a pre-escolares, escolares en sistema incremental, gestantes y demanda espontánea.
- * Atención de morbilidad: para problemas crónicos y agudos
- * Vigilancia epidemiológica.
- * Educación.
- * Vacunación canina y felina.
- Control y Saneamiento ambiental

Es importante señalar que la mayor parte de actividades están dirigidas a atender la demanda espontánea; para el año 1996 de 13.791 atenciones, el 97.9% fueron consulta externa y el 2.1% fueron visitas domiciliarias.

5.4. ESTRUCTURA ORGANICA:

La estructura orgánica hasta hace tres años aproximadamente estuvo a cargo de un Director titular, a partir de ese entonces la unidad en mención ha tenido tres Directores; quienes han sido cambiados por situaciones políticas, actualmente de la función directriz se encarga un médico del Departamento de Epidemiología de la Dirección Provincial de Salud de El Oro, quien además es el Jefe del Area que junto con la unidad de conducción, integrada por cinco personas son responsables de la gerencia de la misma. A partir de 1992 se da la descentralización técnica administrativa y posteriormente financiera, quedando la Dirección de Salud como un ente de apoyo, supervisión y evaluación.

5.5. DISPONIBILIDAD:

Para dar atención a la población el centro de salud dispone del siguiente recurso:

- * Dos consultorios médicos para gineco-obstetricia.
- * Dos consultorios médicos para pediatría.
- * Un consultorio médico para medicina general, y
- * Dos consultorios odontológicos.

En esta unidad laboran 33 funcionarios, de los cuales el 36 por ciento (12) cumplen actividades del área y el 64 por ciento restante (21) se dedican a labores propias del Centro de Salud. Para la atención médica cuentan con personal que labora cuatro horas diarias: 3 pediatras, 2 ginecólogos, 1 obstetrix y 1 odontóloga; y de ocho horas diarias: 1 enfermera, 4 auxiliares de enfermería, 2 auxiliares de odontología, 2 asistentes de estadística, 1 auxiliar de farmacia y 2 auxiliares de servicio.

En la asistencia médica materno infantil la disponibilidad de horas contratadas en 1996 fue la siguiente: para atención a menores de 15 años hubieron 3.168 horas médico pediatras contratadas, para atención a la mujer 3.168 horas ginecológicas y obstétricas contratadas y 2.112 horas enfermera contratada.

Anualmente se elabora la proforma presupuestaria, en función de una programación cuali-cuantitativa, sin embargo el monto asignado, no corresponde a los requerimientos reales y además llega con usual retraso, lo que no permite una adquisición oportuna y eficaz.

Las partidas no son asignadas por programas, sino por códigos, ello no facilita precisar con detalle la cantidad que corresponde a programas o funciones específicas. El presupuesto para 1996 fue de Un billón doscientos setenta y nueve mil millones ochocientos cuarenta y cuatro mil sucres.

5.6. ACCESIBILIDAD:

La jornada de atención es de lunes a viernes, en dos turnos por la mañana de 8H00 a 12H00 y por la tarde de 14H30 a 18H30, es menester destacar que desde tempranas horas de la mañana, antes del inicio de la jornada laboral asisten usuarios en busca de atención; quizás la ubicación céntrica, de fácil acceso vehicular y peatonal resulta muy estratégica permitiendo que acudan pacientes de diversos sectores urbano - marginales de la ciudad; e inclusive de otros cantones de la provincia,

información brindada por el Departamento de Estadística, comprobada mediante revisión de historias clínicas tomadas al azar.

Las atenciones de fomento y protección a mujeres y menores de cinco años el Ministerio establece que deben ser gratuitas, a pesar de ello se ha establecido una tarifa mínima como ayuda para la adquisición de insumos necesarios en la atención, con la salvedad a mujeres embarazadas. y usuarios de escasos recursos económicos.

5.7. INFORMACION DEMOGRAFICA, EPIDEMIOLOGICA Y DEL ENTORNO.

La estimación de la población asignada para 1997 al centro de Salud es de 18.159 habitantes, distribuidos en los siguientes grupos:

Menores de 1 año	:	455 (2.5%)
1 a 4 años	:	1.654 (9.1%)
5 a 14 años	:	3.972 (21.9%)
15 y más años	:	12.079 (66.5%)

Los indicadores epidemiológicos existentes, corresponden al área de salud #1, de la cual es parte la unidad objeto del estudio con un 18.43 por ciento del total de su población, ésta información nos permite ser más objetivos en cuanto al riesgo que tiene la población de enfermar o morir y las causas de ello. (CUADRO # 1)

CUADRO # 1

TASAS DE MORTALIDAD, EN AREA 1, MACHALA, 1996

MORTALIDAD	NUMERO	TASA x 100 mil
Infantil	32	14.2 *
Preescolar	15	156.0
Materna	2	88.7
General	374	373.0.

* x 1.000 nacidos vivos.

FUENTE: Departamento de Estadística, Area 1, DPSO

ELABORACION: Investigadoras.

De manera general entre las primeras causas de morbi-mortalidad están aquellas propias de una sociedad en transición, caracterizada por un ritmo de vida agitado y estresante, sin dejar de lado las que nos recuerdan que continuamos en el subdesarrollo y pobreza, de los que no es posible aún salir.

A continuación expresamos en los cuadros # 2 y # 3 las principales causas de mortalidad por grupos, ocurridas en el Area 1, las que desde 1995 son registradas en el Departamento de Estadística de la misma Area, sin especificar a la unidad de salud que corresponde la defunción.

CUADRO # 2
PRINCIPALES CASUSA DE MUERTE EN EL AREA 1 ,
MACHALA, 1 996.

CAUSAS	NUMERO	TASA x 100 mil hab.
Accidentes tránsito	33	33.0
Hipertensión arterial	20	20.0
Cáncer gástrico	15	15.0
Tuberculosis pulm.	14	14.0
E.P.O.C.	12	12.0

FUENTE: Departamento de Estadística del Area 1, DPSO

ELABORACION: Investigadoras.

CUADRO # 3
PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE INFANTIL, AREA 1 MACHALA, 1996

CAUSAS	NUMERO	TASA x mil nac.vivos
Crecimiento fetal lento, desnut. Fetal	7	3.2
Infección intestinal mal definida	6	2.7
Anomalías congénitas corazón y SNC	6	2.7
Infecciones respiratorias agudas	4	1.8
Hipoxía, asfixia y otras afecciones respiratorias del feto y recién nacido.	3	1.3

FUENTE: Departamento de Estadística del Area 1, DPSO

ELABORACION: Investigadoras.

En el cuadro anterior destacan el perfil infeccioso y aquellas producto de malformaciones congénitas.

Los datos sobre patologías de mayor presentación en mujeres de 15 a 44 año, en el Centro de Salud M. Estupiñan durante 1996 reportan a las enfermedades gineco-obstétricas, infecciones respiratorias agudas, infecciones de vías urinarias, enfermedades de la piel y parasitosis como las más frecuentes. Mientras que la morbilidad en menores de un año podemos apreciarla en el cuadro # 4, caracterizadas por patologías propias de la pobreza y subdesarrollo.

CUADRO # 4

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN MENORES DE 1 AÑO CENTRO DE SALUD MABEL ESTUPIÑAN, 1996

CAUSAS	NUMERO	TASA x 100 mil menores de un año
I.R.A.Sn Neumonía	370	3.697.0
ENF.DIARREICA A	190	513.0
PIODERMITIS	110	110.0
PARASITOSIS	85	230.0
DESNUTRICIÓN	70	19.0

FUENTE: Departamento de Estadística del Area 1, DPSO.

ELABORACION: Investigadoras.

El territorio asignado al centro de salud Dra. Mabel Estupiñan, a pesar de estar ubicado en la parte céntrica de la ciudad presenta problemas de infraestructura básica sanitaria. Situaciones como las mencionadas intervienen en gran medida como determinantes del perfil epidemiológico, sin dejar de mencionar la importancia que tienen la educación y el ingreso económico.

5.8. INDICADORES DE PROCESO

5.8.1. USO: Extensión e Intensidad

CUADRO # 5

POBLACIÓN DE MUJERES QUE USARON LA CONSULTA GINECO OBSTETRICA DEL CS. MABEL ESTUPIÑAN, 1996

GRUPO USUARIAS	EXTENSION		INTENSIDAD	
	Consultante	Porcentaje	Total consulta	\bar{x}
Embarazadas	371	80.3	1.038	2.8
Puérperas	71	15.3	83	0.2
M.E.F.	286	6.7	749	2.6
D.O.C	504	15.6		

FUENTE: Departamento de Estadísticas del Area 1, DPSO.

ELABORACION: Investigadoras

El cuadro anterior demuestra que la extensión de atención, en función de lo que son las primeras consultantes para cada grupo programático esta cerca o dentro de los marcos referenciales propuestos, por el MSP; no así el grupo de puérperas que estan muy por debajo de la norma. Cabe mencionar que la intensidad (concentración) es notoriamente deficiente con respecto a lo esperado, sobre todo en el control prenatal y de puerperio.

