



**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL
ESCUELA DE POSTGRADOS EN ADMINISTRACIÓN
DE EMPRESAS**

MAESTRÍA EN GERENCIA HOSPITALARIA

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LAS
PRESTACIONES DE LA LEY DE MATERNIDAD GRATUITA
Y ATENCIÓN A LA INFANCIA, EN EL HOSPITAL
PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA**

**TUTOR
DR. FERNANDO SACOTO AIZAGA**

**INTEGRANTES:
LIC. JACKELINE PINOS GAIBOR
LIC. MARÍA ELENA ROBALINO RIVADENEIRA**

SEPTIEMBRE 2005



DP-08061

DEDICATORIA

A Dios por darme la oportunidad de
compartir con mis seres amados.

A mis Padres José y Manuelita, por su
apoyo y paciencia.

A mis hermanas/os en especial a Carlos y
a mí querida hija Guadalupe Alejandra,
por su amor y comprensión.

MARÍA ELENA

A las mujeres que con su tenacidad
me han enseñado que se puede lograr
todo lo que uno se propone en la vida
a mi abuela Genoveva y a mi madre
Teresa de Jesús.

JACKELINE TERESITA

AGRADECIMIENTO

A la Escuela Superior Politécnica del Litoral (ESPOL) que a través de los Docentes de la Escuela de Postgrados de Administración de Empresas (ESPAE) – Guayaquil, nos han brindado los conocimientos más acertados para fortalecer nuestra formación.

A nuestro Director de tesis, Dr. Fernando Sacoto Aizaga, por su dedicación, paciencia y apoyo brindado.

Al personal del Hospital Provincial General Docente Riobamba que colaboraron desinteresadamente durante el desarrollo de nuestra evaluación.

INDICE TEMÁTICO

1. Dedicatoria.....	2
2. Agradecimiento.....	3
3. Índice temático.....	4
4. Resumen.....	5-7
5. Sumary.....	8-9
6. Introducción.....	10-12
7. Justificación e importancia de la evaluación.....	13
8. Formulación del Problema	14
9. Objetivos general y específicos.....	15
10. Hipótesis.....	16
<i>Capítulo I.....</i>	<i>17</i>
11. Marco Teórico.....	17-19
a. Contexto y actores.....	19-20
b. Definición de las prestaciones.....	21-22
c. Modelo de cogestión.....	23
d. Participación social.....	24
e. Contribuciones de la Ley a la reforma del sector salud.....	25
f. Organización.....	26
g. Organización en salud.....	26
h. Satisfacción.....	27
i. Reseña histórica del Hospital.....	27-28
<i>Capítulo II.....</i>	<i>29</i>
12. Diseño Metodológico.....	29-30
a. Técnica de recolección de datos.....	31
b. Variables.....	32
<i>Capítulo III.....</i>	<i>33</i>
13. Análisis e interpretación de resultados.....	33
a. Input.....	33-36
b. Proceso.....	37-38
c. Salida.....	39-45
<i>Capítulo IV.....</i>	
a) Conclusiones.....	46-48
b) Recomendaciones.....	49-50
14. Referencias bibliográficas.....	51
15. Abreviaturas.....	52
16. Anexos.....	53

RESUMEN

A pesar de los esfuerzos, de más de diez años, de los países de Latinoamérica y el Caribe (LAC), se ha logrado avanzar poco en la reducción de la mortalidad y morbilidad materna en la región. Si bien han disminuido, otros indicadores de salud reproductiva, como las tasas de fecundidad y de nacimiento, las tasas de mortalidad materna, se siguen manteniendo en aproximadamente 190 muertes por 100.000 nacimientos vivos (22.000 mujeres muertas en un año). Estas tasas son similares a la de los países industrializados, un siglo atrás.¹

En el Ecuador 4 de cada 10 mujeres embarazadas, están desnutridas. La tasa de mortalidad materna es de 79.9 por 100.000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad infantil es de 19 por 1.000 nacidos vivos. Niños/as y mujeres mueren por enfermedades prevenibles. La tasa de mortalidad materna permite, evaluar la calidad de atención de salud antes, durante y después del parto. Refleja, por un lado, el acceso de las mujeres embarazadas a los servicios de salud y al personal debidamente calificado y por otro, la situación nutricional de la madre, especialmente la presencia de anemia durante el embarazo. En suma, se trata de una medida de las condiciones de vida de las mujeres.²

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI) fue promulgada por el Congreso Ecuatoriano en 1994, pero fue puesta en práctica siguiendo modificaciones a la Ley, en 1998. La Ley busca reducir la mortalidad materna e infantil, en el artículo N° 1 dice: "Toda mujer ecuatoriana tiene derecho a la atención de salud **gratuita** y de **calidad** durante su embarazo, parto y postparto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos - nacidas y niños - niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado".

El Ministerio de Salud Pública, ha aplicado la LMGYAI, a lo largo de sus establecimientos desde 1999. Razón por el cual la presente tesis tiene como propósito fundamental evaluar la calidad de atención de las prestaciones de la LMGYAI en el Hospital Provincial General Docente Riobamba (HPGDR) y su organización frente al cumplimiento de la Ley, durante el mes de septiembre del 2005, bajo dos enfoques:

1. **Calidad Técnica:** cumplimiento de protocolos, estándares e indicadores de calidad³. En una muestra, según el método aleatorio simple del mes de

¹ Los datos presentados son tomados de los documentos: **Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas**, Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud, septiembre del 2002 / **Situación de Salud de las Américas, Indicadores Básicos 2001** de OPS/OMS.

² SIISE 3.5.

³ Manual Técnico, Operativo, Administrativo y Financiero, Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, Comité de Apoyo y Seguimiento a la Ley, 2002.

mayo del 2005: De 30 historias clínicas revisadas de mujeres embarazadas en cuyo primer control prenatal (en cualquier semana de gestación), recibieron atención según el protocolo, ninguna de ellas cumple. Sobre partos vaginales atendidos en el Hospital, en los que se administró a la parturienta 10 U.I. de Oxitocina intramuscular dentro del minuto después del nacimiento del recién nacido/a y se registró en la historia clínica perinatal, en 30 HC revisadas, de la misma manera, su cumplimiento es 0%. El manejo de complicaciones obstétricas: Hemorragias, pre-eclampsia y eclampsias, 0% de cumplimiento; a pesar que las causas directamente obstétricas, explican más del 70% de las muertes maternas y que de éstas las hemorragias ocupan el 22% y los trastornos hipertensivos del embarazo el 40%. Por último en 30 HC de niños/as menores de cinco años atendidos/as según la estrategia de AIEPI (Atención Integral de las Enfermedades Prevenibles de la Infancia), su cumplimiento es el 0%. Es alarmante los resultados obtenidos, en las prestaciones de la Ley, que mayor demanda tienen en el HPGDR.

2. **Calidad Sentida** (Satisfacción del usuario/a). En una muestra de 100 encuestas aplicadas a usuarias externas que acudieron a consulta externa del HPGDR, por control prenatal, post-parto, planificación familiar y de gineco-obstetricia, 13 de ellas cumplen con el umbral planteado por la LMGYAI que es 90% y más de satisfacción, dándonos como resultado 13% de satisfacción general.

En las 100 encuestas aplicadas a familiares y/o madres de familia que acudieron por consulta pediátrica, 4 de ellas cumplen con el umbral, con un 4% de satisfacción global.

Observándose, en estos dos grupos, problemas en las siguientes dimensiones: Tiempos de espera prolongada para retirar la historia clínica del servicio de estadística y para recibir la atención médica, se da preferencia a amigos y familiares. Sobre la gratuidad, las usuarias externas calificaron en un 32% y 13% respectivamente que les mandan a comprar insumos, como por ejemplo, guantes para ser examinadas y medicación para tratamientos de niños/as menores de 5 años, bajo la estrategia AIEPI. Además, se les pregunto que en caso de haber realizado algún pago en el Hospital están conformes con hacerlo, un 48% de G-O y 96% pediátricos, manifestaron no estar de acuerdo, ya que existe una Ley del MGYAI y el Hospital debería estar en capacidad de cumplirla.

En la muestra de 97 encuestas aplicadas en el área de hospitalización de Gineco-Obstetricia, 55 de ellas cumplen con el umbral, obteniendo un 57% de satisfacción, se presenta problemas en la privacidad, limpieza de los SSHH y en la gratuidad de las prestaciones.

Después de evaluar y analizar éstos dos componentes, fue necesario aplicar entrevistas a una muestra propositiva de 81 usuarios/as Internos/as de los servicios de: Consulta Externa, Emergencia, Centro Obstétrico, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Neonatología, Rayos X, Imagenología y del área administrativa, con la finalidad de evaluar el grado de conocimiento sobre la LMGYAI y sus beneficios. Siendo un Hospital de referencia provincial, frente

al cumplimiento de la LMGYAI, se observa debilidad en la parte Gerencial, los servicios involucrados con las prestaciones de la Ley no cuentan con metas establecidas, el cumplimiento de protocolos de atención y de estándares e indicadores de calidad es inadecuado, carecen de un sistema de monitoreo, las adquisición de insumos, materiales y medicamentos, no se basa en stock mínimos y máximos, lo realizan en un periodo de tiempo de 60 y 90 días, quedando de esta manera desabastecida la Farmacia y la Bodega del Hospital, repercutiendo esta problemática en la satisfacción de los usuarios/as externos/as, beneficiarios de la LMGYAI.

SUMMARY

In spite of their great effort throughout ten years, the Caribbean and Latin American countries have hardly reduced mortality and morbidity in pregnant women. Although other reproductive health such as fertility and birth rates have lowed, mortality rates in pregnant woman still range 190 deaths for 100.000 born alive (22 000 women dead in one year). These rates are similar to those of industrialized countries a century ago.

In Ecuador 4 out of 10 pregnant women are undernourished. The mortality rate in pregnant woman is 79.9% per 100 000 born alive the mortality rate in infants is 19 per 1 000 born alive. Male and female children and women as well as die from preventable diseases. The mortality rate in woman allows to evaluate the health care quality before, during and after childbirth. Partly, it reflects the access of pregnant women to the health services and qualified health professionals, and partly the nutritional situation of the mother, specially the presence of anemia during pregnancy. This is likely to measure the life conditions of the women.

The law of free maternity and infants care was issued by the Ecuadorian Congress in 1994, but it was modified in 1998. This law is aimed to reduce mortality in women an infant. Its first article states as follows: all Ecuadorian women have a claim to free and good health care during pregnancy, childbirth and postnatal period. They also have access to reproductive and sexual health programs. In the same way a newborn male and female under five will receive health care as a public governmental action.

The Ministry of Public Health has apply the law of free maternity in all ists deparments from 1 999. This is why this thesis aims to evaluate the care quality at the Hospital Provincial Docente of Riobamba and its organization referring to the law application during. September 2005, specially focusing:

1. Technical quality: observance of protocols, standards and quality indicators in our sample and according to simple randomized method of May 2005. From 30 clinical records belonging to pregnant women whose received care during their first prenatal check up, it appeared that the protocol was not observed for any of them.

Concerning normal childbirth at the hospital in which the parturient was given 10 u.i (units of intramuscular oxitocin, one minute after giving birth, being registered in the perinatal clinical history, in 30 clinic histories checked, the law observance is 0% as well.

The law was not observed in obstetric complex situation either: the observance rate for hemorrhages 40% due to pregnancy hypertensible troubles. Finally, for 30 clinical histories belonging to male and female infants under-five assisted in according to AIEPI (in English Integral care on infant preventable diseases), the law observance was 0%. The results are in all cases alarming.



2. Target heartfelt quality (satisfaction range). From a 100-sample survey applied to external users who made prenatal and postnatal examination planning and gyneco-obstetrics, 13 have reached the 90 per cent of satisfaction requested by the law, that is to say 13% of general satisfaction.

From the 100 surveys applied to relatives and mothers of family who receive pediatric assistance, 4 have received the 90% requested, that is to say 4% of global satisfaction.

However, in both groups, these problems have been registered: delay on taking back the clinical history from the statistics service, and getting assisted, turn trafficking, preferences for friends and relatives. Concerning free care, external users attempted to 32% and 13% respectively. They were asked to buy materials, like gloves and medicines for the treatment of under five children, based on the AIEPI. Strategy In addition, they were asked if they agreed with these expenses, 48% of gyneco obstetrics patients and 96% of Pediatrics' patients told not agreed for the hospital should observe the law.

In the 97 sample survey applied to the hospitalization gyneco-obstetrics area, 55 have observed the law requirements, getting 57% of satisfaction; however some problems have been reported: lack of privacy, lavatory dirtiness and gratuitousness unobservance.

After the evaluation and analysis of these two components, it was necessary to apply the interviews to our external consultation 81 users. We visited external consultation, emergency the obstetric center, gyneco-obstetrics, pediatry, neonatology X-rays, imaging and management area. The purpose was to evaluate the level of knowledge about the law and its benefits. As a provincial hospital, it has shown weakness in management, the services have no clear objectives, they do not fulfill the care protocols and neither the standards and quality indicators lack of monitoring system. The acquisitions of materials and medicines is not based on available stocks but they are provided over short periods of 60 to 90 days. This way the drugstore and the hospital's warehouse are often run out of medicine which strongly affects the external and internal patients submitted to the MGYAI law.

INTRODUCCIÓN

Marco Legal.- La Constitución Política de la República del Ecuador declara en su artículo N° 42: “El Estado ecuatoriano garantizará el derecho a la salud su promoción y protección,..... Conforme a los principios de equidad, solidaridad, universalidad, calidad y eficiencia”.

La Ley de Maternidad Gratuita (reformada) en su artículo N° 1 dice: “Toda mujer ecuatoriana tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y postparto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos - nacidas y niños - niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado”.