CUADRO # 6

POBLACION DE NIÑOS QUE USARON LA CONSULTA PEDIATRICA EN EL CENTRO DE SALUD M. ESTUPIÑAN, 1 996

GRUPO USUARIOS	EXTENSION		INTENSIDAD	
	Consultante	Porcentaje	Total consulta	\bar{x}
Menos 1 año	486	131.0	1.062	2.2
1 a 4 años	220	15.9	.541	2.5
5 a 14 años	541	14.7		

FUENTE: Departamento de Estadística. Area 1, DPSO.

ELABORACION: Investigadoras.

El cuadro nos demuestra que las coberturas de atención alcanzaron valores superiores al cien por ciento en los menores de un año, no así los grupos restantes; sin embargo en el grupo de escolares la norma indica que se debe controlar a primero y sexto grado, es ahí el por qué de dicho valor.

Referente a la intensidad, podemos decir que no guarda relación con lo antes indicado puesto que cada niño menor de un año que acude por primera vez a un control está recibiendo 2.2 consultas al año, que equivale apenas un 36 por ciento de lo que debe brindársele.

Las coberturas de inmunización para 1996 en esta unidad operativa rebasaron lo programado, de manera desbordante, hecho que se repite anualmente; lo que nos hace pensar que el excedente corresponde a usuarios que pertenecen geográficamente a otras unidades operativas del cantón y la provincia, ello se refleja en las coberturas de vacunación de los demás servicios de salud.

Los indicadores de utilización que establecen una relación entre el recurso utilizado y el disponible en el Centro de Salud para las atenciones de materno infantil durante 1996 fueron:

Promedio de horas médicas pediátricas trabajadas es de 0.7 por cada hora pediátrica contratada.

Promedio de horas médicas gineco- obstétricas trabajadas fue de 0.6 por cada hora médica contratada.

Los resultados de productividad y rendimiento involucrados en la atención médica materno infantil fueron:

Productividad: El promedio de atenciones médicas pediátricas fue de 1.9 consultas por hora médica pediátrica contratada; mientras que el promedio de atenciones médicas a mujeres fue de 1.1 consultas por hora médica gineco-obstétrica contratada.

Rendimiento: El promedio de consultas médicas a niños menores de quince años fue de 2.6 por hora médica trabajada con dicho grupo; en la atención a mujeres fue de 1.6 consultas por hora médica y obstétrica trabajada.

5.9. INDICADORES DE RESULTADO

Para 1996 en la consulta externa médica del centro de salud se brindaron 13.500 atención de los cuales el mayor número se dieron a los menores de 15 años con el 46 por ciento que fueron 6.200 atenciones, seguido de las 3.398 consultas a mayores de 15 años que equivale al 25 por ciento y

3.902 atenciones para certificados y otros, esto corresponde al 29 %, como se observa en el cuadro # 7.

CUADRO # 7

ATENCIONES MEDICAS BRINDADAS EN EL CENTRO DE SALUD DRA. MABEL ESTUPIÑAN, 1996

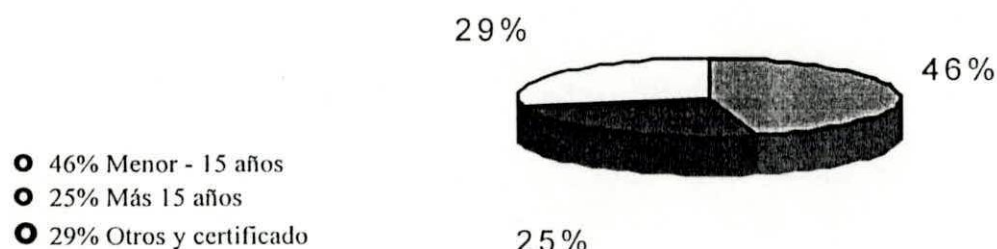
ATENCIONES	#	%
Menores de 15 Años	6.200	46
Mayores de 15 Años	3.398	25
Otros y Certificados	3.902	29
Total Atenciones	13.500	100.0

Fuente: Dpto. Estadístico del Area 1, DPSO

Elaboración: Investigadoras

GRAFICO # 4

ATENCIONES MEDICAS BRINDADAS EN EL CENTRO DE SALUD DRA. MABEL ESTUPIÑAN, 1996



FUENTE: Cuadro # 7

Los resultados obtenidos en las actividades programadas para control de crecimiento y desarrollo durante 1996 fueron las siguientes: en menores de un año se programaron 1776 controles y se realizó el 59.7 por ciento, en los niños de uno a cuatro años, se programaron 916 actividades y se realizaron 541 controles que corresponde al 59 por ciento. Respecto del grupo de 5 a 14 años el cumplimiento fue del 38 por ciento de lo programado, para el efecto se consideran los alumnos de primero y sexto grado.

En la consulta a mujeres los resultados en función de lo programado ha sido lo siguiente: para control prenatal el 75 por ciento de los 1.386 controles previstos; para control a puérperas el 6 por ciento; en cuanto a D.O.C. y regulación de la fecundidad se programa con lo mínimo que establece la norma del Ministerio de Salud y lo alcanzado fue: D.O.C. 156 por ciento y regularización de la fecundidad 177 por ciento. Para ambos casos se utilizaron las consultas brindadas como primeras y subsecuentes.

6. IDENTIFICACION DE VARIABLES

- Competencia Profesional
- Satisfacción de usuarios internos
- Accesibilidad
- Satisfacción de usuarios externos

6.1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA
OFERTA				
A. Competencia Profesional.	Nivel de conocimiento y aplicación de normas de atención materno infantil así como la disponibilidad de recursos para la ejecución de tareas	A.1 Conocimiento de normas materno infantil en profesionales y personal de apoyo. A.2 Cumplimiento de las normas de atención materno infantil en profesionales y personal de apoyo. A.3 Disponibilidad de Recursos.	Grado de conocimiento de normas materno infantil Grado de cumplimiento de normas materno infantil. Disponibilidad de recursos según cantidad y calidad.	Muy Bueno Bueno Regular Malo Muy Bueno Bueno Regular Malo Muy Bueno Bueno Regular Malo
B. Satisfacción del proveedor.	Satisfacción de necesidades físicas, económicos, emocionales y motivacionales	B.1 Ambiente físico.	Grado de ventilación. Grado de iluminación. Grado de limpieza. Disponibilidad de espacio físico.	Muy Bueno Bueno Regular Malo

II. DISEÑO METODOLOGICO

1. TIPO DE ESTUDIO: El estudio es de tipo transversal, descriptivo, analítico.

2. UNIVERSO: Para realizar el trabajo tomamos la consulta materno-infantil del Centro de Salud Dra. Mabel Estipulan; esta unidad ambulatoria de atención básica ofrece servicios preventivos y curativos a diferentes grupos poblacionales.

La población de estudio está conformada por :

- a. Personal de salud que interviene en la atención de materno infantil: 3 pediatras, 2 ginecólogos, 1 obstetriz, 1 enfermera, 4 auxiliares de enfermería y 3 asistentes de estadística.
- b. Usuarías mujeres y niños que acuden a la consulta médica materno infantil. La unidad de análisis en este caso son las mujeres.

Con este universo esperamos obtener información necesaria para analizar el comportamiento de las siguientes variables:

En la oferta : - competencia profesional
 - satisfacción del proveedor

En la demanda: - accesibilidad
 - satisfacción técnica, humana y ambiental.

3. METODO DE RECOLECCION DE DATOS Y ELABORACION DE INSTRUMENTOS

3.1 TIPOS DE INSTRUMENTOS A UTILIZAR PARA OFERTA Y DEMANDA.- Los instrumentos que se usaron para la recolección de datos fueron para la oferta: encuestas, observación directa y revisión de historias clínicas, mientras que para la demanda fueron las encuestas.

3.2. INFORMACION A RECOGER: Es de mencionar que el presente estudio no medirá eficiencia, pues de acuerdo con los objetivos planteados la información requerida está relacionada con el conocimiento y cumplimiento de las normas de atención materno infantil, disponibilidad de recursos y grado de satisfacción, en el personal de dicha consulta.

Se consideran además aspectos, que en un momento determinado pudieran afectar la atención como son: accesibilidad y satisfacción de usuarios externos.

3.3. ESTRUCTURA DEL FORMULARIO.-

Se han elaborado tres formularios para obtener información en base a:

- a. Encuestas semiestructuradas y
- b. Guía de Observación Directa y de revisión de historias clínicas para usuarios internos.
- c. Encuestas semiestructuradas para usuarios externos..

Los formularios se anexan.

3.3.1. ENCUESTA A USUARIOS INTERNOS.- Recoge información sobre competencia profesional en cuanto al conocimiento de normas de atención y disponibilidad de recursos tanto en cantidad como en calidad; y sobre la satisfacción del personal en aspectos de ambiente físico, comunicación y motivación.