El Reglamento a la Ley de Maternidad Gratuita y de Atención a la Infancia⁴ menciona en sus artículos 7 c (funciones de la Unidad): “Definir criterios técnicos, estándares e indicadores de calidad de los servicios de salud cubiertos por la Ley, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública” Artículo # 2: Definirá las políticas de salud y las normas técnicas. Artículo 9 f (funciones del Comité de Gestión): “vigilar el cumplimiento de la gratuidad de la atención de las prestaciones cubiertas, así como su calidad”; y artículo 11 f (funciones del Comité de usuarios): “elaborar un informe trimestral sobre la calidad de atención de los servicios de salud que será presentado al Comité de Gestión del Fondo Solidario Local, para canalizar las demandas y los incentivos a las unidades ejecutoras”.

La LMGYAI desde su diseño incluyó un énfasis explícito en el aseguramiento de la calidad de los servicios que se garantizan a la población beneficiaria, así como su gratuidad. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador aplica la Ley desde 1999. Bajo éste marco legal, la presente tesis tienen como propósito fundamental evaluar la calidad de atención de las prestaciones cubiertas por la Ley, en el HPGDR.

Para una mejor comprensión del lector, la hemos desarrollado por capítulos divididos de la siguiente manera:

El Capítulo I: Aborda el marco teórico referencial, en el cual se analiza la salud en el Ecuador, en el contexto de la aprobación de la LMGYAI, contexto y actores en el diseño y aprobación de la Ley, definición de las prestaciones, modelo de co-gestión y veeduría de la aplicación de la Ley, contribuciones de la Ley y la reforma del sector salud y su significado. Con el propósito de analizar la organización del HPGDR frente al cumplimiento de la Ley,

⁴ Registro Oficial # 595, Gobierno del Ecuador. Quito, 12 de junio del 2002.

abordamos criterios sobre organización de servicios de salud, satisfacción de usuarias y concluimos el capítulo uno presentando la reseña del Hospital.

El Capítulo II, Nos habla sobre la metodología utilizada en la presente evaluación, siendo de tipo descriptivo, analítico y retrospectivo.

Para evaluar la calidad técnica “cumplimiento de protocolos, estándares e indicadores de calidad” y obtener una muestra de 30 historias clínicas del mes de mayo del 2005 de primer control prenatal, parto y atención del niño/a menor de cinco años, utilizamos el método aleatorio simple. Sobre complicaciones obstétricas: pre-eclampsias y eclampsias trabajamos con el universo.

Para evaluar la calidad sentida “satisfacción del usuario/a externo/a” se obtuvo una muestra de 100 encuestas del total de consultas de G-O, 9.424. 100 encuestas del total de consultas pediátricas, 10.469 y 97 encuestas para hospitalización del total de partos, 3.549. La producción fue del año 2004.

Fue necesario además aplicar entrevistas, obteniendo una muestra propositiva de 81 Usuarios/as Internos/as de los servicios involucrados con la atención de las prestaciones de la LMGYAI.

Capítulo III: En éste capítulo realizamos el análisis e Interpretación de los resultados, con sus respectivos gráficos, en base al enfoque sistémico (Input, proceso y resultado).

- Sobre el input: al aplicar una lista de chequeo en la Farmacia del HPGDR, sobre insumos, materiales y medicamentos con los que debería contar el Hospital, un total de 146, según la matriz de la LMGYAI, se constató la existencia de 107, con un 73% de cumplimiento. La debilidad Gerencial del Área Administrativa y en especial de la Farmacia del Hospital frente al cumplimiento de la Ley del PMGYAI, es muy evidente.
- Procesos: Al evaluar los estándares e indicadores de calidad, en una muestra de 30 historias clínicas de primer control prenatal, parto y de niños/as menores de cinco años y para complicaciones obstétricas (pre-eclampsias – eclampsias y hemorragias) que se trabajó con el universo su cumplimiento se observa en un 0%.
- Salida / Satisfacción del usuario/a externo/a, se obtuvo en consulta externa de G-O un 13%, pediátricas 4% y en parto un 57%. El umbral que plantea la LMGYAI para indicar que la usuaria externa está satisfecha es del 90% y más. La insatisfacción de las usuarias encuestadas fue por las siguientes dimensiones de calidad: tiempos de espera prolongados para retirar su turno / historia clínica, para recibir la atención profesional, privacidad, limpieza de los servicios higiénicos y sobre la gratuidad de las prestaciones que cubre la Ley.



BIBLIOTECA
ESPAL-ESFO

En el Capítulo IV: Se plantea conclusiones y recomendaciones para mejorar la atención de las prestaciones de la LMGYAI, en el HPGDR; en base a los dos componentes, calidad técnica "cumplimiento de protocolos, estándares e indicadores de calidad" y calidad sentida "satisfacción del usuario/a externo/a".

Seguras estamos, que la presente evaluación será en beneficio de la población más vulnerable, binomio madre-niño/a, de la provincia de Chimborazo.

JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN.

La Constitución Política de la República del Ecuador declara en su artículo N° 42: "El Estado ecuatoriano garantizará el derecho a la salud su promoción y protección,..... Conforme a los principios de equidad, solidaridad, universalidad, calidad y eficiencia".

En su artículo N° 1 de la LMGYAI, dice: "Toda mujer ecuatoriana tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y posparto. La Ley, busca impulsar la maternidad gratuita, en el marco de la salud reproductiva y la atención a la infancia. Su propósito es disminuir la mortalidad de madres y niños/as, a través del mejoramiento del acceso y calidad técnica de la atención "cumplimiento de protocolos, estándares e indicadores de calidad" y calidad sentida "satisfacción de usuarias externas beneficiarias de la Ley", en la actualidad cubre un paquete 55 prestaciones⁵

Por otra parte, la Ley, tiene como una de sus finalidades el financiamiento para cubrir los gastos por medicina, insumos, micros nutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios para la atención de las mujeres embarazadas, recién nacidos y niños menores de cinco años.

Del Ministerio de salud Pública, Artículo # 2: Definirá las políticas de salud y las normas técnicas, que garanticen la salud de las mujeres embarazadas, de las madres, de los recién nacidos/as y de los niños/as menores de cinco años.

Son razones que justifican la realización de la evaluación de la atención de las prestaciones que cubre la LMGYAI, en el HPGDR y a su vez analizar la organización del Hospital frente a la aplicación de la misma Ley.

⁵ href="http://www.unicef.org/ecuador/222.html"

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

Pese a que se encuentran formulados criterios sobre la calidad técnica "cumplimiento de protocolos, estándares e indicadores de calidad" y calidad sentida "satisfacción de la usuaria/o externa/o", en la LMGYAI, en las Unidades del Ministerio de Salud Pública y en especial en el HPGDR se observa un incumplimiento de lo estipulado en la Ley.

Las complicaciones obstétricas: trastornos hipertensivos del embarazo con un 40% y las hemorragias con un 22%, siendo principales causas de muerte materna y a pesar de existir bibliografía sobre la medicina basada en la evidencia, no se mejora el manejo de las mismas. El personal calificado no se encuentra capacitado en competencias obstétricas.

Por otra parte la Ley tiene como una de sus finalidades el financiamiento para cubrir los gastos por medicina, insumos, micros nutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios para la atención de las mujeres embarazadas, recién nacidos y niños menores de cinco años, planteada de ésta manera es una utopía, ya que en la realidad se observa insatisfacción de la usuaria/o externa/o por el incumpliendo de lo estipulado en la Ley.

OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

OBJETIVO GENERAL.

Evaluar la calidad de atención de las prestaciones de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, en el Hospital Provincial General Docente Riobamba, septiembre 2005.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Verificar si el HPGDR cuenta con los insumos, materiales y medicamentos necesarios para brindar atención de las prestaciones de la Ley de MGYAI.
2. Investigar la satisfacción de las mujeres que acuden a recibir atención de las prestaciones de la Ley de MGYAI en el HPGDR.
3. Plantear conclusiones y recomendaciones.

HIPOTESIS:

1. Las prestaciones de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia cumplen parcialmente la calidad técnica "cumplimiento de protocolos, estándares e indicadores de calidad" y calidad sentida "satisfacción de la usuaria/o externa/o"
2. La implementación de un Sistema de Mejoramiento Continúa de Calidad, genera mecanismos para mejorar la atención de las prestaciones de la LMGYAI.



BIBLIOTECA
ESPAN-ESPAOL

CAPÍTULO I.

MARCO TEÓRICO.

1.1. SITUACIÓN DE SALUD EN EL ECUADOR EN EL CONTEXTO DE LA APROBACIÓN DE LA LEY DEL PROGRAMA DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA.

Entre 1995 y 1999, la población ecuatoriana empobreció dramáticamente: el número de personas pobres pasó de 3'900.000 en 1995, a 8'600.000 en 1999. Las mujeres, niñas y niños, fueron los más afectados. Al inicio de la década de los años 90, las tasas de mortalidad materna e infantil eran elevadas. La tasa de mortalidad materna en 1990 fue de 117 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que la tasa de mortalidad infantil en ese mismo año fue de 30 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. A lo largo de la década fueron disminuyendo paulatinamente hasta el punto más bajo en 1998, año en el que se registró 53 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos y 19 niños fallecidos por 1000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad materna se incrementó en los años siguientes; los últimos datos oficiales disponibles señalan 81 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. Sin embargo, estos datos deben ser tomados con precaución debido a que los sistemas de información son deficientes y no registran adecuadamente los acontecimientos vitales, ocasionando un sub-registro de las muertes maternas.

Las principales causas de muerte materna no han cambiado en la última década, siendo las más frecuentes los trastornos hipertensivos del embarazo (40%), las hemorragias (22%) y las complicaciones del aborto (5%). Las principales causas de muerte infantil fueron las enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias, anomalías congénitas, y la desnutrición.

Las tasas de fecundidad para 1994-1999 registraron un promedio de 3.3 hijos por mujer en edad fértil; esta tasa disminuyó con relación a los años anteriores. En el área rural se mantiene alta (4.3 hijos) con relación a la zona urbana (2.8 hijos). De igual manera la tasa global de fecundidad fue mayor en mujeres sin ningún grado de instrucción educacional (5.6 hijos) con respecto a las que tenían instrucción secundaria (2.9 hijos). El porcentaje de embarazos en adolescentes (15 a 19 años de edad) ha aumentado; para el año de 1994 se reportó el 7,9% de embarazos en adolescentes, y 9,8% para 1998.

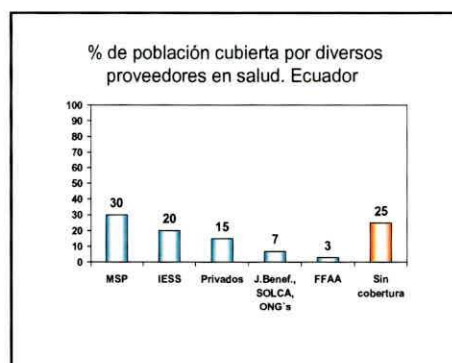
La prevalencia del uso de métodos anticonceptivos para el año 1994 fue de 51.1% en mujeres en edad fértil casadas o unidas. Según el lugar de residencia se observó que el 66% de las mujeres que viven en zonas urbanas usan algún tipo de método anticonceptivo; esta cifra es de 44.4% para las que viven en zonas rurales.

Las coberturas de atención prenatal alcanzadas por establecimientos del MSP entre 1994 y 1999 fueron de 47.0% y 55.5% respectivamente, con un promedio de 5.5 controles prenatales durante el embarazo. La atención del parto en establecimientos del MSP durante el año 1999 fue de 34.4%. El 49.3% de los partos ocurridos en la zona rural no recibieron atención de personal calificado. El 73% de las mujeres indígenas no accedieron a una atención institucionalizada del parto. En el año 1994 la cobertura de atención post-parto alcanzó el 43.2% en la zona urbana y el 23.2% en la zona rural.

Si bien la tasa de mortalidad neonatal disminuyó de 22 por cada 1000 nacidos vivos en 1994 a 19 por cada 1000 nacidos vivos en 1999, al realizar una comparación con el lugar de residencia de la madre se pudo observar que en el área urbana se produjeron 19 muertes neonatales y en el área rural 24 por cada 1000 nacidos vivos. El bajo peso al nacer es un indicador indirecto de la situación de la madre durante el embarazo, y está asociado al 80% de las causas de muertes en niños recién nacidos en América Latina. En el Ecuador, durante el año 1994 se registró el 18.8% de nacimientos con peso bajo, situación que no varió para el año de 1999 que fue de 18%. Los niños que sobreviven sufren más casos de enfermedades, retraso del desarrollo, y mayores posibilidades de estar desnutridos.

En el Ecuador los proveedores de servicios de salud, tanto públicos como privados, cubren solo al 75% de la población con atenciones generales. Así podemos apreciar en el gráfico 1:

GRÁFICO # 1



La fragmentación institucional del sector salud en el Ecuador, constituye uno de los problemas estructurales, que afectan su funcionamiento. Cada institución tiene sus políticas propias, sus fuentes de financiamiento propias,

sus programas y servicios propios, lo que ha dado lugar a frecuentes duplicaciones de actividades con bajo impacto en la población, además de la falta de coordinación y desperdicio de recursos.

Algunos de los principales problemas identificados en los servicios de salud son: inadecuado acceso a los servicios, inequitativa distribución de recursos, e inadecuada calidad de atención, tanto técnica como sentida. A esto se suma que 9 de cada 10 médicos se encuentran trabajando en zonas urbanas.

1.2. CONTEXTO Y ACTORES EN EL DISEÑO Y APROBACIÓN DE LA LEY.-

El contexto nacional e internacional en el cual se produce y se aprueba la LMGYAI se caracterizó por dos elementos importantes: el primero se refiere al desarrollo de movimientos sociales para mejorar las condiciones de vida de las mujeres, y el segundo, a las iniciativas hacia la reforma del Sector Salud.

Los avances internacionales en los 90's de los movimientos a favor de las mujeres y, en especial, las Reuniones Internacionales de El Cairo y Beijing, tuvieron efectos importantes a favor del desarrollo de los movimientos de mujeres y sus propuestas reivindicativas en Ecuador. Esto se evidenció, por ejemplo, en la aprobación de la Ley contra la Violencia intrafamiliar en 1994, el Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades en 1997, la creación del Consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU) en 1997, las Reformas Constitucionales de 1998, la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia LMGYAI en 1998, y la Ley de Cuotas para la Participación Política de las Mujeres en 1999.

En cuanto a las reformas al sector salud, en 1994 el Consejo Nacional de Modernización CONAM planteó una propuesta de Reforma con fuerte participación de las aseguradoras privadas, la misma que no progresó por la negativa de la población, en una Consulta Popular, a la privatización del Seguro Social. En 1996, el Consejo Nacional de Salud de Salud (CONASA) elaboró una nueva propuesta en la cual el Ministerio de Salud asumiría el rol rector de un Sistema Nacional de Salud multi-institucional. Esta propuesta tampoco se materializó, a pesar de que el Congreso Nacional aprobó una nueva Ley Nacional de Salud. Es probable que uno de los principales factores para la falta de concreción de un proceso de Reforma en Salud haya sido la extrema inestabilidad política en Ecuador, que ha llevado a la sucesión de Gobiernos y Ministros de Salud en cortos períodos de tiempo. Ante las dificultades para concretar estas Reformas, algunas instituciones nacionales, identificaron a la LMGYAI como el proyecto con mayor probabilidad para ser aprobado y aplicado. En este contexto, la aprobación y puesta en vigencia de la LMGYAI, representa uno de los pocos procesos

que han logrado de manera efectiva introducir Reformas importantes en el Sector Salud en Ecuador.

El CONAMU, fue el principal actor en el proceso de diseño y aprobación de la LMGYAI, apoyado de manera importante por la Comisión de Salud y Medio Ambiente del Congreso Nacional y la Organización Panamericana de la Salud. Luego se sumaron el Ministerio de Salud Pública y el Consejo Nacional de Salud. El Proyecto de Modernización de la Salud (MODERSA), financiado por el Banco Mundial, y la Organización no Gubernamental CEPAR, brindaron asistencia técnica.

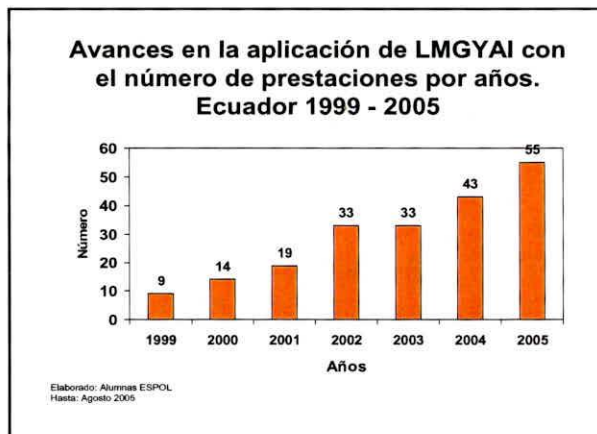
Las instituciones participantes actuaron en dos niveles. Un nivel político, responsable de desarrollar las alianzas necesarias, legitimar y facilitar el proceso de aprobación de la Ley; y un nivel técnico, encargado de desarrollar y proponer elementos específicos relacionados a la Ley tales como: mecanismos de financiamiento, modelo de gestión, modelo de atención, servicios de salud cubiertos, rol de los gobiernos locales, rol de las organizaciones de usuarias, entre otros aspectos. El grupo político estuvo integrado por la Directora del CONAMU, el Presidente de la Comisión de Salud del Congreso Nacional, el representante de la OPS/OMS, el Ministro de Salud, y el Director Ejecutivo del Proyecto MODERSA. El grupo técnico estuvo integrado por los responsables técnicos en las áreas de salud y/o de reforma de las instituciones señaladas, a las que se añadió el CEPAR. El comité técnico se convirtió en el conductor del desarrollo de la propuesta, debió negociar con las autoridades de cada institución y, a su vez, conducir al equipo de consultores que hacían los estudios necesarios.

El asesoramiento de la OPS/OMS fue clave en este proceso. El aporte principal del CONAMU, fue plantear los derechos a la salud de las mujeres, niñas y niños como una responsabilidad del Estado, además planteó que la financiación de la atención de salud debe ser una política de Estado permanente, cambiando la situación de inestabilidad y arbitrariedad de la designación de fondos públicos para enfrentar el problema multicausal de la mortalidad materna e infantil. Para el CONAMU, el eje fundamental era la salud sexual y reproductiva de las mujeres, asumiendo que la autonomía del cuerpo es fundamental para su empoderamiento, y esto debía reflejarse en tasas de mortalidad materna más bajas y mayor cobertura de la planificación familiar. Con estos lineamientos, consultores de la Comisión de Salud del Congreso Nacional se encargaron de identificar las prestaciones de salud a ser cubiertas por la Ley. Por su parte, consultores de CONAMU y CEPAR realizaron los estudios de costos, mientras que un consultor de MODERSA identificó las posibles fuentes de financiamiento.



1.3. DEFINICIÓN DE LAS PRESTACIONES CUBIERTAS POR LA LMGYAI.-

GRÁFICO # 2



Uno de los aspectos operativos más importantes fue la identificación de las prestaciones que deberían ser cubiertas financieramente a través de los mecanismos de la Ley, se observa en el gráfico # 2 los avances de las prestaciones desde 1999 al 2005.

Para la definición de las prestaciones a ser cubiertas por la Ley se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

- El perfil epidemiológico de las mujeres, niñas y niños del país, enfatizando las enfermedades más frecuentes y las principales causas de muerte.
- La capacidad resolutive de los servicios de salud del MSP
- Las demandas del movimiento de mujeres
- Los compromisos internacionales adquiridos por el Ecuador
- El costo de cada una de las prestaciones
- Los volúmenes financieros anuales disponibles previstos en la Ley

Basándose en estos criterios, un grupo de Consultores y técnicos de las instituciones que participaron en el desarrollo de la Ley definieron un conjunto de prestaciones básicas. Dos años después estas prestaciones fueron incrementadas en razón de las necesidades de la población beneficiaria en el país.

La atención de las complicaciones vs. Las emergencias obstétricas como una prestación a ser financiada por la Ley fue un tema sujeto a debate. Los técnicos del Ministerio de Salud argumentaron que la Ley debía financiar la atención de todas las complicaciones obstétricas y no solo las emergencias. Sin embargo, los cálculos económicos indicaban que si se financiaban todas las complicaciones, la mayoría de los fondos disponibles en la Ley serían utilizados por los hospitales (segundo y tercer nivel de atención), para cubrir

solo el .3% de los problemas de salud maternos. Esto se debe al alto costo relativo de la atención a las complicaciones obstétricas, en comparación a otras atenciones de salud materna.

Luego de mucha discusión, se consideró que la Ley debe tener una orientación prioritaria hacia la atención primaria de salud y las intervenciones de mayor costo-efectividad como estrategia de salud pública. Con este criterio como guía, se definió que la Ley financiaría prioritariamente las emergencias obstétricas y pediátricas. En cuanto a las complicaciones que no tienen un carácter de emergencia, se financiarían aquellas que ocupan los diez primeros lugares en el perfil epidemiológico de la salud materna de la población ecuatoriana.

La inclusión del diagnóstico y tratamiento de personas con VIH-SIDA como una prestación financiada por la Ley fue también objeto de debate. Finalmente, la Ley estableció que se financiará el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, excepto el VIH-SIDA. La razón principal para esta decisión fue el criterio de que el alto costo del diagnóstico y tratamiento del VIH-SIDA consumiría una proporción alta del presupuesto disponible en la Ley, quedando pocos recursos para las prestaciones restantes.

En cuanto a las prestaciones a niñas y niños, se excluyeron las vacunas de la cobertura de la Ley, ya que meses antes de ser aprobada la LMGYAI se aprobó una Ley específica de Vacunas, para la cual se asignó un presupuesto especial. En base al perfil epidemiológico, se determinó que el tratamiento de las enfermedades más comunes de la infancia contempladas en la estrategia AIEPI sea el eje de las prestaciones para los y las menores de cinco años.

En el año 2002, luego de tres años de haberse establecido un diálogo y negociaciones entre expertos de áreas e instituciones diferentes como: CONAMU, MSP, Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA), y la Asociación de Municipalidades del Ecuador (AME), finalmente el Congreso Nacional aprobó el Reglamento de la Ley. Este instrumento permitió especificar detalladamente las prestaciones financiadas por la Ley, las funciones de cada una de las instituciones participantes, y los mecanismos de asignación de fondos a los Comités de Gestión relacionados con los municipios.

En la actualidad la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia cubre 55 prestaciones.

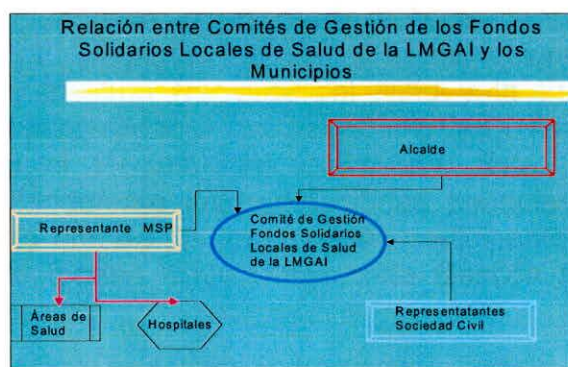
1.4. MODELO DE CO-GESTIÓN Y VEEDURÍA DE LA APLICACIÓN DE LA LMGYAI.-

Una innovación importante de la LMGYAI fue un nuevo modelo de co-gestión de los recursos financieros asignados por el gobierno central (Fondo de Solidaridad) y los que provengan de los gobiernos locales municipales. La gestión tradicional, que todavía se mantiene para los sueldos y otros gastos no cubiertos por la LMGYAI, consiste en que el Congreso Nacional aprueba cada año el presupuesto general del Estado; el Ministerio de Finanzas entrega los recursos al Ministerio de Salud, y éste los entrega a las Direcciones provinciales y Áreas de Salud. Toda la gestión se realiza dentro de los niveles institucionales del Ministerio de Salud. El modelo de co-gestión introducido por la LMGYAI crea la Unidad Ejecutora de la LMGYAI, que es la encargada de recibir los recursos y canalizarlos hacia los Comités Locales de Gestión de Salud, en los cantones.

El Fondo Solidario Local de Salud está constituido no solamente por los recursos transferidos desde el nivel central, sino además por recursos que sean aportados por los Gobiernos municipales, y cualquier otra posible fuente local de financiamiento.

El rol de los Comités Locales de Salud es importante porque introduce al Gobierno local y a representantes de la sociedad civil como actores del proceso de gestión, con capacidad de administración de los fondos, lo cual anteriormente era una facultad exclusiva del Ministerio. A continuación se muestra un gráfico con la integración del Comité de Gestión de los Fondos Locales:

Modelo de cogestión y flujo de fondos de la LMGYAI



Los Comités Locales de Gestión de la Salud, asignan fondos a las unidades ejecutoras, administrativas, y financieras del sistema de salud del MSP, hospitales y áreas de salud, que ejecutan el gasto. Las asignaciones son reembolsos que se basan en el número y tipo de prestaciones ejecutadas por las unidades de salud del cantón, en el transcurso de un mes. Para

todos los procedimientos administrativos, el Comité de Gestión, y en particular el Alcalde, utilizan los instrumentos del Manual Técnico-Administrativo y Financiero para la aplicación de la Ley, los mismos que fijan los montos por cada prestación y los procedimientos de evaluación de coberturas y estándares de calidad. Este mecanismo establece una diferenciación entre la función de financiación-pago, y la función de ejecución de los servicios de salud. De esta manera se crea un mecanismo de control y exigibilidad o rendición de cuentas, con la participación del Alcalde y de representantes de la sociedad civil.

LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL MODELO DE CO-GESTIÓN

La LMYGAI creó dos importantes mecanismos para la participación de actores sociales como los gobiernos locales, las organizaciones de mujeres, y las agrupaciones indígenas. Aunque tradicionalmente estos actores han sido excluidos del proceso de gestión de la salud, su participación es de importancia clave en la gestión de la salud materno-infantil y para el éxito de la LMGYAI. Estos mecanismos son:

Los Comités Locales de Gestión, que administran los fondos de la Ley (Fondo Solidario Local de Salud). Están integrados por el Alcalde, el Jefe de Área de Salud, un representante de las organizaciones comunitarias, un representante de las organizaciones de mujeres y en los municipios cuya población fuese rural en más de un 50%, se añade un/a representante de las organizaciones campesinas o indígenas. A más de administrar el Fondo Solidario Local, las funciones del Comité Local de Gestión en Salud, incluyen fortalecer el rol del Gobierno Municipal en la gestión de la salud mediante la identificación de prioridades sanitarias, la incorporación de la perspectiva ciudadana en la gestión sanitaria, el apoyo en la identificación de recursos, la evaluación de la situación de salud, entre otros.

Los Comités de Usuarios/as, son organizaciones de servicios de salud; tienen la función de emitir informes de satisfacción de la calidad de los mismos, promover la coparticipación ciudadana y de la familia en el cuidado de la salud, y coordinar con las Unidades de Salud para el mejoramiento de la calidad de la atención. El concepto de Comités de Usuarios/as se originó en el trabajo desarrollado durante 10 años por el Ministerio de Salud, el Proyecto de Garantía de Calidad (Quality Assurance Project, QAP) de la USAID, y la OPS/OMS en Ecuador. En el trabajo de Mejora Continua de la Calidad, uno de los ejes principales que se desarrolló es la orientación hacia la satisfacción del usuario/a, lo cual incluyó el desarrollo de mecanismos para que las Unidades de Salud pudieran medirla y mejorarla. La creación de los Comités de Usuarios en la LMGYAI fortalece el trabajo de las Unidades de salud.