3.3.2. GUIA DE OBSERVACION.- Esta actividad nos permite fundamentalmente cualificar los servicios en función del cumplimiento de las normas de atención, respecto de la variable competencia profesional, a través de la observación directa al personal de apoyo y revisión de historias clínicas en el caso de profesionales.

3.3.3. ENCUESTA A USUARIOS EXTERNOS.- La información a obtener mediante la encuesta tiene que ver con la accesibilidad económica y organizacional, y con la satisfacción de usuarios respecto de la confianza, continuidad, trato, comodidad.

3.4. PRUEBA DEL INSTRUMENTO.- Los instrumentos fueron sometidos a prueba en un grupo de proveedores durante un día, y a usuarios externos en tres días. Esta actividad nos permitió validar los instrumentos, puesto que reúne datos específicos relacionados con el estudio.

3.5. PROCEDIMIENTO PARA RECOGER LA INFORMACION

3.5.1. TIEMPO DE EJECUCION DEL ESTUDIO:

El estudio se realizará en cuatro meses desde la planificación hasta el informe de los resultados y planteamiento de una propuesta de mejoramiento, a las autoridades de la unidad objeto de estudio, para su aplicación.

La recolección de datos se hizo en dos meses comprendidos entre la fase de preparación de encuestadores hasta la revisión y organización de los instrumentos, como sigue :

3.5.2. PREPARACION DE ENCUESTADORAS: Se estimó utilizar tres encuestadoras que fueron orientadas por las investigadoras sobre los aspectos a seguir para obtener en lo posible una información veraz y confiable; dicha orientación se realizó por un día en el Auditorium del Centro de Salud, luego se hizo un ensayo del procedimiento de aplicación de la encuesta a usuarios externos.

3.5.3. SENSIBILIZACION A PROVEEDORES: Se solicita la colaboración a proveedores directivos , profesionales y personal de apoyo, haciéndoles ver la importancia que tiene el mismo en el aspecto de buscar mejorar la calidad de la atención en la unidad; se solicitó por profesionales 15 minutos por la mañana y tarde de acuerdo a la jornada de trabajo de los profesionales. Al personal de apoyo se le realizó a partir de las 10 de la mañana por 15 minutos que duró la encuesta.

3.5.4. RECOLECCION DE DATOS: Las dos investigadoras luego de la sensibilización aplicaron a los proveedores las respectivas encuestas, realizaron la observación directa e hicieron revisión de las historias clínicas que fueron seleccionadas aleatoriamente; no hubo necesidad de interrumpir la atención en ninguna sección, para ello se determinó el momento más oportuno.

Las tres encuestadoras aplicaron los formularios durante un día a los usuarios externos, luego de la atención, esperaron a la salida de la unidad. Contaron con la supervisión de las investigadoras.

4. PLAN DE TABULACIÓN Y ANALISIS

El plan de tabulación se efectúa en función de los siguientes aspectos:, que se medirán n base a las frecuencias y porcentajes de las características determinadas.

4.1 PROBLEMA “Determinación de la calidad de atención en la consulta materno infantil del centro de salud Dra. Mabel Estupiñan, de Machala, Provincia de El Oro, de agosto a noviembre de 1997.”

4.2 OBJETIVO GENERAL “Identificar cómo inciden las dimensiones de la calidad en la atención materna infantil y diseñar una propuesta tendiente a mejorar las situaciones detectadas. ”

4.3 VARIABLES

A. Competencia Profesional

- Grado de conocimiento y cumplimiento.
- Disponibilidad de recursos.

B. Satisfacción de proveedores.

Ambiente físico.

Comunicación.

- Motivación.

C. Accesibilidad de usuarios externo.

- Económica.
- Organizacional.

D. Satisfacción de usuarios externos

- Confianza
- Continuidad
- Trato
- Comodidad

III. RESULTADOS Y ANALISIS

COMPETENCIA SEGUN GRADO DE CONOCIMIENTO, Y CUMPLIMIENTO DE NORMAS Y DISPONIBILIDAD DE RECURSOS.

La presente investigación corresponde a una población de setenta personas, de las cuales 14 son funcionarios del Centro de Salud y 56 usuarios externos que acuden a la consulta materno infantil, del Centro de Salud "Dra. Mabel Estupiñan", de Machala.

Al grupo de estudio se le aplicó encuestas y observación directa, con la finalidad de investigar como inciden las dimensiones de la calidad de atención en la prestación de los servicios; identificándose lo siguiente:

En lo que respecta a la competencia profesional se han considera tres dimensiones: conocimiento, cumplimiento y disponibilidad de los recursos materiales; los resultados de la encuesta fueron correctos en el 100%; al revisar las historias clínicas, de las cuales 25 correspondían a niños y 18 a mujeres, pudimos determinar que el 97.6% si registra evoluciones médicas, el 74.4% si llenan formularios de peso, talla y crecimiento uterino, el 93% solicita exámenes de laboratorio y el 65% ponen fecha de cita a las pacientes para la siguientes atención.

Estos porcentajes nos permiten indicar que los profesionales tienen muy buen grado de conocimiento con un alto porcentaje de cumplimiento. Cabe destacar que en un 34.9% de los usuarios no les están señalando la fecha de la próxima cita, lo que nos sugiere decir que no se incentiva al usuario externo para el control subsecuente.

Son destacables las sugerencias de los profesionales respecto de las historias clínicas, que no son manejadas correctamente en el departamento de Estadística, llegando muchas de las veces incompletas e inoportunamente; además no son trasladadas por el personal correspondiente sino por el usuario.

Mediante la observación hemos podido determinar la falta de recolección de información básica para la atención continua, como es la división domiciliaria, por razones justificables, que son la falta de colaboración de los usuarios externos, entre otras.

CUADRO # 8

OPINIÓN DE LOS USUARIOS INTERNOS SOBRE COMPETENCIA PROFESIONAL EN LA CONSULTA MATERNO INFANTIL DEL CENTRO DE SALUD DRA. MABEL ESTUPIÑAN, NOVIEMBRE, 1997 :DISPONIBILIDAD DE RECURSOS.

DISPONIBILIDAD RECURSOS	MUY BUENO		BUENO		REGULAR		MALO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Cantidad	1	9.1	5	45.4	3	27.3	2	18.2	11	100
Calidad	0	0	4	36.4	6	54.5	1	9.1	11	100

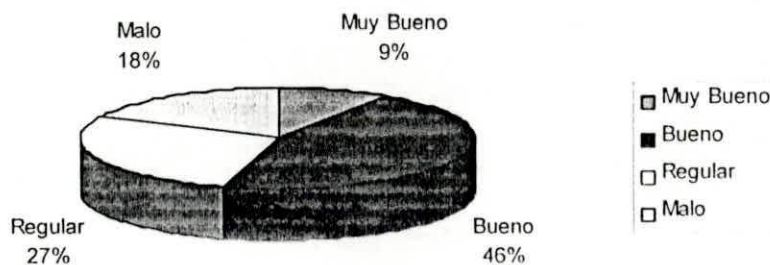
FUENTE: Encuesta a Proveedores.

ELABORACIÓN: Investigadoras

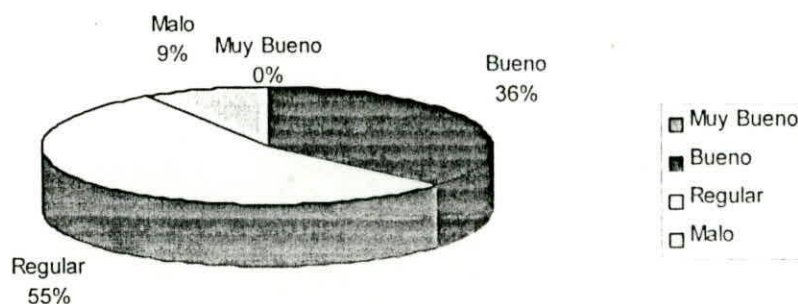
GRAFICO # 5

OPINION DE LOS USUARIOS INTERNOS SOBRE COMPETENCIA PROFESIONAL EN LA CONSULTA MATERNO INFANTIL DEL CS. DRA. MABEL ESTUPIÑAN, NOVIEMBRE, 1997: DISPONIBILIDAD. (Cuadro # 7)

Cantidad



Calidad



El gráfico # 5 determina la disponibilidad de los recursos materiales, tanto en cantidad como en calidad; de los 14 encuestas el 45.4% manifiestan que disponen de buena cantidad de recursos, el 27% regular; merece resaltar que un 18.2% califican de malo y apenas un 9.1% muy bueno.

En lo que a calidad de recursos se refiere predomina el regular, con el 54.5% , seguido del bueno con el 36.4%. es muy notorio que la unidad cuenta con material de regular uso, el que probablemente está interfiriendo en el desempeño de los funcionarios.