1.5. CONTRIBUCIONES DE LA LEY Y LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y SU SIGNIFICADO.-

La LMGYAI constituye un esfuerzo a gran escala para modificar las condiciones de la atención a la salud materno-infantil, de la población más necesitada del Ecuador. Su objetivo es contribuir a disminuir la mortalidad materna e infantil, mejorar el acceso de las mujeres y los niños a una atención de calidad, y fortalecer la participación de la sociedad en la toma de decisiones y el control social sobre la calidad de los servicios. Para lograr estos propósitos, la LMGYAI introdujo algunas reformas específicas en el modelo de gestión de la atención, orientadas a incrementar la efectividad, cobertura, eficiencia y calidad de los servicios materno - infantiles. Entre estas reformas, discutiremos brevemente a continuación las siguientes: a) el aseguramiento de un financiamiento estable a un paquete básico de servicios, no sujeto a los vaivenes de la aprobación política del presupuesto del Estado; b) el pago a través de reembolso por servicios efectivamente producidos por las Unidades; c) la creación de la Unidad Ejecutora y los Comités Locales de Gestión de Salud, como mecanismos para el pago de servicios, independientes de la función de prestación de los mismos; d) la diversificación de los proveedores de servicios, incluyendo además del MSP a las instituciones sin fines de lucro y a los proveedores de medicina tradicional, entre ellos, a las parteras tradicionales; e) la integración de los gobiernos locales municipales y las organizaciones comunitarias dentro de la gestión local de salud; f) la creación de un rol activo de veeduría y apoyo a la calidad de la atención, por parte de los Comités de Usuarías; g) la incorporación de la "Mejora Continua de la Calidad" y sus mecanismos operativos en la provisión de servicios de salud, como un objetivo explícito de la Ley.

Una de las principales contribuciones de la LMGYAI, es haber dado continuidad a las políticas públicas de salud en favor de las mujeres, niñas y niños. En su carácter de Ley, se convirtió en una política de Estado que rebasa los cambios frecuentes de gobierno y de ministros. Otro de los elementos importantes con que ha contribuido la Ley es que ha permitido pasar de las meras declaraciones de derechos a la salud sexual y reproductiva, a contar con mecanismos efectivos para el ejercicio real y goce de esos derechos.

Al finalizar éste tema y siendo parte fundamental de nuestra evaluación, la organización del HPGDR frente al cumplimiento de la Ley, presentamos a continuación criterios sobre: organización en salud, satisfacción y una breve reseña del hospital.



BIBLIOTECA
MSPAB-ESPOL

1.6. ORGANIZACIÓN.-

Las organizaciones son sistemas diseñados para lograr metas y objetivos, por medio de los recursos humanos y de otro tipo. Están compuestas por subsistemas interrelacionados que cumplen funciones especializadas.

Compañía, corporación, firma, empresa, autoridad o institución, o parte o combinación de ellas, organizada en forma societaria o no, pública o privada, la cual tiene sus propias funciones y administración.

Conjunto de personas organizadas con un objetivo específico. Están constituidas por un grupo de personas que interactúan entre sí, deben desarrollar un conjunto de acciones, utilizar habilidades, enfoques y técnicas que posibiliten el logro de determinados resultados. Cuando se mencionan estas acciones, generalmente se les refiere como gestión.

Unidad Social que ha sido creada con la intención de alcanzar unas metas específicas. Los elementos fundamentales de una organización son: compuesta por individuos y grupos, orientadas hacia fines y objetivos, posee funciones diferentes y una coordinación racional intencionada, desde una continuidad en el tiempo.

1.7. ORGANIZACIÓN EN SALUD.-

El término organización suele utilizarse en un sentido amplio; y no es extraño, pues la manifestación de la "organización" tiene numerosos aspectos. Puede afirmarse que el estudio de las organizaciones es en sí mismo una materia que carece de ubicación natural en una disciplina académica específica. Ciertamente que el concepto de organización ha pasado a ocupar una posición fundamental en la denominada ciencia de la gestión, que, en algunos países, es una asignatura independiente en el campo de los estudios empresariales.

Ahora bien, en otras disciplinas, entre las que se cuenta la salud y la seguridad en el trabajo, también se han encontrado razones para reflexionar sobre la teoría de la organización y para determinar qué aspectos de la misma deben atenderse en los análisis de investigación. La organización es importante no sólo para la gestión empresarial, sino también para la situación laboral de cada persona, tanto en lo que se refiere a su salud, como a sus oportunidades a corto y largo plazo de contribuir eficazmente al trabajo. Así, es fundamental que los especialistas en el ámbito de la salud y la seguridad en el trabajo conozcan la teoría, los conceptos y las formas de abordar la realidad social a la que hacen referencia los términos organización y desarrollo o cambio organizativo.

El sistema organizativo influye en las relaciones sociales que se establecen entre las personas que trabajan en una organización; de hecho, ese sistema está pensado para lograr unas relaciones sociales determinadas. En varios estudios sobre los aspectos psicosociales de la vida laboral se afirma que la configuración de una organización "engendra" unas relaciones sociales. La elección entre estructuras organizativas alternativas depende de varios motivos, algunos de ellos, nacen de un planteamiento concreto respecto a la coordinación organizativa y de la gestión. Hay un tipo de estructura que considera que una gestión organizativa es eficaz cuando se facilitan unas interacciones sociales específicas entre los miembros de la organización. La elección se realiza en función de los vínculos que se desee.

1.8. SATISFACCIÓN.-

Hoy en día, resulta bastante frecuente que en todos los ámbitos se hable de la necesidad de "satisfacer al usuario/a", pero este concepto se interpreta de diversas maneras según realidades culturales que atraviesan el campo médico, profesional y directivo y le dan diversas valencias según las realidades locales de tipos organizacionales o presupuestarios.

En el ámbito de la salud, en primer término, debemos entender ésta como un problema multifactorial, considerando tanto las variables biológicas como las de carácter psíquico, sociales, culturales y ambientales. Sólo con esta visión se ofrece una atención integral a las personas, ello implica un desafío de replantear las prácticas de trabajo hacia la satisfacción del usuario.

Actualmente, la satisfacción de los usuarios es utilizada como un indicador para evaluar las intervenciones de los servicios de salud pues nos proporciona información sobre la calidad percibida en los aspectos de estructura (input), procesos y resultados.

Si bien la calidad sentida es un término difícil de definir, en nuestra evaluación hemos considerado las siguientes dimensiones: tiempos de espera, información, trato, privacidad, calidad técnica, comodidad, limpieza, disponibilidad y gratuidad de las prestaciones de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

1.9. RESEÑA HISTÓRICA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA.-

El Hospital Provincial General Docente de Riobamba, es un hospital de segundo nivel y de referencia provincial, tiene sus inicios en febrero de 1791 con la fundación del Hospital "San Vicente de Paúl". En el siglo pasado sin fecha exacta y con la colaboración de las hermanas de la caridad hoy Normal San Vicente de Paúl.

En el año 1926 se crea la Subdirección de Asistencia Pública de Chimborazo, primitivo en su organización que solo proporcionaba servicios médicos y consulta externa y cuya primordial función era dar albergue a enfermos que en su mayor parte recibían tratamientos elementales, como Tuberculosis, en un ambiente precario.

En 1942 el Gobierno Nacional contrató al Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, la construcción del nuevo Hospital y el 23 de mayo de 1952, durante la presidencia del Sr. Galo Plaza Lasso, se inaugura el nuevo Hospital con nombre de Policlínico, en donde se prestaba los servicios de clínica, cirugía y maternidad.

En mayo de 1956, debido al incremento de la demanda el servicio cooperativo que construyó el Hospital, entrega un nuevo tramo en el piso alto del sector norte de la planta física.

En el año 1974 se pone en funcionamiento el servicio de pediatría, completando así las cuatro especialidades básicas.

En noviembre de 1978 por disposición del Gobierno de la Junta Militar se traslada a las instalaciones al Hospital de LEA, Juan Tanca Marengo, mientras se construye la planta física, donde se cuenta con otros servicios como son Rayos X, Laboratorio Clínico y Fisiatría.

Al reinstaurarse la democracia en el país deciden, las autoridades respectivas, en el año de 1983 durante el Gobierno del Dr. Oswaldo Hurtado, la planificación de una nueva unidad con equipamiento y dotación de personal.

Durante la presidencia del Ing. León Febres Cordero y del Dr. Rodrigo Borja continua la construcción de la obra. En el año 1996 en la presidencia del Abg. Abdalá Bucarán, entra en funcionamiento las nuevas instalaciones del Hospital con la Consulta Externa y los Servicios Administrativos, se inicia atención al público.

En la Administración del Dr. Fabián Alarcón se traslada totalmente el Hospital a las nuevas dependencias, inaugurándose el 7 de marzo de 1998 acorde a los avances tecnológicos, con una dotación máxima de camas de 220 y con una disponibilidad de trabajo diario de 160 camas. Se brinda atención ambulatoria y de internación en las cuatro especialidades básicas: Clínica, Cirugía, Pediatría y Gineco – Obstetricia, con algunas sub especialidades.

En febrero de 1999 se incrementa 4 cunas al servicio de Neonatología, a partir de esta fecha el hospital cubre una disponibilidad de trabajo diario de 164 camas.

CAPÍTULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. METODOLOGÍA.

Es un estudio descriptivo, analítico y retrospectivo.

Con la finalidad de evaluar la calidad técnica, "cumplimiento de estándares e indicadores de calidad", se obtuvo una muestra de 30 historias clínicas del mes de mayo del 2005, de: primer control prenatal, parto y atención del niño/a menor de 5 años bajo AIEPI a través del método aleatorio simple, consistió de cada 5 HC, obteníamos una hasta completar el número 30 HC en cada grupo a evaluar. Con respecto a las complicaciones obstétricas, trabajamos con el universo, es decir, totales de pre-eclampsias eclampsias, 10 y total de hemorragias 20, atendidas durante el mes de mayo del 2005.

Para evaluar la calidad sentida "satisfacción del usuario/a externo/a" se obtuvo las muestras, utilizando la siguiente fórmula:

$$m = \frac{n}{e^2(n-1) + 1}$$

Donde:

m= muestra poblacional

e= margen de error (0.1)

n= tamaño de la población

- **Consultas de gineco-obstetricia, 9.424. Margen de error 10% o sea al 90% de confianza.**

$$m = \frac{9424}{(0.1)^2(9424-1) + 1}$$

$$m = \frac{9424}{(0.01)(9423) + 1}$$

$$m = \frac{9424}{94.23 + 1}$$

$$m = \frac{9424}{95.23}$$

$$m = 98.96$$

$$m = 100$$

- **Consultas pediátricas, 10.469. Margen de error 10% o sea al 90% de confianza.**

$$m = \frac{10469}{(0.1)^2 (10469 - 1) + 1}$$

$$m = \frac{10469}{(0.01)(10468) + 1}$$

$$m = \frac{10469}{104.68 + 1}$$

$$m = \frac{10469}{105.68}$$

$$m = 99.06$$

$$m = 100$$

- **Partos, 3549 margen de error 10% o sea al 90% de confianza.**

$$m = \frac{3549}{(0.1)^2 (3549 - 1) + 1}$$

$$m = \frac{3549}{(0.01)(3548) + 1}$$

$$m = \frac{3549}{35.48 + 1}$$

$$m = \frac{3549}{36.48}$$

$$m = 97.2$$

$$m = 97$$

Fue necesario además aplicar entrevistas, obteniendo una muestra propositiva de 81 Usuarios/as Internos/as de los servicios involucrados con la atención de las prestaciones y con la finalidad de evaluar el grado de conocimiento y percepción sobre la LMGYAI y sus beneficios.

2.2. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

La recolección de datos se realizó por medio de:

- Encuesta a usuarios/as externos/as.
- Entrevistas a usuarios/as internos/as
- Revisión de Historias Clínicas de control prenatal, parto, complicaciones obstétricas y atención al niño/a menor de cinco años bajo la estrategia de atención integral de enfermedades prevalentes de la Infancia (AIEPI)
- Revisión de datos estadísticos.
- Revisión de informes

2.2.1 INSTRUMENTOS

Se diseñaron los siguientes instrumentos:

- Encuestas
- Lista de chequeo

2.3. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS.

Los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos fueron tabulados en el programa Excel.

Para llevar a cabo la evaluación los datos se obtuvieron de las siguientes fuentes de información:

Encuestas aplicadas a usuarias externas que acudieron a la consulta externa y hospitalización de Gineco-obstetricia y Consulta externa de pediátrica

Entrevistas a usuarios/as internos/as que se relacionan con la aplicación de la LMGYAI.

Revisión de historias clínicas en el Departamento de estadística del HPGDR con la finalidad de verificar lo estipulado en la LMGYAI, calidad técnica "cumplimiento de protocolos y estándares e indicadores de calidad.

2.4. VARIABLES:

IDENTIFICACIÓN	DIMENSIÓN / CLASIFICACIÓN	INDICADORES	ESCALA DE LA VARIABLE EN ESTUDIO	FUENTE DE INFORMACIÓN
Norma técnica / Calidad Técnica:	1. Dotación de Insumos, materiales y medicamentos.	No. de insumos, materiales y medicamentos existentes para brindar la atención de las prestaciones de la Ley del total de 146.	Si – No	Lista de chequeo, Farmacia y Bodega del HPGDR.
	2. Existencia de protocolos de atención.	No. de protocolos para las prestaciones de la Ley, existentes en cada servicio.	Si – No	Lista de chequeo, método de observación directa.
	3. Adopción de estándares e indicadores de calidad	No. de prestaciones que cumplen con los estándares e indicadores de calidad.	Cumple – no cumple	Lista de chequeo, método de observación indirecta, revisión de partes diarios, egresos hospitalarios e historias clínicas.
Calidad Sentida "satisfacción del usuario"	1. Tiempos de espera. 2. Información 3. Trato. 4. Privacidad. 5. Comodidad. 6. Limpieza. 7. Disponibilidad. 8. Gratuidad.	Número de encuestas en las que la usuaria fue calificada como satisfecha (90% o más de satisfacción individual), en cada una de las dimensiones identificadas / total de encuestas aplicadas X 100.	Demorado o malo, regular y bueno	Encuestas a usuarias externas de G-O y pediátricas en consulta externa y en hospitalización de G-O.
Conocimiento y percepción de la LMGYAI	1. Beneficios de la Ley. 2. Gratuidad. 3. Existencia de Comités y Equipos de mejoramiento continuo de calidad (EMCC)	No. de usuarios/as internos/as que conocen sobre los beneficios, gratuidad de la Ley de MGYAI y existencia de comités y EMCC	Si - No	Entrevista realizadas a usuarios/as internos/as de los servicios involucrados con las prestaciones de la Ley.