CUADRO # 9

OPINION DE USUARIOS INTERNOS SOBRE SATISFACCION: CONSULTA MATERNO INFANTIL, CS. DRA. MABEL ESTUPIÑAN, NOVIEMBRE, 1 997: AMBIENTE FISICO

AMBIENTE FISICO	MUY BUENO		BUENO		REGULAR		MALO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Ventilación	—	—	8	57.1	4	28.6	2	14.3	14	100
Higiene	—	—	8	57.1	6	42.8	—	—	14	100
Iluminación	—	—	8	57.1	6	42.9	—	—	14	100
Espacio físico	—	—	10	71.4	4	28.6	—	—	14	100

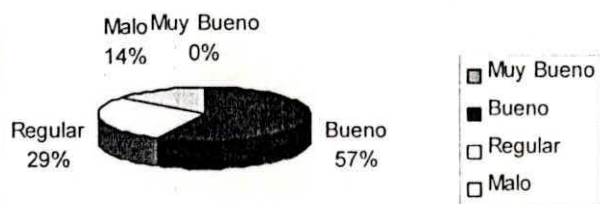
FUENTE: Encuesta a Proveedores.

ELABORACIÓN: Investigadores.

GRAFICO # 6

OPINION DE USUARIOS INTERNOS SOBRE SATISFACCION EN LA CONSULTA MATERNO INFANTIL, CS.DRA. MABEL ESTUPIÑAN, 1 997: AMBIENTE FISICO

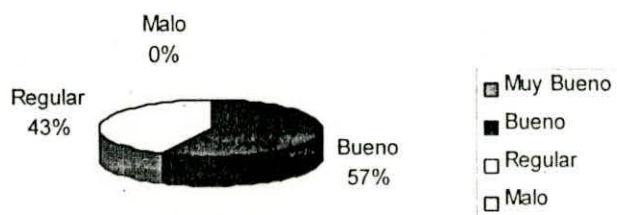
Ventilación



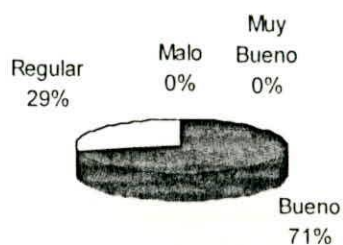
Higiene



Iluminación



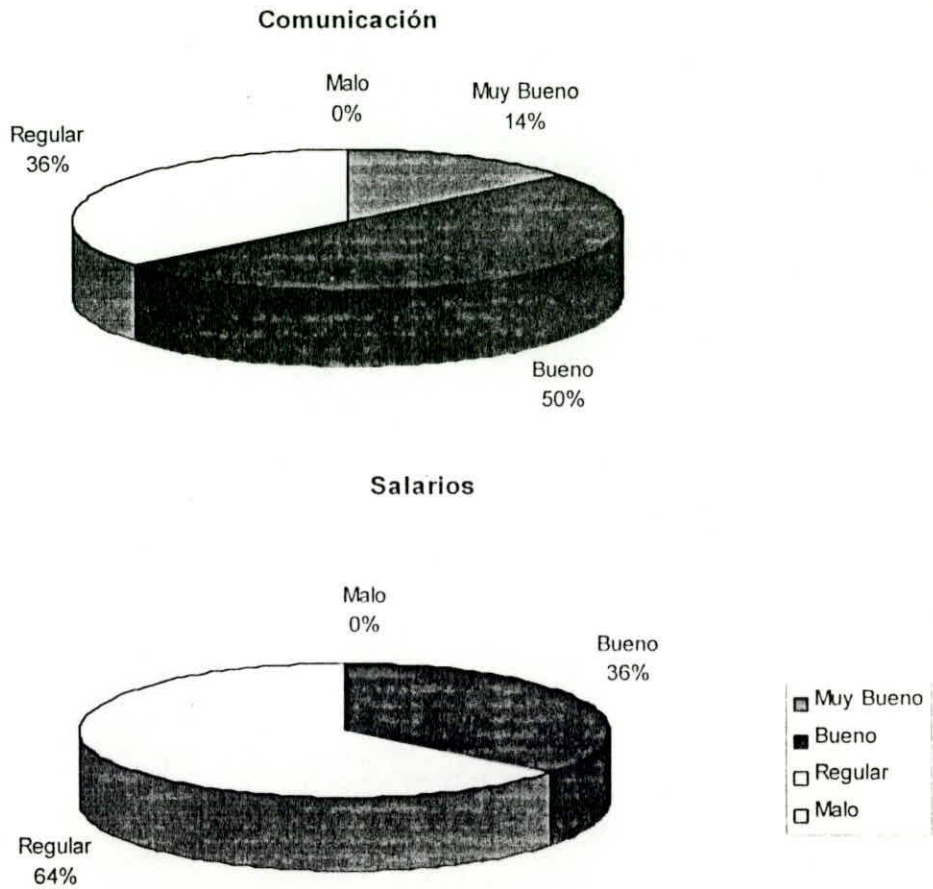
Espacio Físico



Cabe indicar que en lo relacionado a la satisfacción por ambiente físico si bien es cierto dos personas califican de malo la ventilación; hay un grupo aceptable que manifiesta de regular a la unidad en los cuatro aspectos considerados. Al preguntarles por qué dieron esa su opinión, indicaron porque es un ambiente muy caluroso y falta ventilación, iluminación e higiene; además que deberían considerarse especificaciones técnicas para los consultorios y la necesidad de tener un ambiente específico para la post consulta.

GRAFICO # 7

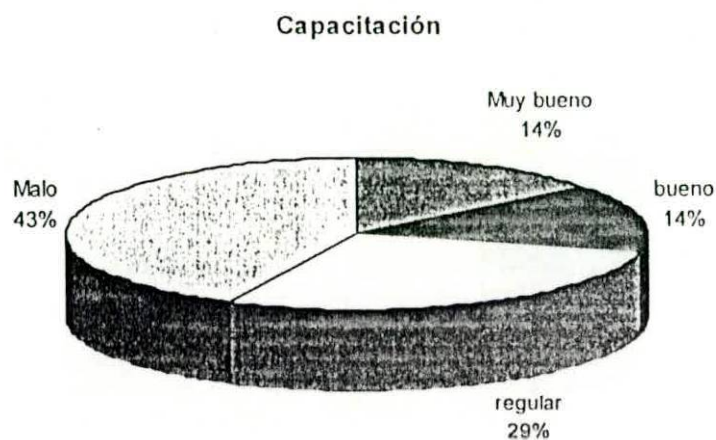
OPINION DE USUARIOS INTERNOS SOBRE SATISFACCION DE LA CONSULTA MATERNO INFANTIL, CS. DRA. MABEL ESTUPIÑAN, NOVIEMBRE, 1 997 : COMUNICACIÓN Y MOTIVACION



FUENTE : CUADRO # 10

GRAFICO # 8

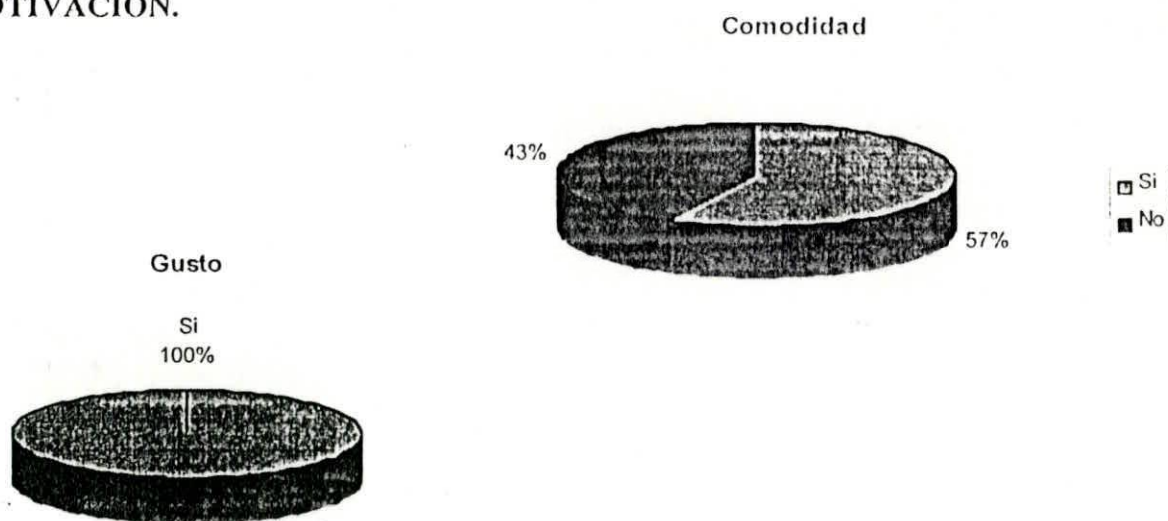
OPINION DE USUARIOS INTERNOS SOBRE SATISFACCION DE LA CONSULTA
MATERNO INFANTIL, CS. DRA. MABEL ESTUPIÑAN, NOVIEMBRE, 1 997:
MOTIVACION



FUENTE: CUADRO # 11

GRAFICO # 9

OPINION DE USUARIOS INTERNOS SOBRE SATISFACCION, DE LA CONSULTA
MATERNO INFANTIL, CS. DRA. MABEL ESTUPIÑAN, NOVIEMBRE, 1 997:
MOTIVACION.