CAPITULO III

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS, EN BASE AL ENFOQUE SISTÉMICO (INPUT, PROCESO Y RESULTADO).

Se considera que todo trabajo implica procesos y sistemas. En la prestación de atención en salud, se producen muchos procesos simultáneamente.

Un proceso se define como una secuencia de pasos que implican acciones a través de las cuales las entradas o insumos o el input se convierten en resultados que benefician a todos/as los/as usuarios/as.

Se considera a los servicios de salud como un sistema en donde las acciones y decisiones que se realicen o tomen en una parte del sistema afecta al resto.

Para lograr la producción de servicios son necesarias las **ENTRADAS**, que son los recursos o insumos indispensables para realizar las actividades; los **PROCESOS**, que son la serie de actividades para el logro de un objetivo y las **SALIDAS**, que son los resultados, la satisfacción de las usuarias y la utilización del servicio.

Por tal razón los resultados que presentamos a continuación lo hemos realizado en base al enfoque sistémico:

INPUT.-

USUARIOS INTERNOS DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS: EMERGENCIA, CENTRO OBSTÉTRICO, GINECO-OBSTETRICIA, PEDIATRIA, NEONATOLOGÍA, IMAGENOLOGÍA Y LABORATORIO:

GRAFICO # 1

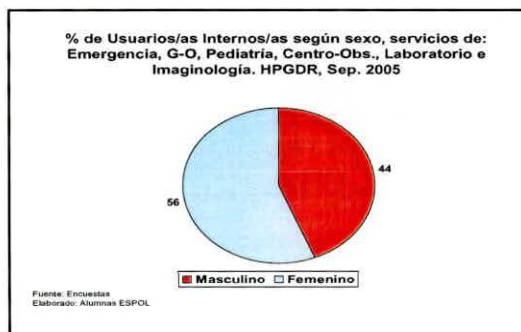


GRÁFICO # 2

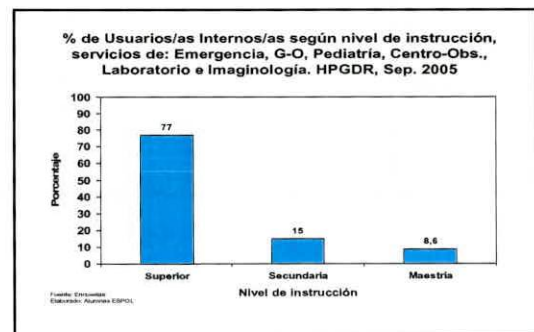
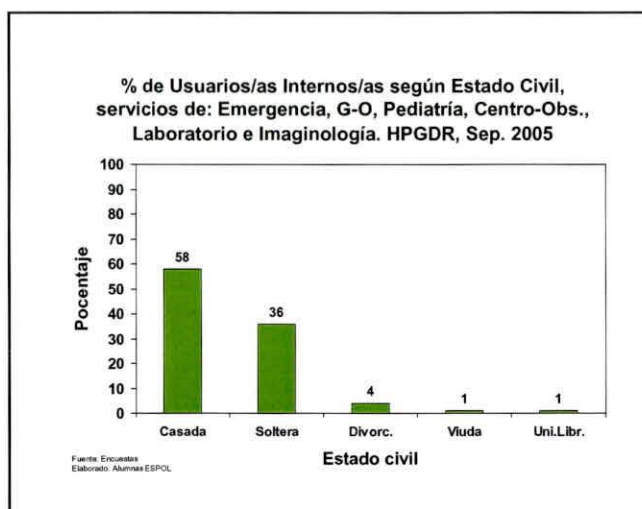


GRÁFICO # 3



En la muestra obtenida se observa el predominio del sexo masculino, el grupo más vulnerable esta entre los 21 a 30 años, seguido del grupo de 31 a 40 años. El HPGDR, tiene una fortaleza al contar con usuario/as internos/as jóvenes y activos y con un nivel de instrucción superior.

GRÁFICO # 4

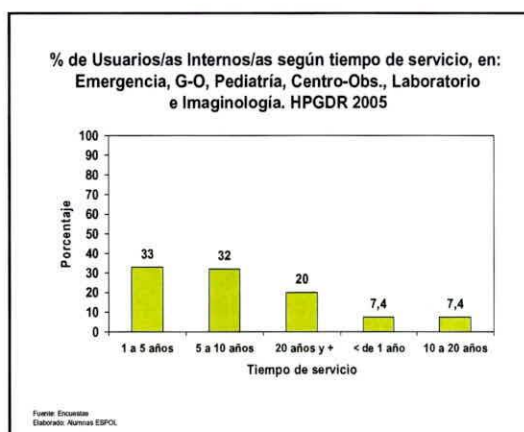
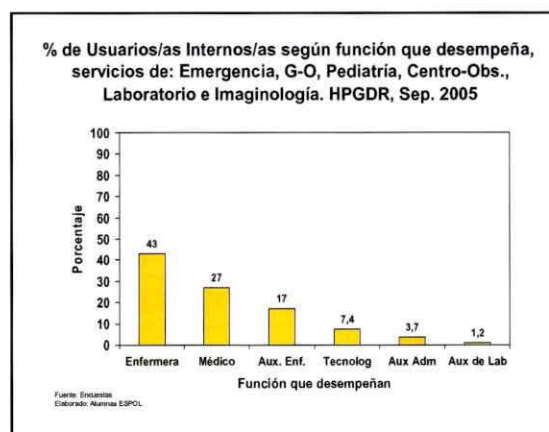


GRÁFICO # 5



El tiempo de servicio oscila entre 1 a 10 años, cuenta con un buen número de personal profesional, como Médicos y Enfermeras, garantizando de esta manera las atenciones de las prestaciones de la LMGYAI.

GRÁFICO # 6

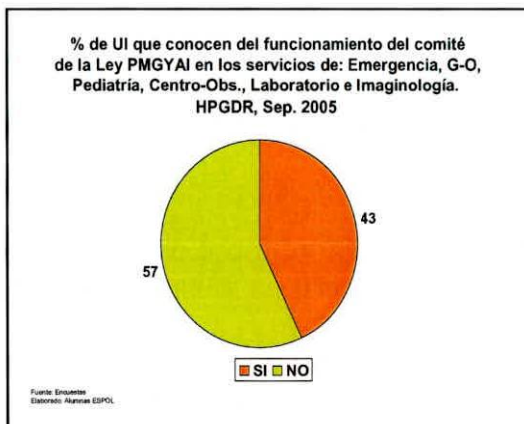
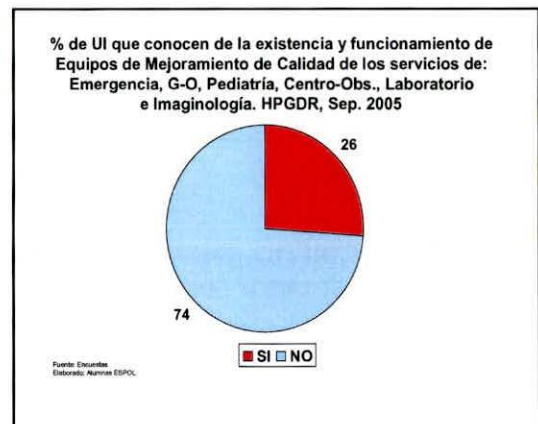


GRÁFICO # 7



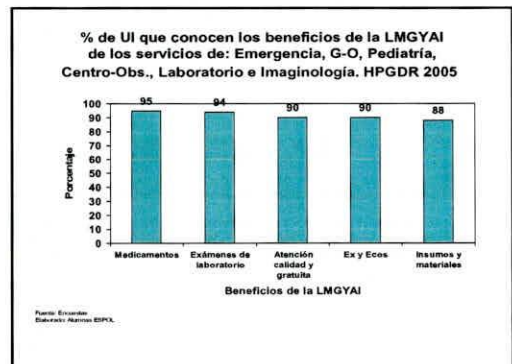
A pesar de contar con gente joven y preparada desconocen de la existencia y funcionamiento del comité de la LMGYAI, quizá se deba por la debilidad gerencial del personal Administrativo.

Una de las finalidades de la LMGYAI, es que los Hospitales cuenten con Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad, para monitorizar las prestaciones de la Ley y garantizar la atención con calidad técnica y sentida, este es un esfuerzo que lo viene desarrollando con el Ministerio de Salud Pública/Normalización y Direcciones Provinciales de Salud, con el apoyo técnico del Proyecto de Garantía de Calidad y el Fondo de Población de las Naciones Unidas. Se ha trabajado arduamente en este componente, sin embargo se observa un desconocimiento de la existencia y funcionamiento de EMCC, por parte de los usuarios/as internos/as.

GRÁFICO # 8



GRÁFICO # 9



Los usuarios/as internos/as encuestados/as calificaron en un 56% que nunca recibieron capacitación sobre la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. A pesar de este resultado manifestaron conocer de los beneficios de la Ley.

GRÁFICO # 10

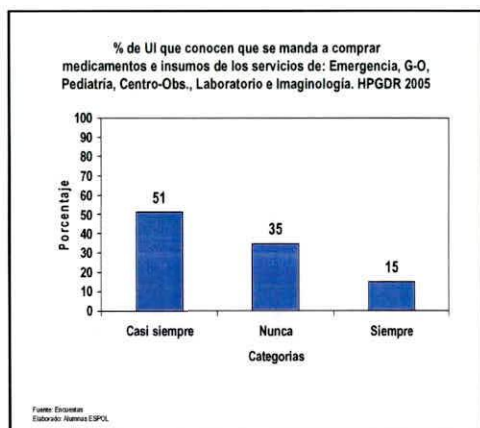


GRÁFICO # 11

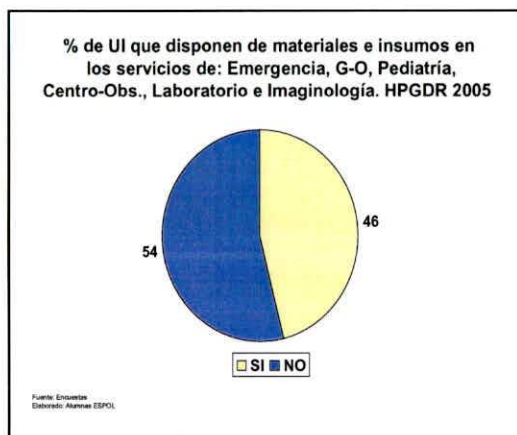
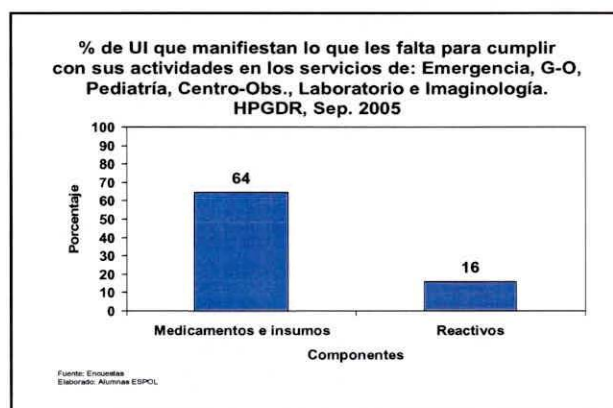


GRÁFICO # 12



Estos últimos gráficos hablan sobre la disponibilidad de insumos, materiales y medicamentos necesarios para brindar atención de las prestaciones de la LMGYAI, en el HPGDR. La Ley fue creada con el propósito de brindar atención gratuita al binomio más vulnerable madre-niño/a, mejorar el acceso y disminuir las tasas de morbi-mortalidad materna e infantil.

En los gráficos se observa insatisfacción al brindar la atención de las prestaciones de la LMGYAI, por la falta de insumos, materiales y medicamentos, como resultado de ésta problemática, se le manda a comprar al usuario/a externo insumos, materiales y medicamentos que cubre la Ley.

Al aplicar una lista de chequeo en la Farmacia del HPGDR, sobre insumos, materiales y medicamentos con los que debería contar el Hospital, un total de 146, se constató la existencia de 73% (107) de cumplimiento. Una vez más se comprueba la debilidad Gerencial del Área Administrativa y en especial de la Farmacia del Hospital frente al cumplimiento de la LMGYAI.

PROCESO:

La LMGYAI (reformada) en su artículo N° 1 dice: "Toda mujer ecuatoriana tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y postparto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos - nacidas y niños - niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado".

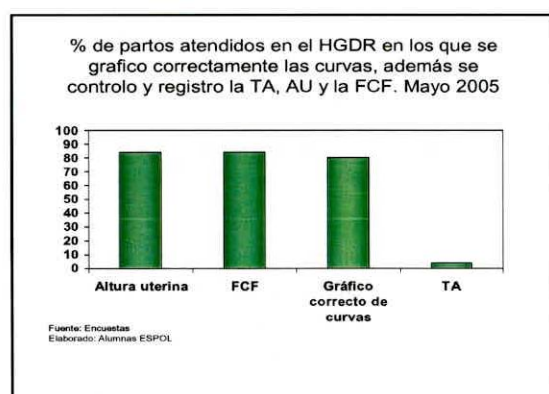
Tomando como base este artículo no hemos querido dejar a un lado la calidad técnica: "cumplimiento de protocolos, estándares e indicadores de calidad", razón por el cual en la presente evaluación utilizamos el método aleatorio simple para obtener una muestra de historias clínicas y monitorizar el cumplimiento de estándares e indicadores, en el mes de mayo del 2005. Entendiéndose como cumplimiento, que en cada HC monitorizada debe cumplir con lo establecido en el estándar. A continuación presentamos algunos resultados:

GRÁFICO # 13



Se monitorizó 30 historias clínicas de mujeres que acudieron por primera vez a recibir atención prenatal, en esta muestra se observó incumplimiento de los estándares e indicadores de calidad, es decir no se cumple con lo que indica el protocolo de atención en ninguna HC. No se evalúa el estado nutricional, no se realiza un examen de mamas, etc.

GRÁFICO # 14



La medicina basada en la evidencia (MBE), ha demostrado excelentes resultados al utilizar el partograma como un instrumento de evaluación del progreso del parto, en el cual el profesional que esta atendiendo ésta prestación puede visualizar brevemente alguna complicación, a pesar de esto no se cumple en un 100%.

Las causas directamente obstétricas explican más del 70% de las muertes maternas. Estas causas incluyen hemorragias (22% de las muertes maternas) y la MBE ha demostrado que al administrar a la parturienta 10 UI. de Oxitocina intramuscular dentro del minuto después del nacimiento del/a recién nacido/a, como parte del manejo activo del tercer período del parto^{6, 7} disminuye esta complicación, en el estudio realizado se obtuvo un cumplimiento del 0%, de igual manera fue el monitoreo del post-parto.

GRÁFICO # 15

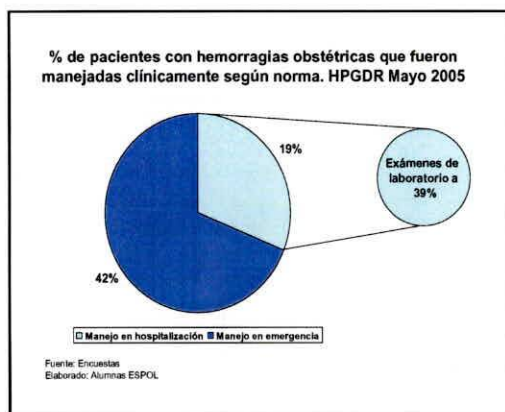
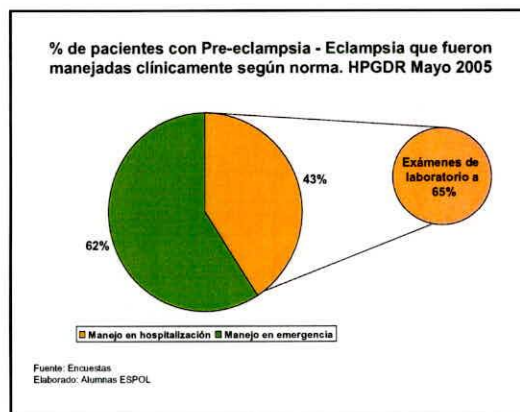


GRÁFICO # 16



Sobre el manejo adecuado de las pre-eclampsias y eclampsias y hemorragias obstétricas, observamos un incumplimiento, se debe a la falta de capacitación del personal médico, falta de insumos y reactivos indispensables para brindar una atención oportuna y de calidad.

GRÁFICO # 17



Con respecto a las atenciones del niño/a menor de cinco años, bajo la estrategia AIEPI, en Consulta Externa del HPGDR, su cumplimiento es bajo, a pesar de los esfuerzos realizados desde en Nivel Central y Provincial.

⁶ Fuente: Integrated Management of Pregnancy And Childbirth (IMPAC) Manual: Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: guía para obstetras y médicos. OMS, FNUAP, UNICEF, Banco Mundial, traducción al español publicada por la Organización Panamericana de la Salud, 2002.

⁷ De acuerdo a estudios basados en la evidencia, la práctica del manejo activo del tercer periodo (tracción controlada del cordón, masaje uterino y administración de ocitócicos) reduce la probabilidad de muerte materna por hemorragia post-parto. Para la aplicación de esta práctica es necesaria la capacitación previa. Se encuentra en proceso de revisión para incorporar a las Normas y Procedimientos para la Atención de la Salud Reproductiva del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

SALIDA:

- **SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS EN LAS PRESTACIONES DE LA LMGYAI. EN EL HPGDR:**

GRÁFICO # 18



Con respecto a la satisfacción de las usuarias encuestadas en consulta externa de Gineco Obstetricia y de Pediatría, se observa un porcentaje mínimo de satisfacción 13 y 4% respectivamente, en hospitalización de G-O un 57%. Esto se debe a los problemas encontrados en las siguientes dimensiones de la calidad sentida:

CONSULTA EXTERNA DE GINECO - OBSTETRICIA

GRÁFICO # 19

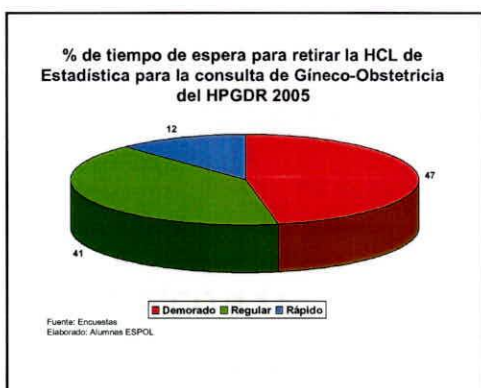
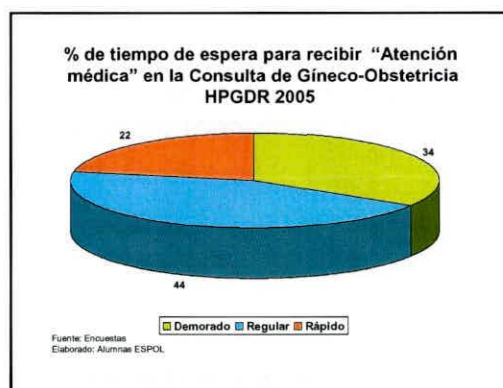


GRÁFICO # 20



Con respecto a los tiempos, que la usuaria externa espera para obtener el turno y retirar la HC del departamento de Estadística del HPGDR, son demorados, esto se debe a las siguientes razones:

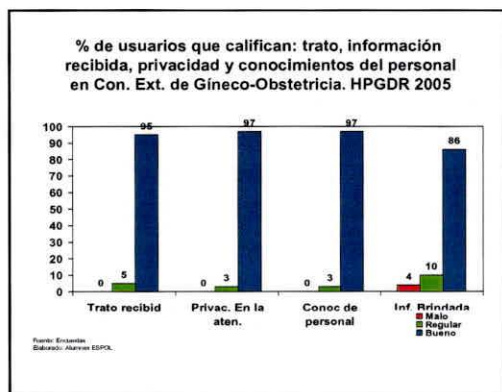
1. Existe tráfico de turnos, el mismo personal de Estadística retira los primeros turnos para amigos y familiares y a las/os usuarias/os externas/os que están desde las 12 o 2 de la mañana les dan los últimos turnos.

2. Cuando el usuario/a externo/a solicita el turno para determinado médico en estadística les cambia para otro médico y esa ficha es entregada al amigo o familiar.
3. Hoy se entrega una lista de pacientes desde estadística para ser atendidos en consulta externa, pero existen turnos donde no constan los apellidos y nombres de los pacientes y están en blanco.

Con respecto al tiempo de espera para ser atendida por el profesional, manifestaron lo siguiente:

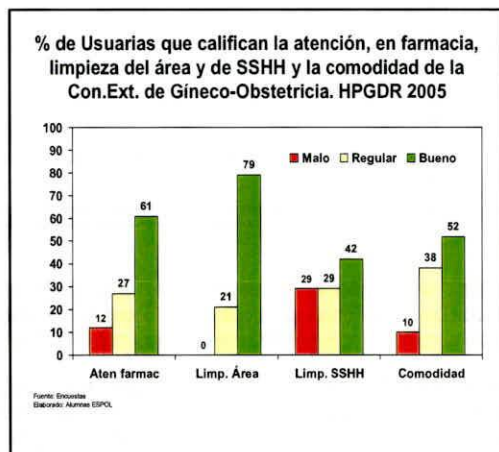
1. Se debe respetar el turno de las pacientes. Las usuarias encuestadas manifestaron, que el personal médico es quien pone el desorden, llama a pacientes que tienen turnos más tarde.
2. Desde estadística las historias clínicas vienen en desorden, los formularios sueltos, lo que complica la atención, ya que el profesional se demora en ordenar toda la documentación y la atención en si es mínima.

GRÁFICO # 21



Sobre el trato recibido del personal que brinda atención en Gineco-obstetricia de Consulta Externa, privacidad en la atención. Conocimientos y habilidades del personal e información recibida sobre su consulta, es satisfactorio.

GRÁFICO # 22



Las usuarias externas encuestadas manifestaron que la atención recibida en Farmacia es regular y mala, indicaron que no existe los medicamentos que el médico les manda a retirar o a comprar y el personal es poco delicado en explicar las razones del por que su desabastecimiento, además les entregan medicación cambiada.

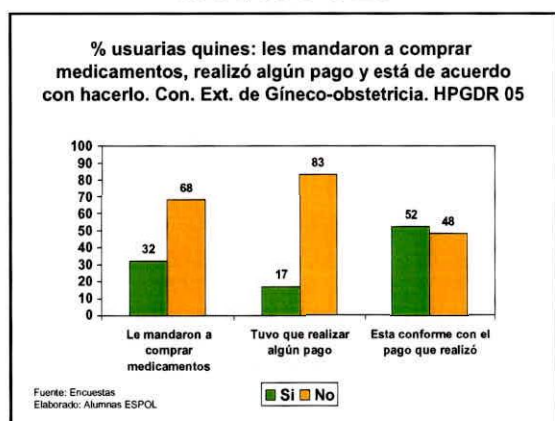
Por ejemplo una señora con 8 meses de gestación manifestó que hasta el día de hoy nunca ha recibido medicamento de la farmacia del hospital, siempre le han dicho que no hay.

Con respecto a la limpieza del área física y SS.HH. indicaron lo siguiente:

- Inconformismo por la limpieza de los baños higiénicos especialmente los que se encuentran frente a rayos X, las pacientes dicen que casi siempre estos permanecen sucios y con unos olores insoportables.
- A la tarde los baños son cerrados con llave y ya no se los puede utilizar.
- Algunas paredes de los baños estas manchadas.

Sobre la comodidad de la sala de espera de la Consulta Externa de G-O, las usuarias externas manifestaron insatisfacción, por la demanda de pacientes no hay suficientes bancas, la ventilación es mala y la mayor parte de embarazadas están de pie.

GRÁFICO # 23

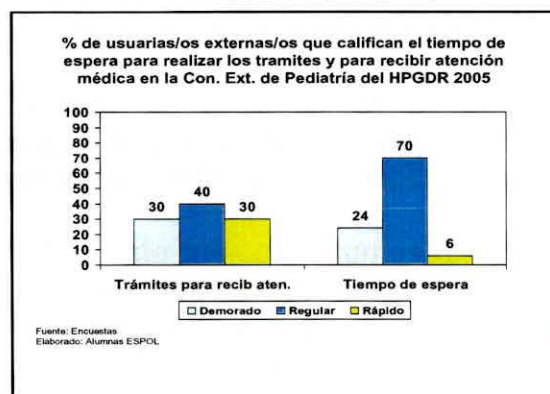


Las usuarias externas calificaron en un 32%, que les mandan a comprar medicamentos e insumos, como por ejemplo guantes para ser examinadas. Un 17% realizó algún pago para recibir la atención. Además se les preguntó que en caso de haber realizado algún pago en el Hospital ¿tú estás conforme con hacerlo?, un 48% indicaron que no, más aún si existe una Ley del PMGYAI, el Hospital debería estar en capacidad de cumplirla.



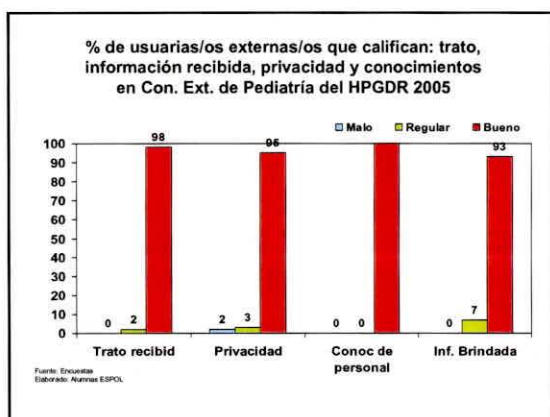
CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA

GRÁFICO # 24



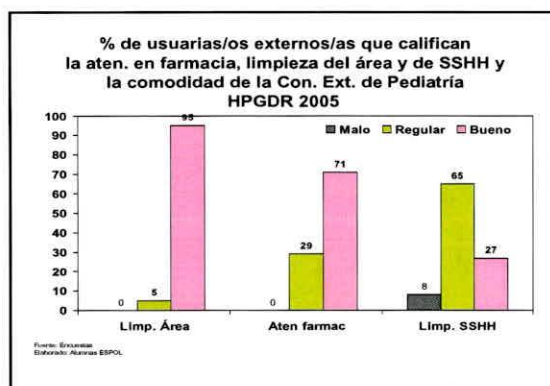
Por la demanda que tiene la consulta externa de Pediatría, realmente el tiempo que espera la usuaria/o externo/a para retirar su turno y recibir la atención médica es regular y demorado.

GRÁFICO # 25



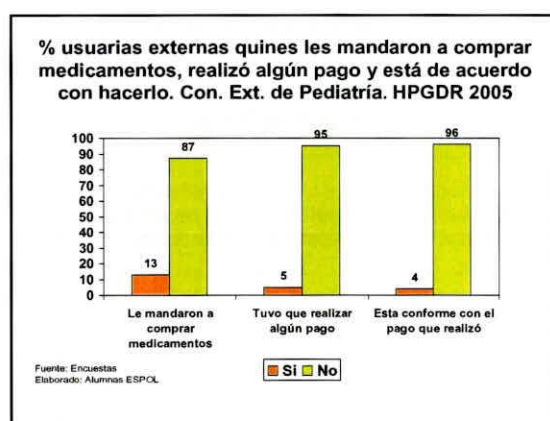
Este gráfico coincide con la satisfacción de las usuarias que acuden a la consulta externa de Gineco-Obstetricia. El trato recibido por parte del personal de Pediatría, los conocimientos y habilidades y la información recibida la califican como buena. En cada servicio esta una enfermera profesional quien realiza la post-consulta y refuerza las indicaciones del personal.