FUENTE : CUADRO # 12

Para determinar la satisfacción de los usuarios externos hemos considerado tres dimensiones: comunicación, motivación y ambiente físico, encontrando los siguientes resultados: En lo que se refiere a la comunicación el 50% responden que hay un buen grado de comunicación entre el personal que labora en el Centro de Salud; sin embargo llama la atención que un 35.7% indican que esta dimensión alcanza únicamente un grado regular; al averiguar el por qué de esta situación manifestaron que la comunicación se hacía verticalmente, mediante letreros; aspectos que no fomentan la interrelación de criterios, gráfico # 7(comunicación).

En lo que corresponde a salarios recibidos el 64.3% indican que el sueldo en relación con el cargo que desempeñan es regular, porque no alcanza a cubrir sus necesidades básicas, siéndoles necesario buscar otro medio de trabajo para conseguir mayores ingresos. El 35.7% indican que es bueno y este porcentaje correspondió a obreros que amparados en el contrato colectivo tienen mayores conquistas económicas en relación con los profesionales, a pesar de su mínima formación, gráfico # 7 (salarios).

Referente a la capacitación recibida el 42.3% no han recibido durante este año capacitación alguna tan solo un 14.3% recibieron más de 2. Estos datos nos permiten predecir que no existe un plan de capacitación continua por falta de apoyo técnico y económico, gráfico # 8 (capacitación).

La situación mencionada anteriormente junto a los ingresos desmotivan constantemente a los funcionarios; muy a pesar de ello manifiestan el 100 por ciento estar a gusto con el trabajo que desempeñan, indicando además un 57.1% de comodidad, gráfico # 9 (comodidad y gusto).

CUADRO # 13

OPINION DE USUARIOS EXTERNOS SOBRE SATISFACCION, DE LA CONSULTA MATERNO INFANTIL, EN EL CS. DRA. MABEL ESTUPIÑAN, NOVIEMBRE, 1997: ACCESIBILIDAD ECONOMICA.

DIMENSION	SI		NO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
Posibilidad de pago de consulta.	46	82.1	10	17.9	56	100

FUENTE: Encuesta a usuarios externos.

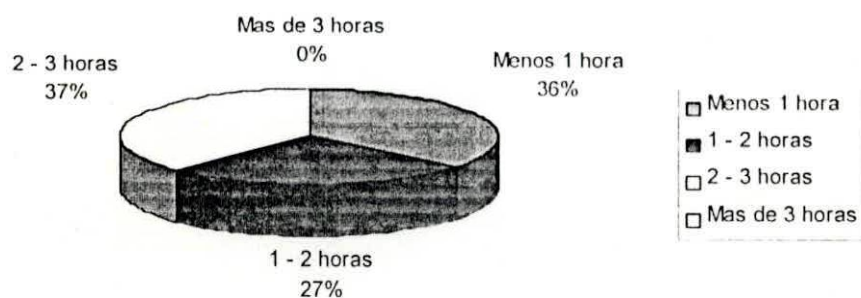
ELABORACION: Investigadoras.

Respecto a los usuarios externos en lo que a accesibilidad económica se refiere, un 82.1% tienen posibilidad para pagar un costo por la atención; lo que nos hace pensar que el Centro de Salud puede contar con ingresos que le permitan adquirir insumos que de alguna manera puedan mejorar la calidad de atención; sin embargo se debe considerar que el 17.9 por ciento no pueden pagar, exonerándolos del mismo. Cuadro # 13.

GRAFICO # 11

OPINION DE USUARIOS EXTERNOS SOBRE SATISFACCION DE LA ATENCION MATERNO INFANTIL DEL CS. DRA. MABEL ESTUPIÑAN, NOVIEMBRE, 1 997: ACCESIBILIDAD ORGANIZACIONAL.

Tiempo de Espera



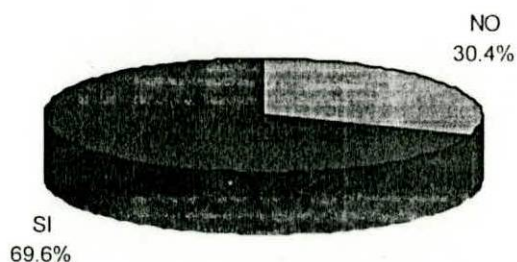
FUENTE: CUADRO # 14

Los usuarios externos están sometidos a un horario de espera, en el que el 37.5% de los encuestados indican haber esperado de dos a tres horas, mientras que un 35.7% menos de una hora. Hemos considerado una espera normal de una hora, situación que nos hace deducir que el 62.5% de los pacientes han esperado dentro de los límites adecuados; sin embargo hay un número estimado de usuarios que esperó más tiempo por lo que indicamos que existe falta de agilidad en la atención; esto contribuye a desmotivar al usuario externo, gráfico # 11 .

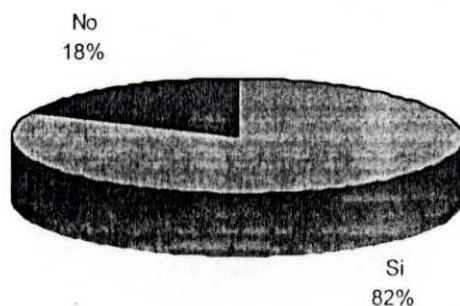
GRAFICO # 12

OPINION DE USUARIOS EXTERNOS SOBRE SATISFACCION EN LA ATENCION
MATERNO INFANTIL DEL CS. DRA. MABEL ESTUPIÑAN, NOVIEMBRE, 1 997:
ACCESIBILIDAD ORGANIZACIONAL.

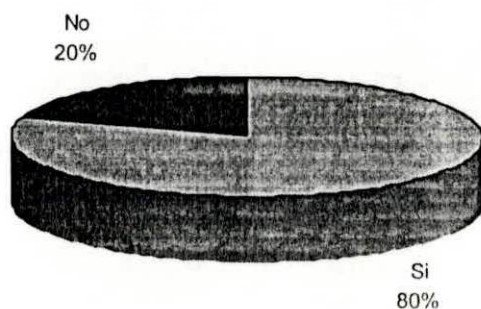
Distribución de ambientes



Información de la Unidad



Servicios brindados



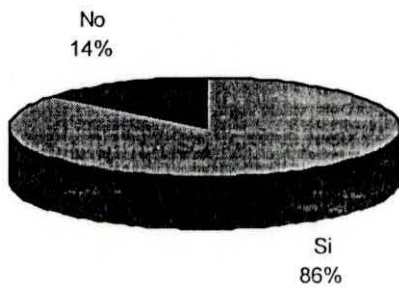
FUENTE: CUADRO # 15

Las dimensiones de la accesibilidad organizacional como son: distribución de ambientes, información de la unidad y servicios brindados, en su mayor porcentaje tienen la aceptación de los usuarios externos; es notorio que un 30.4% de ellos, en lo que a distribución de ambientes indican que se deben a que los consultorios se encuentran ubicados en el primer piso alto, dado que un gran número de usuarias son embarazadas y tienen dificultad para llegar a ellos, gráfico # 12..

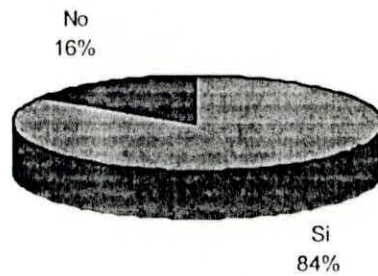
GRAFICO # 13

OPINION DE USUARIOS EXTERNOS SOBRE SATISFACCION DE LA ATENCION MATERNO INFANTIL DEL CS. DRA. MABEL ESTUPIÑAN, NOVIEMBRE, 1 997: CONFIANZA EN LA UNIDAD DE SALUD.

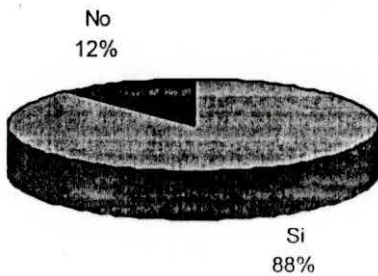
Explicación sobre el tratamiento



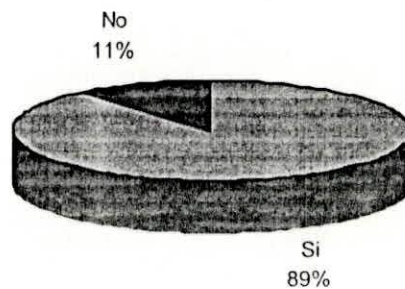
Interés demostrado por el Problema



Examen Físico



Recomendación de la Unidad



FUENTE CUADRO: # 16

El Centro de Salud ha alcanzado un muy buen nivel de confianza puesto que las dimensiones estimadas para medirla, como son: explicación sobre el tratamiento, interés demostrado por el problema, examen físico y recomendaciones dadas para el hogar, han alcanzando los mayores porcentajes. Es destacable indicar que el 10.7% de usuarios no recomendarían esta unidad; muchos indicaron por no les agradó esperar mucho tiempo; esto debería ser analizado por sus directivos, puesto que esta insatisfacción es una amenaza para el prestigio de la institución, gráfico # 13 .