GRÁFICO # 26



Las usuarias/os externas/os encuestadas/os manifestaron incomodidad por la limpieza de los SS.HH y por la atención en la Farmacia.

GRÁFICO # 27



De la misma manera la insatisfacción de las usuarias/os externas/os es por la falta de insumos, materiales y medicamentos necesarios para la atención de su niño/a. No están conformes de pagar nada, ya que se esta hablando de las prestaciones de la Ley del PMGYAI.

HOSPITALIZACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

GRÁFICO # 28

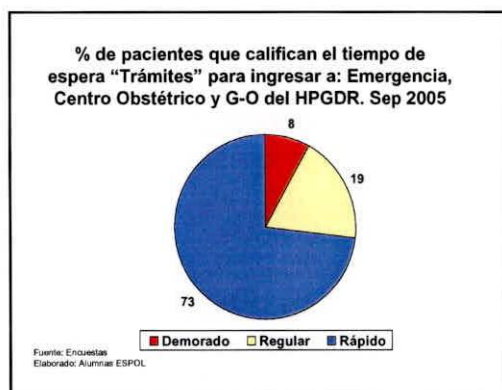
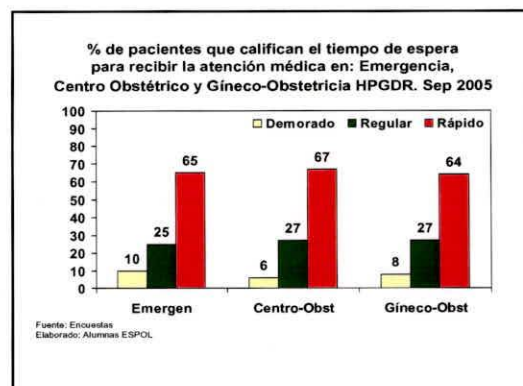


GRÁFICO # 29



Los gráficos 28 y 29 nos hablan sobre los tiempos de espera de la usuaria externa para retirar la Historia Clínica del Servicio de estadística del HPGDR y el tiempo de espera para ser atendidas por el profesional de los servicios involucrados. Realmente su insatisfacción es mínima.

GRÁFICO # 30

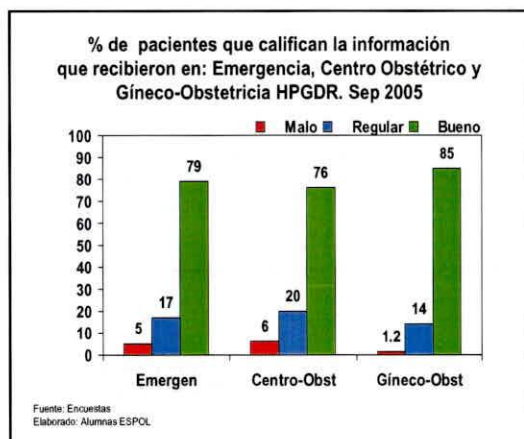


GRÁFICO # 31

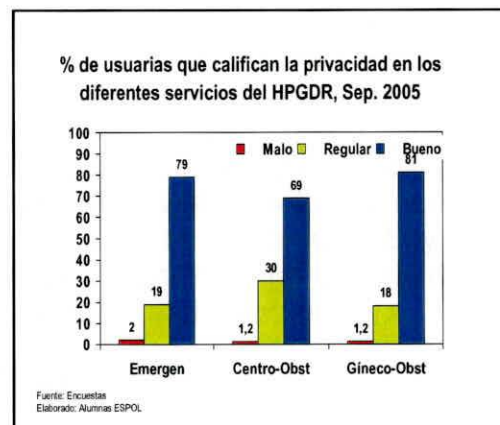
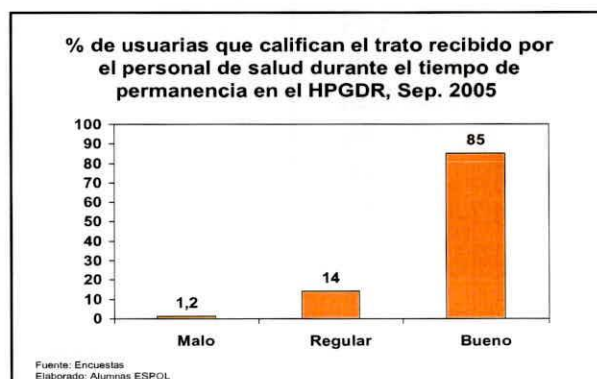
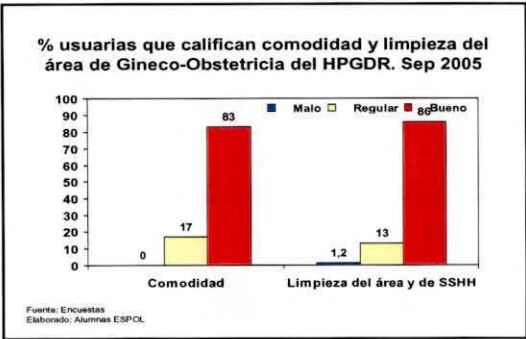


GRÁFICO # 32



Con respecto a la información, privacidad y el trato recibido por parte del personal de Salud de los servicios involucrados, manifestaron que es buena, un porcentaje mínimo indico que es regular.

GRÁFICO # 33



La comodidad y limpieza de los servicios higiénicos deberían mejorar, ya que el olor es desagradable y sus paredes están manchadas y sucias.

GRÁFICO # 34

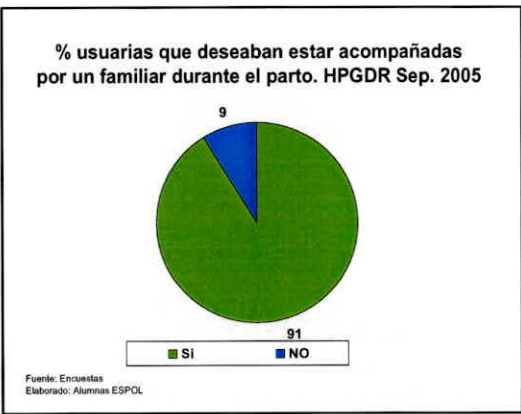


GRÁFICO # 35

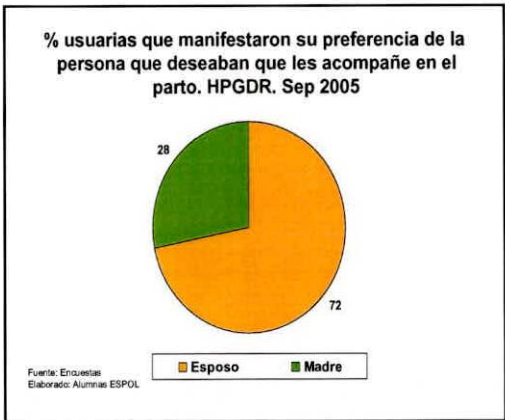
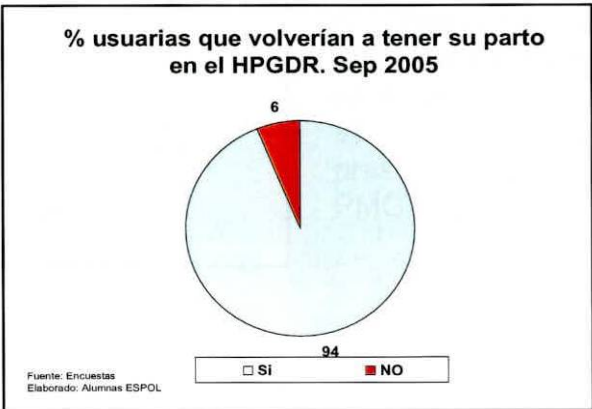
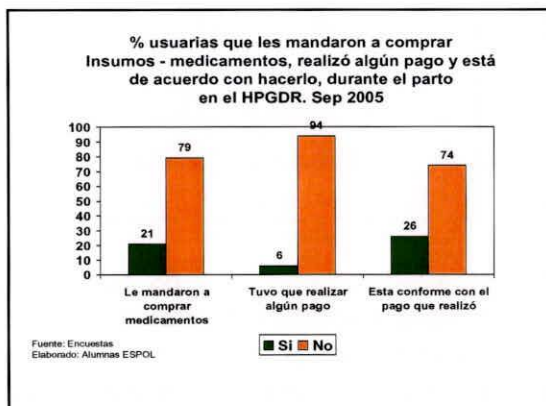


GRÁFICO # 36



En los gráficos 34, 35 y 36 las usuarias externas indicaron que les hubiese gustado estar acompañados por su esposo durante el parto, cesárea y en los procedimientos que se les practicaron. Argumentaron que les da más confianza y no se sienten solas. Sin embargo de ser necesario volverían a utilizar los servicios del HPGDR.

GRÁFICO # 37



Su insatisfacción en este grupo de encuestas nuevamente se refleja la falta de insumos, materiales y medicamentos. Si es gratuita la atención, el HPGDR debería cumplir con lo estipulado en la LMGYAI y no mandar a comprar absolutamente nada para la atención.

Las usuarias externas manifestaron que se les mando a comprar catlón, soluciones y suturas para su atención.



CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1. CONCLUSIONES:

1. La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, busca impulsar la maternidad gratuita en el marco de la Salud reproductiva y la atención a la infancia. Su propósito es disminuir la mortalidad de madres y niños/as, a través del mejoramiento del acceso y calidad técnica "cumplimiento de protocolos, estándares e indicadores de calidad" y calidad sentida "satisfacción del usuario/a externo/a", la promoción, la participación social, a través de la conformación de Comités de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud y con la participación de Comités de Usuarias con la finalidad de que exista veeduría Social. Lamentablemente la coordinación del Hospital con los diferentes Comités se encuentra muy débil y en algunos casos no existe.
2. Siendo un Hospital de referencia provincial y que debe estar en capacidad de cumplir con lo estipulado en la Ley de MGYAI. No sucede así, al frente de la Gerencia del HPGDR esta asignado un Médico que no cumple el perfil de administrador, ni de Gerente, la Sub-dirección Técnica, quien debería ser el ente asesor a cada servicio sobre el cumplimiento y planteamiento de metas, protocolos de atención y establecer mecanismos de control, dedica la mayor parte de tiempo a resolver problemas administrativos.
3. Al no existir un cronograma de reuniones del comité de adquisiciones la mayor parte del tiempo existe ruptura de stock, además teniendo como antecedente que el trámite para las adquisiciones de insumos, materiales y medicamentos dura un periodo de tiempo de 60 y 90 días, lo que produce desabastecimiento de Farmacia y Bodega del Hospital, repercutiendo esta problemática en la atención de los usuarios/as externos/as beneficiarios de la LMGYAI e incrementando la insatisfacción de los Líderes y/o Jefes de servicio.
4. Existe descoordinación entre los servicios que están relacionados con las prestaciones de la LMGYAI, muchas veces existen procesos que se repiten entre un servicio y otro causando inconformidad e insatisfacción del usuario/a externo/a.
5. El personal manifestó en un 56% que no recibió capacitación sobre la LMGYAI sin embargo conocen de los beneficios de la Ley. El HPGDR

cuenta con gente joven y a pesar del nivel de instrucción desconocen de la existencia y funcionamiento del comité de la LMGYAI, quizá se deba a la falta de información y retroalimentación de los directivos de la institución.

6. Falta de insumos, materiales y medicamentos provoca insatisfacción de los Líderes, Jefes de servicio y del usuario/a interno/a para cumplir con las prestaciones que cubre la LMGYAI, como resultado de ésta problemática, un 32% de usuario/a externo/a manifiestan que les mandan a comprar guantes para ser examinadas, catlones medicamentos e insumos. Existiendo el doble pago 1: del usuario y 2: el MSP que asigna recursos al hospital para estas actividades.
7. Al aplicar una lista de chequeo en la Farmacia del HPGDR, sobre insumos, materiales y medicamentos con los que debería contar el Hospital, de un total de 146, se constato que se cumple en un 73% (107) de cumplimiento.
8. Con respecto al cumplimiento de protocolos, estándares e indicadores de calidad, en el primer control prenatal, parto: manejo activo de la tercera demora del parto, complicaciones obstétricas. Pre-eclampsias, eclampsia y en la atención del niño/a menor de cinco años bajo la estrategia AIEPI, su cumplimiento es 0%.
9. Sobre la satisfacción de las usuarias encuestadas en consulta externa de Gineco Obstetricia y de Pediatría, se observa un porcentaje mínimo de satisfacción 13 y 4% respectivamente, en hospitalización de G-O un 57%. Esto se debe a los problemas encontrados en las siguientes dimensiones de la calidad:
 - Tiempos de espera de la usuaria externa para obtener el turno y retirar la historia clínica de Estadística y para recibir la atención médica, tanto de consulta externa como para hospitalización del HPGDR, son demorados, se da preferencia a amigos y familiares.
 - Las usuarias manifestaron que el trato, conocimientos y habilidades del personal e información recibida sobre su consulta que recibió en los diferentes servicios involucrados con las prestaciones que cubre la LMGYAI es satisfactorio.
 - Las usuarias externas manifestaron que la atención recibida en Farmacia es regular y mala, indicaron que no existe los medicamentos que el médico les manda a retirar o a comprar y el personal es poco delicado en explicar las razones del por que su desabastecimiento, y en algunas ocasiones se entrego medicamentos que no correspondía a lo que estaba en la receta.

- Existe malestar por la limpieza de los servicios higiénicos, especialmente los que se encuentran frente a rayos X, las pacientes dicen que casi siempre estos permanecen sucios, paredes manchadas y con malos olores. En la tarde los baños son cerrados con llave y ya no se los puede utilizar.
- Un 17% de usuario/a externo/a realizó algún pago para recibir la atención. Además se les preguntó que en caso de haber realizado algún pago en el Hospital están conformes con hacerlo, un 48% indicaron que no, más aún si existe una LMGYAI.