CUADRO # 17

OPINION DE USUARIOS EXTERNOS SOBRE SATISFACCION EN LA CONSULTA MATERNO INFANTIL DEL CS. DRA. MABEL ESTUPIÑAN, NOVIEMBRE, 1997: CONTINUIDAD.

CONTINUIDAD	SI		NO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
Fecha de próxima cita.	38	67.9	18	32.1	56	100

FUENTE: Encuesta a usuarios externos.

ELABORACION: Investigadoras

La opinión de los usuarios corrobora los datos mencionados en la observación directa efectuada en la unidad, en lo que a control de la próxima consulta ya que al 67.9% le indican la fecha de cita mientras que al 32.1% no lo hacen; esto nos hace deducir que tanto las acciones de fomento y protección como el seguimiento de patologías es interrumpido por el mismo usuario interno, cuadro # 17.

CUADRO # 18

OPINION DE USUARIOS EXTERNOS SOBRE SATISFACCION EN LA CONSULTA MATERNO INFANTIL DEL CS. DRA. MABEL ESTUPIÑAN, NOVIEMBRE, 1997: TRATO.

COMPORTAMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD	MUY BUENO		BUENO		REGULAR		MALO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Estadística	6	10.7	38	67.9	5	8.9	7	12.5	56	100
Preparación	6	10.7	41	73.2	4	7.2	5	8.9	56	100
Consultorios	5	8.9	31	55.4	6	10.7	14	25	56	100

FUENTE: Encuesta a usuarios externos.

ELABORACION: Investigadoras

En lo que al trato se refiere el mayor porcentaje de usuarios externos manifiestan haber recibido buen trato en la consulta; sin embargo existen usuarios que reportan un trato regular y malo en todas las secciones que intervienen en el proceso de atención esto es estadística, preparación consultorios; siendo mayor en la última. Esto nos hace pensar que a pesar de haber una muy buena competencia personal existe falta de calidez por parte de algunos profesionales, cuadro # 18.

CUADRO # 19

INFORMACIÓN DE USUARIOS EXTERNOS SOBRE SATISFACCIÓN EN EL CS. DRA. MABEL ESTUPIÑAN, NOVIEMBRE, 1997: COMODIDAD

COMODIDAD	MUY BUENO		BUENO		REGULAR		MALO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Ventilación	1	1.8	33	58.9	16	28.6	6	10.7	56	100
Iluminación	3	5.4	40	71.4	12	21.4	1	1.8	56	100
Higiene	2	3.6	47	83.9	6	10.7	1	1.8	56	100
Espacio Físico	1	1.8	42	75	13	23.2	-	-	56	100

FUENTE: Encuesta a usuarios externos

ELABORACION: Investigadoras.

La opinión de los usuarios externos respecto de los diferentes aspectos que forman parte de la comodidad en el servicio de salud en su mayor porcentaje es buena y muy buena; califican entre regular y malo como sigue: iluminación un 23.2%, higiene 12.5%, en espacio físico califican como regular el 23.2%; ; al preguntárseles el por qué de ese criterio manifestaron sentir demasiado calor, sobre todo en la mañana debido a que hay mucha gente especialmente niños y el clima no es muy propicio, cuadro # 19.

IV. CONCLUSIONES

Luego de resolver el presente trabajo de investigación podemos concluir que el Centro de Salud a pesar de tener mas de veinte años de funcionamiento no tienen una misión definida, basada en los valores y principios de la institución y sus integrantes, únicamente se rige por la establecida por el Ministerio de Salud Pública.

En menos de cuatro años y por haberse definido que la Dirección del Centro de Salud sea un cargo de libre remoción la conducción de la misma ha sido responsabilidad de varias personas lo que ha creado cierto grado de inestabilidad y retardo en la gestión; no se ha considerado el perfil de desempeño requerido para el cargo, sin embargo y a pesar de ello la unidad ha tenido Directores con un buen sentido de organización cuyos logros no se han cristalizado en su totalidad por la falta de tiempo en el ejercicios del mismo.

Al hacer un análisis del sistema de información observemos que mas del 90 por ciento de sus actividades están orientadas a atender la demanda espontanea, de la cual el mayor número lo constituyen los menores de quince años, con la relación de dos niños por cada mujer atendida, mientras que la relación respecto de atenciones de fomento con las de morbilidad es de uno a uno.

A pesar de tener asignada una estructura geo-poblacional definida, a la unidad acuden personas procedentes de otros lugares, inclusive de otros cantones y no realmente la población que le corresponde ser atendida una de las razones es que el servicio de salud goza de cierta acogida ya por su ubicación estratégica, tiempo de vida de la institución y por la misma estructura organizacional que implica tener mas recursos.

En lo que respecta al Sistema de Información no se dispone de uno adecuado que le permita conocer cuales son de manera precisa los principales indicadores epidemiológicos, necesarios para una programación apropiada; otro aspecto que debemos mencionar es el que no hay depuración y actualización en los formularios que integran la carpeta de la historia clínica.

En cuanto a la accesibilidad las dimensiones consideradas para su medición indican no haber barreras económicas puesto que en la mayoría de encuestados refieren estar en posibilidad de pagar por la atención, en la organizacional un porcentaje significativo dicen de un tiempo de espera que se encuentra dentro de los estándares establecidos, exceptuase de esta situación un porcentaje menor, que cremos se debe a la falta de agilidad de algunos profesionales.

Debemos resaltar que hay un buen nivel de confianza para con el centro de salud, sin embargo un 10 ciento estan insatisfechos, por lo que consideramos son potencialmente clientes que podrian afectar el prestigio de la institución, causa que se uniria al que gran número de pacientes no acuden a sus controles subsecuentes para poder hablar que hay continuidad que garantice la calidad de la atención, vale mencionar que a pesar de no alcanzarse los niveles minimos de atención, las coberturas en función de primeras consultas estan dentro de los estándares establecidos por el Ministerio de Salud.

La unidad de salud no posee una estructura física apropiada para el tipo de atención que brinda, sus ambientes han sido adaptados sin el criterio técnico requerido para el caso; pensamos que las secciones existentes se crearon para atender la demanda sin considerar la consicionantes de la comodidad, que permitan satisfacer de manera integral a usuarios

internos y externos. A esto agregamos la inexistencia de una área específica para post-consulta, lugar estratégico que complementa la atención.

El sistema de comunicación, no es el mas adecuado al parecer no funciona en ambas vias, por lo que no existe la retroalimentación necesaria, que permita mejorar el grado de interrelación personal; igualmente podemos decir que no existe un programa de educación permanente, ni un sistema de incentivos al personal.

Los aspectos antes mencionados, unidos a lo que significa que el personal no cuente con los recursos necesarios para la atención a usuarios, se encuentra a gusto con lo que realizan, además de haber un buen nivel de conocimientos y cumplimiento de las normas.

Pensando que hay falta de calidéz sobre todo en el área de consultorios, puesto que a pesar de tener la opinión de no muchos usuarios externos, hablan de cierto grado de maltrato, que determina la satisfacción del cliente y el éxito o desprestigio de la institución.

V. RECOMENDACIONES

Al haber concluido el trabajo de investigación, nos permitimos haber estas recomendaciones con el animo de retroalimentar a la unidad de salud respecto del servicio brindado, pretendemos por lo consiguiente mejorar la calidad de atención a usuarios internos y externos.

Siendo la salud un derecho universal de todos los ciudadanos es menester que la Dirección de las unidades prestadoras de salud, sean conducidas por personas con capacidad y formación necesaria, en periodo de tiempo establecidos, con planes de trabajo definidos y objetivamente alcanzables en el tiempo que dure la gestión.

Debemos indicar la necesidad de establecer la misión del Centro de Salud tomando en consideración para el efecto a todos los integrantes de la misma para que esta sea compartida por todos y pueda ser aplicada.

Pensamos que se requiere a la estructuración de comites que ayuden en la planeación y control de las diversas gestiones, uno de ellos seria el comité de adquisiciones integrado por personal técnico y administrativo quienes con un criterio mas amplio basado en el conocimiento respectivo puedan hacer la adquisición de productos en función de las necesidades, dando mayor agilidad en el abastecimiento de insumos, materiales y equipos.

Seria importante que el departamento de Estadística se le incorpore un sistema de información, computarizada que permita mayor agilidad en la gestión nos parece necesario recomendar que se mejore la actualización de formularios en los expedientes clinicos antes de pasar a la consulta.

La comodidad es fundamental consideraria cuando queremos satisfacer a clientes y proveedores, por lo que sugerimos se preste atención al ambiente físico y demas aspectos relacionados con el mismo con previo conocimiento de lo que piensan y sienten los involucrados en el proceso de atención. La post - consulta dada la privacidad de acción requiere de un ambiente específico nos permitimos sugerir se considere realizar la gestión necesarias para dicho fin.

Una de las dimensiones de la calidad es la continuidad en la atención que puede verse afectada por situaciones que se ocasiones escapan a nuestras manos, pero en otras facilmente manejables; es el caso de los bajos indices de concentración en las atenciones de fomento y protección sugerimos realizar la visita domiciliaria programada, dirigida a los grupos poblacionales de mayor riesgos, con la participación integra del equipo de salud.

Muy a pesar de tener un buen grado de conocimientos y cumplimiento de las normas de atención es necesaria implementar un programa de educación continua que reuna aspectos técnicos y humanos, dirigidos a todo el personal, previo el diagnóstico de necesidades al interior de la institución. no estando al alcance de los directivos el incremento salarial, creemos pertinente crear un sistema de motivación mediante incentivos que resalten la labor desempeñada por su miembros y aumentar de este modo el compromiso para con la unidad de salud.

Creemos necesario recomendar se realice un estudio que permita determinar las causas que contribuyen a la demora de la atención, sin embargo sugerimos se estudie la posibilidad de establecer un sistema de consultas previa cita; de manera específica para los controles subsecuentes la misma que funcionaria en coordinación con la post - consulta y estadística.

Finalmente nos permitimos poner a consideración del equipo de salud de esta unidad una propuesta de mejoramiento de la calidad de atención materno infantil, cuyo primer borrador de perfil anexamos.

VI. PROPUESTA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION

El mejoramiento de la gestión en la Atención Materno Infantil constituyen un proceso continuo de cambio en el que esta implícito el compromiso de los directivos y la participación y sensibilización de todos los niveles de manera que se constituya este proceso en parte de la cultura organizacional.

OBJETIVO:

Mejorar la calidad de atención materno infantil que se brinda en el Centro de Salud Dra. Mabel Estupiñan, sin que ello implique incremento en los costos sino mas bien la optimización de recursos existentes .

La propuesta incluye la conformación de un comité multidisciplinario el que a su vez será dividido en subcomités, integrados por miembros del Centro de Salud, cuya responsabilidad es la de evaluar y retroalimentar las áreas de gestión de la institución.

A continuación detallamos los objetivos y funciones de cada sub-comité:

SUBCOMITE DE HISTORIAS CLINICAS.- Tendrá como objetivo principal evaluar el expediente clínico en función de las normas existentes. Sus funciones estan dirigidas al control permanente del expediente, requerimientos y manejo de formularios, evaluar la relación intra e interdepartamental.

SUBCOMITE DE DOCENCIA Y AUDITORIA PROFESIONAL.- Su principal objetivo será mantener actualizado al personal a través de la planificación ejecución y evaluación de programas de educación continua dirigidos a todo el personal. Igualmente evaluar de manera periódica el desempeño conforme lo establecen las normas de atención.

SUBCOMITE DE ASUNTOS SOCIALES.- Tendrá bajo su responsabilidad, el velar por la satisfacción de los usuarios internos (personal) y externo (paciente y familiares) mediante una evaluación permanente del servicio, ello permitirá detectar de modo oportuno sus necesidades, a través de los momentos de verdad, igualmente permitirá diseñar estrategias para incentivar al personal.

SUBCOMITE DE ADQUISICION.- Deberá determinar la disponibilidad de recursos en cantidad y calidad, detectar las necesidades para que su adquisición y distribución se haga en base a un criterio técnico, igualmente buscara mecanismos factibles de autofinanciamiento.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. CEPAR. Desarrollo Histórico de las Políticas de salud en el Ecuador, 1 967-1 995, Abril, pág. 1, Quito-Ecuador, 1 997.
2. CEPAR. Desarrollo Histórico de las Políticas de Salud en el Ecuador, 1 967-1 995, Abril, pág. 10, Quito-Ecuador, 1 997.
3. CEPAR. Desarrollo Histórico de las Políticas de Salud en el Ecuador. 1 967-1 995, Abril, pág. 32, Quito-Ecuador, 1 997.
4. MSP. Plan Nacional de Salud, pág. 21, 1 991.
5. Sacoto. F., Terán. C., Manual del Equipo de Salud Rural, MSP., pág. 23, Quito, 1991.
6. MSP. Manual de Organización de las Areas de Salud. Pág. 5 , Quito, 1 994.
7. MSP. Manual de Normas de Atención Materno Infantil. Edic. 5, Dirección Nacional de Fomento y Protección, pág.11, Quito, 1 992.
8. Separata. Temas de Planificación Familiar, Riesgo Reproductivo 2, pág. 2, sin año.
9. OPS. Materiales de Enseñanza sobre uso de la Epidemiología en la Programación de los Servicios Locales de Salud, Serie Paltex. No. 34, pág. 184, sin año.
10. Separata. Donabedian. A., Garantía de la Calidad de Atención de los Servicios de Salud, Módulo VIII. ESPOL. ESPAE. 1 996.
11. Vanormelingen. K., Pineda. H., y Otros. La Gerencia de Calidad en Salud. Edic. 19, pág. 6, 1 994.

BIBLIOGRAFIA

1. Barquin. M., Dirección de Hospitales. Edic. 5, Internacional SA. México, 1.986.
2. Burmester. H., Módulo X, ESPOL. ESPAE., Productividad y Sistemas de Calidad, 1.997.
3. Canales. Metodología de la Investigación. Edic. Limusa. SA. México, 1 995
4. Ciampa. D., Calidad Total, Guía para su implantación. Edic. Wesci, Do. Serie, 1.992
5. Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable. Edic. Culturales, UNP. SA., Quito, 1 987.
6. CEPAR. Desarrollo Histórico de las Políticas de Salud en el Ecuador, 1 967-1 995, Quito, 1 997.
7. Corporación de Estudios y Publicaciones. Código de la Salud, Ecuador, 1 994.
8. Galarza. M., Lecturas Escogidas de Calidad Total, Edic. 19, 1 993.
9. IDICSA. Revista del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. Vol. 8, No. 1, Cuenca, 1 993.
10. Mac. Donald. J., Cómo entender " La Administración de la Calidad Total" en una semana. Edic. Panorama, 1 996.
11. MSP. Factores Maternos Asociados a Mortalidad Perinatal, Quito, 1 993.
12. MSP. Plan Nacional de Salud, 1 991.
13. MSP. Manual de Programación Local, para Jefaturas de Areas de Salud, No. 1, Quito 1.995.
14. MSP. Manual de Organización de las Areas de Salud. Quito, 1 994.
15. MSP. Normas para la Atención Materno Infantil. Quito, 1 990.
16. MSP. Normas Técnico Administrativas del Programa Ampliado de Inmunizaciones, 1 991.
17. MSP. Programa Nacional del Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, 1.997.
18. Marracino. C., Acreditación y Categorización de los Servicios de Salud, 1.997.
19. Naranjo. P., Plan Nacional de Salud. Quito, 1 991.
20. OPS. La Salud Materna, un perenne desafío, 1 991.
21. OPS. La Administración Estratégica, 1 992.
22. OPS. Materiales de Enseñanza sobre el uso de la Epidemiología en la Programación de los Servicios Locales de Salud. No. 34, 1 994.
23. OPS. El Departamento de Registros Médicos, Guía para su organización. No. 19, 1 990.

24. OPS. Normas Diagnósticas y Terapéuticas en Ginecología infanto juvenil, No. 26, 1 992.
25. Pacheco. S., Aumentar la productividad a través de la calidad. Edic. IESA., 1.997.
26. Pineda. Alvarado. Cances, Metodología de la Investigación. Edic. 2da., 1.994.
27. Sacoto. F., Terán. C., Andrade. F., La Atención de salud en el Ecuador. 1 992.
28. Sacoto. F., Terán. C., Manual del Equipo de Salud Rural, 1 991
29. Separata. Planificación de la Calidad. Módulo X.ESPOL. ESPAE, 1 997.
30. Separata. Fundación Restrepo Barco. Guía para el Mejoramiento de un Area Médica y Administrativa.
31. Separata. Desafío de la calidad. Módulo X ESPOL. ESPAE. 1 997
32. Separata. Marco Conceptual de la Evaluación. Módulo VIII. ESPOL. ESPAE. 1.997.
33. Separata. Mejora de la Calidad. Módulo X. ESPOL. ESPAE. 1.997.
34. Sempértegui. R., Naranjo y Otros. Panorama Epidemiológico del Ecuador. 1.992.
35. Secretaría Técnica del Frente Social. Políticas de Reforma del sector Salud. Quito, 1 996
36. SOMECASA. Calidad de la Atención de la Salud. Vol. 1, 1 994.
37. Scot. Dru. Ph. D., La Satisfacción del Cliente. Edic. Iberoamericana. SA. , 1.991.
38. UNICEF. Informe Anual, 1 992.

ANEXO #1

**CENTRO DE SALUD DRA. MABEL ESTUPIÑAN, AREA # 1 -
ENCUESTA A PERSONAL DE LA CONSULTA MATERNO INFANTIL,
MACHALA, 1 997.**

Jornada am() pm()

Fecha año() mes() día()

1. Cómo calificaría usted los siguientes aspectos de su lugar de trabajo

	MB	B	R	M
Ventilación	()	()	()	()
Iluminación	()	()	()	()
Higiene	()	()	()	()
Espacio Físico	()	()	()	()
Por qué.....				

2. Cómo es la comunicación ala interior de la
institución

Muy Bueno

Bueno

Regular

Malo

Por que.....

3. El salario que recibe en función de su trabajo

Muy Bueno

Bueno

Regular

Malo

Por qué

4. Cuántas capacitaciones ha recibo en este año

+ de 2

2

1

ninguna

- 5. Le gusta el trabajo que realiza
 - Si
 - No
 - Por qué
 -

- 6. Se siente cómodo en su lugar de trabajo
 - Si
 - No
 - Por qué.....
 -

- 7. Cómo calificaría usted la existencia de materiales y equipos en su trabajo
 - Muy Bueno
 - Bueno
 - Regular
 - Malo
 - Por qué.....

- 8. Cómo calificaría usted el estado de materiales y equipos en su trabajo
 - Muy Bueno
 - Bueno
 - Regular
 - Malo
 - Por qué
 -

- 9. Cuáles son sus sugerencias para mejorar la calidad de atención
 -
 -

PREGUNTAS A PROFESIONALES

- 10. Cuántos controles mínimos, recomendaría que se haga una mujer embarazada
- 11. Cuántos controles mínimo recomendaría que le hagan a un menor de un año
- 12. Usualmente qué medida antropométrica registra en el carnet infantil o perinatal

ANEXO #2

CENTRO DE SALUD "DRA. MABEL ESTUPIÑAN, AREA # 1 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A USUARIOS EXTERNOS DE LA CONSULTA MATERNO INFANTIL - MACHALA 1997

Fecha año () mes () día ()

Número de encuesta () ()

Encuestado - a: Mujer () Niño () Ambos ()

1. Está en condiciones de pagar por la consulta
 - Si ()
 - No ()
 - Por qué.....
 -
2. Cuánto demoró la atención desde que le dieron el turno, hasta que salió de la consulta
 - + 1 hora ()
 - 1 a 2 horas ()
 - 2 a 3 horas ()
 - + 3 horas ()
3. Está de acuerdo con los servicios que brinda el Centro de Salud
 - Si ()
 - No ()
 - Por qué
 -
4. Está de acuerdo con la información que brinda esta unidad de salud
 - Si ()
 - No ()
 - Por qué
 -
5. Le explicaron sobre el tratamiento a seguir
 - Si ()
 - No ()
 - Por qué
 -
6. Demostraron interés por sus problema
 - Si ()
 - No ()
 - Por qué
 -

7. El profesional que le atendió a su niño
o a Usted., le examinó

Si ()
No ()
Por qué

.....

8. Recomendaría esta Unidad de Salud a
otra persona

Si ()
No ()
Por qué

.....

9. Le señalaron fecha para la próxima consulta

Si ()
No ()

10. El comportamiento del personal que le atendió
fue

MB B R M

Estadística () () () ()
Preparación () () () ()
Consultorio () () () ()
Por qué.....

.....

11. Cómo calificaría usted los siguientes aspectos

MB B R M

Ventilación () () () ()
Iluminación () () () ()
Higiene () () () ()
Espacio Físico() () () ()

ANEXO # 3

GUIA DE OBSERVACIÓN DIRECTA A MEDICOS Y PERSONAL DE APOYO EN ATENCION MATERNO INFANTIL DEL CENTRO DE SALUD DRA. MABEL ESTUPIÑAN, AREA # 1, MACHALA.

Fecha: año() mes() día() PROFESIONALES () PERSONAL DE APOYO ()

- | | |
|---------------------------------------|-----|
| 1. Toma temperatura (niños) | () |
| Toma presión arterial (mujeres) | () |
| 2. Realiza post consulta | () |
| 3. Registra datos en historia clínica | () |
| 4. Controla peso | () |

GUIA DE REVISIÓN DE HISTORIA CLINICA

- | | SI | NO |
|--|-----|-----|
| 1. Registra evolución de pacientes que consulta por control o enfermedad | () | () |
| 2. Llena en formularios curvas de peso y talla (pediatra) | () | () |
| Control de crecimiento uterino a embarazadas (ginecología) | () | () |
| 3. En pacientes que acuden por primera vez a control : | | |
| solicita exámenes obligatorios en sangre y orina a embarazadas | () | () |
| Llena datos solicitados en historia clínica de menores de un año | () | () |
| 4. Pone la fecha en que debe acudir el paciente a siguiente consulta | () | () |

ANEXO # 4

CUADROS ESTADISTICOS QUE CORRESPONDEN A LA INVESTIGACION REALIZADA

CUADRO # 10

OPINION DE USUARIOS INTERNOS SOBRE SATISFACCION, EN LA CONSULTA MATERNO INFANTIL, CS. DRA. MABEL ESTUPIÑAN, NOVIEMBRE, 1997: COMUNICACIÓN Y MOTIVACION.

COMUNICACIÓN Y MOTIVACION	MUY BUENO		BUENO		REGULAR		MALO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Comunicación	2	14.3	7	50	5	35.7	—	—	14	100
Salarios	—	—	5	35.7	9	64.3	—	—	14	100

FUENTE: Encuesta a Usuarios Internos

ELABORACION: Investigadoras.

CUADRO # 11

OPINION DE USUARIOS INTERNOS SOBRE SATISFACCION, DE LA CONSULTA MATERNO INFANTIL, CS. DRA. MABEL ESTUPIÑAN, NOVIEMBRE, 1997: MOTIVACION.

DIMENSION MOTIVACION	MUY BUENO		BUENO		REGULAR		MALO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Capacitación recibida	2	14.3	2	14.3	4	28.6	6	42.8	14	100

FUENTE: Encuesta a Usuarios Internos.

ELABORACION: Investigadoras.

CUADRO # 12

OPINION DE USUARIOS INTERNOS SOBRE SATISFACCION EN LA CONSULTA MATERNO INFANTIL, CS. DRA. MABEL ESTUPIÑAN, NOVIEMBRE, 1997: MOTIVACION.

DIMENSION MOTIVACION	SI		NO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
Comodidad	8	57.1	6	42.9	14	100
Gusto	14	100	—	—	14	100

FUENTE: Encuesta a usuarios internos.

ELABORACION: Investigadoras.

CUADRO # 14

OPINION DE USUARIOS EXTERNOS SOBRE SATISFACCION, DE LA ATENCION MATERNO INFANTIL DEL CS. DRA. MABEL ESTUPIÑAN, NOVIEMBRE 1997:ACCESIBILIDAD ORGANIZACIONAL

ACCESIBILIDAD ORGANIZACIONAL	TIEMPO DE ESPERA									
	Menos 1 hora		1 - 2 horas		2 - 3 horas		Más de 3 horas		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Tiempo de Espera	20	35.7	15	26.8	21	37.5	—	—	56	100

FUENTE: Encuesta a usuarios externos

ELABORACION: Investigadoras

CUADRO # 15

OPINION DE USUARIOS EXTERNOS SOBRE: SATISFACCIÓN EN LA ATENCION MATERNO INFANTIL DEL CS. DRA. MABEL ESTUPIÑAN, NOVIEMBRE, 1997: ACCESIBILIDAD ORGANIZACIONAL.

ACCESIBILIDAD ORGANIZACIONAL	SI		NO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
Distribución de ambientes	39	69.6	17	30.4	56	100
Información de la unidad	46	82.1	10	17.9	56	100
Servicios brindados	45	80.4	11	19.6	56	100

FUENTE: Encuesta a usuarios externos

ELABORACION: Investigadoras.

CUADRO 16

OPINION DE USUARIOS EXTERNOS SOBRE SATISFACCION DE LA ATENCION MATERNO INFANTIL DEL CS. DRA. MABEL ESTUPIÑAN, NOVIEMBRE, 1997: CONFIANZA EN LA UNIDAD DE SALUD.

CONFIANZA	SI		NO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
Explicación sobre el tratamiento.	48	85.7	8	14.3	56	100
Interés demostrado por el problema.	47	83.9	9	16.1	56	100
Examen físico.	49	87.5	7	12.5	56	100
Recomendación de la unidad	50	89.3	6	10.7	56	100

FUENTE: Encuesta a usuarios externos

ELABORACION: Investigadoras.