3.2. RECOMENDACIONES

1. Iniciar con la reactivación de los comités existentes y la conformación de los que no existen, el comité de la LMGYAI debe cumplir con las funciones que le competen como: monitorear la existencia de insumos, suministros y medicamentos en los servicios involucrados con la LMGYAI, para lo cual debe contar con el apoyo de los miembros del comité y los directivos de la institución e involucrar otros actores sociales. Solicitar el apoyo a responsables de la aplicación de la LMGYAI de la Dirección Provincial de Salud de Chimborazo e incluso al Nivel Central para realizar un trabajo coordinado con los diferentes actores.
2. Implementar un Sistema de Mejoramiento Continuo de Calidad, en el cual incluye como parte fundamental contar con Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad para la aplicación de la LMGYAI, es el ente que se encargará de monitorear el cumplimiento de la calidad técnica mediante la revisión de HCI, observación acción, analizando casos ocurridos en el HPGDR y analizar la calidad sentida "satisfacción del usuario/a externo/a".
3. Hacer constar en el Plan Operativo Anual del HPGDR las reuniones de los comités, las mismas que deben ser cumplidas, se debe realizar reprogramaciones frecuentemente para evitar que se vayan quedando actividades sin cumplirlas y por ende provocando una serie de problemas técnicos, administrativos y financieros en la institución y una falta de credibilidad del HPGDR por parte de los/as usuarios/as externos/as.
4. Realizar una programación de capacitación continua para el personal que labora en el HPGDR por servicio y considerando las características del personal, se sugiere que se involucre temas relacionados con la LMGYAI y de desarrollo personal, en algunas ocasiones el trabajo se ha convertido en una experiencia negativa y esto repercute en el trato diario con usuarios que acuden a recibir el servicio prestado.
5. El administrador conjuntamente con los directivos del hospital y otras instituciones de apoyo se encargaran de ejecutar un plan de capacitación continua sobre: LMGYAI, bioseguridad, manejo de desechos, desarrollo personal. Además que se les proporcionará de los materiales necesarios para el cumplimiento de su trabajo. Se indicara que se realizara supervisiones frecuentes que estarán constando dentro de las actividades de la persona responsable de esta área.

6. En las carteleras de cada servicio, con especial énfasis, los que se relacionan con las prestaciones de la Ley, exponer los principales indicadores de producción, del cumplimiento de estándares e indicadores de calidad, de satisfacción del usuario/a externo/a y también en las reuniones de los servicios, plantear en la agenda el análisis de éstos productos, con la finalidad de tomar decisiones en equipo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. QAP: (Quality Assurance Project), Proyecto Garantía de la Calidad. 7200 Wisconsin Avenue, Suite 600. Bethesda, MD 20814 USA.
2. Hermida J., Robalino M.E., y otros. 2005. "Expansión e Institucionalización de la Mejora Continua de la Calidad en la Ley de Maternidad Gratuita en el Ecuador". Informe LACRSS. No. 65. Publicada para la agencia de los Estados Unidos para el desarrollo internacional (USAID) Por el Proyecto de Garantía de Calidad.
3. Iniciativa Regional para la Reducción de la Muerte Materna. Proyecto Colaborativo Interpaíses. Ministerio de Salud. Honduras- Ecuador- Nicaragua. QAP: (Quality Assurance Project), Proyecto Garantía de la Calidad. OPS.
4. Estabilidad y remuneraciones. El persona de salud del Ecuador a Inicio del Siglo XXI. Nro 10. Quito Ecuador. Marzo 2004
5. Teoría de la Investigación. Asociación de Facultades de Filosofía y Ciencias de la Educación. Quito ecuador.
6. Resumen general de Actividades del Hospital Provincial General Docente Riobamba. Enero 2005.
7. Encuestas aplicadas a usuarios externos (pacientes de Consulta Externa del servicio de Pediatría y Gineco – Obstetricia, de hospitalización de los servicios antes mencionados del HPGDR.
8. Ley del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, publicada en el Registro oficial No. 523 del 9 de septiembre de 1.994 y posteriormente reformas el 30 de diciembre del año 1.996, 12 de julio de 1997, 10 de agosto de 1998 y un suplemento del 10 de agosto del año 2000
9. Integrated Management of Pregnancy And Childbirth (IMPAC) Manual: Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: guía para obstetrices y médicos. OMS, FNUAP, UNICEF, Banco Mundial, traducción al español publicada por la Organización Panamericana de la Salud, 2002.
10. Normas y Procedimientos para la Atención de la Salud Reproductiva del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (documento en revisión)
11. <http://www.unicef.org/ecuador/222.html>
12. Manual Técnico, Operativo, Administrativo y Financiero, Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, Comité de Apoyo y Seguimiento a la Ley, 2002.

ABREVIATURAS

1. **CONAMU:** Consejo Nacional de las Mujeres
2. **INFFA:** Instituto Nacional del Niño y la Familia
3. **CONASA:** Consejo Nacional de Salud
4. **MODERSA** Proyecto de Modernización de la Salud
5. **CEPAR:** Centro de población
6. **OPS/OMS:** Organización panamericana de la Salud, Organización Mundial de la salud
7. **AME:** Asociación de Municipalidades del Ecuador
8. **HPGDR:** Hospital Provincial General Docente Riobamba
9. **LMGYAI:** Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia
10. **AU:** Altura Uterina
11. **TA:** Tensión arterial
12. **MSP.** Ministerio de Salud Pública
13. **QAP:** Proyecto Garantía de la Calidad (Quality Assurance Project)
14. **AIEPI:** Atención de las Enfermedades Prevenibles de la Infancia
15. **EMCC:** Equipo de mejora continua de la calidad
16. **UI:** Unidades internacionales
17. **HC:** Historia clínica
18. **MBE:** Medicina basada en evidencia
19. **G-O:** Gineco Obstetricia
20. **CEPAR:** Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social
21. **IESS:** Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
22. **FFAA:** Fuerzas Armadas
23. **SOLCA:** Sociedad de Lucha contra el Cáncer
24. **ONGs:** Organizaciones no gubernamentales

ANEXOS

INSTRUMENTOS EN BASE AL ENFOQUE SISTEMICO:
ENTRADAS

ANEXO # 1:

Escuela Superior Politécnica del Litoral

Entrevista dirigido/a a Usuarios/as Internos/as (empleados y trabajadores) de los Servicios de Emergencia, Centro Obstétrico, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Neonatología, Laboratorio, Imaginología y Farmacia del Hospital Provincial General Docente Riobamba

La presente entrevista tiene como objetivo conocer su opinión sobre la aplicación de Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI) en el Hospital Provincial general Docente Riobamba (PGDR). Toda la información proporcionada será manejada confidencialmente por las alumnas de la Maestría de la ESPOL. Le agradecemos por su colaboración:

Fecha ____/____/____ N°. Encuesta ____ Encuestador _____

1. Sexo M ____ F ____ 2. Edad ____ 3. Estado civil _____

4. Instrucción a. Primaria ____ b. Secundaria ____ c. Superior. ____ d. Maestría. ____

e. Otro _____ Especifique. _____

5. ¿Cuál es su tiempo de servicio?

1 año ____ 1 a 5 años ____ 5 a 10 años ____ 10 a 20 años ____ Más de 20 años ____

6. ¿Cuál es su función en el servicio de-----?

7. ¿Podría mencionar a los beneficiarios de la LMGYA?

Mujeres (emb. Parto, posparto) ____ Hombres ____ Niños/as ____ Trabajadoras sexuales ____

Otro: _____

8. ¿Conoce usted si existe un Comité de la Ley de MGYAI en el hospital?

Si ____ No ____

Si su respuesta es afirmativa, ¿Quiénes lo conforman?

9. ¿Conoce usted si existen Equipos de Mejoramiento Continuo de Calidad, para las prestaciones de la Ley de MGYAI?

Si ____ No ____

Si su respuesta es afirmativa ¿cuantos equipos conoce y cuales son?

10. ¿Ha recibido usted capacitación sobre las prestaciones que cubre la Ley de MGYAI en su servicio?

Siempre ____ Casi siempre ____ Con frecuencia ____ Rara vez ____ Nunca ____

11. ¿Podría usted señalar cuales son los beneficios que tienen los/as usuarios de la Ley de MGYAI?

a. Recibir atención con calidad y gratuita en el hospital _____

b. Medicamentos _____

c. Insumos y materiales _____

d. Exámenes de laboratorio _____

e. RX y ecosonografía _____

f. Otros _____

12. ¿Conoce usted si se manda a comprar medicamentos e insumos fuera del hospital a madres que acuden a control prenatal, parto y atención del niño menor de 5 años en el hospital?

Nunca ____ Siempre ____ Casi siempre ____

¿Que medicamento o insumo se mando a comprar con frecuencia?

13. ¿Usted dispone de todos los materiales e insumos que cubre la Ley de MGYAI para cumplir a cabalidad con sus actividades en el servicio?

Si ____ No ____

Si su respuesta es negativa, ¿Que le falta?

GRACIAS POR SU AMABLE ATENCIÓN

ANEXO # 2:

INSTRUMENTOS E INSTRUCTIVOS PARA RECOGER LA INFORMACIÓN PARA CONSTRUIR LOS INDICADORES

ESTÁNDARES E INDICADORES DE ENTRADA PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA Y ATENCIÓN A LA NIÑEZ:

1 A. Porcentaje de insumos, equipos y medicamentos esenciales con los que cuenta el HPGDR para la atención de la salud materna y del/a recién nacido/a

Provincia _____ Área de Salud _____ N° _____
Unidad Operativa _____ Fecha de la medición _____
Mes evaluado _____ Responsable de la medición _____

INSTRUCTIVO:

1. Realice la medición de éste indicador en forma trimestral.
2. Registre el nombre de la Provincia, el nombre del Área de Salud y su número de Área, el nombre de la Unidad Operativa, la fecha de la medición, el mes evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
3. Realice la constatación física, en horas laborables del listado de insumos, equipos y medicamentos, en el área de preparación, consultorio/s obstétrico/s de la Consulta Externa, farmacia, sala/s de parto/s, cirugía obstétrica, hospitalización obstétrica/s, servicio de emergencia y laboratorio del Hospital o Unidad de Salud, de acuerdo al nivel de complejidad y número de salas. Para la constatación de los medicamentos en la farmacia, se deberá verificar la existencia de un stock mínimo considerado por la Unidad de Salud.
4. Registre en el casillero del instrumento en sentido vertical signo positivo (+) si cumple o signo negativo (-), si no cumple con cada ítem del estándar. En caso de existir más de un ambiente, por ejemplo más de un consultorio obstétrico se debe verificar en cada uno de ellos y colocar signo + o - en cada columna (1, 2 y 3); en *cumple*, se han diseñado tres columnas para estos casos, al final se realizará un promedio tomando en cuenta el número de ítems que deben ser cumplidos y los que se cumplen.

INSTRUMENTO: Lista de chequeo

INSUMOS Y MEDICAMENTOS.- Registre signo positivo (+) si cumple o signo negativo (-) si no cumple:	Cumple		
	1	2	3
Área de preparación:			
1. Fonendoscopio o estetoscopio			
2. Tensiómetro			
3. * Tallímetro o cinta métrica			
4. Balanza de adulto			
5. Termómetros			
Promedio (si aplica)			
Consultorio de Gineco-Obstetricia:	1	2	3
6. Fonendoscopio o estetoscopio			
7. Tensiómetro			
8. Corneta de Pinard y/o Dopler			
9. Guantes estériles desechables			
10. Soluciones desinfectantes: (ejemplo: savlón)			
11. Espéculos estériles			
12. Lámpara cuello de ganso			
13. Camilla o mesa de examen ginecológico con pierneras			

INSUMOS Y MEDICAMENTOS.- Registre signo positivo (+) si cumple o signo negativo (-) si no cumple:	Cumple		
14. * Papelería: (solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete y recetas)			
15. * Cinta métrica			
16. * Espátulas de Ayre			
17. * Cepillo endocervical			
18. * Fijador para placas			
19. * Placas portaobjeto			
20. * Lavabo			
21. * Jabón			
22. * Toalla			
Promedio (si aplica)			
Farmacia: (stock mínimo considerado por cada Unidad de Salud)			
23. * Acetaminofen tabletas			
24. * Ampicilina 1 gr. Ampollas			
25. * Hierro tabletas (Sulfato ferroso y Ácido Fólico)			
Servicio de Emergencia:			
26. * Lavabo			
27. * Jabón			
28. * Toalla			
29. Mesa de examen con piernas			
30. Fonendoscopio o estetoscopio			
31. Tensiómetro			
32. Corneta de Pinard y/o Dopler			
33. Espéculos vaginales estériles			
34. Lámpara cuello de ganso			
35. Soluciones desinfectantes (ejemplo: savlón)			
Charol de emergencia, mínimo para la atención de dos personas permanentemente (ítem 36 a 50)			
36. Equipo de venoclisis			
37. Vasocán (catéter venoso No. 18 o 20)			
38. Guantes quirúrgicos estériles			
39. Jeringuillas de 3, 5 y 10 cc			
40. Gasas estériles			
41. Esparadrapo			
42. Fenobarbital ampollas de 120 mg			
43. Sulfato de Magnesio, dos ampollas de 2 gr x 10 cc o Diazepam ampolla de 10 mg			
44. Hidralazina ampolla o tabletas de 50 mg y/o Nifedipina cápsulas			
45. Oxitocina ampolla de 10 UI			
46. Adrenalina 1 mg. Ampolla			
47. Atropina 1 mg. Ampolla			
48. Antibióticos: Ampicilina (oral o inyectable)			
49. Solución salina frasco de 1000 cc u otra solución endovenosa			
50. Expansor plasmático frasco de 500 cc			
51. Oxígeno disponible			
Sala de partos (Atención del parto normal y complicado):	1	2	3
52. Mesa de partos / ginecológica			
53. Fonendoscopio o estetoscopio			
54. Tensiómetro			
55. Corneta de Pinard y/o Dopler			
56. Lámpara cuello de ganso o quirúrgica			
57. Paquete de instrumental de parto (existirá un paquete de instrumental estéril listo para atender un parto)			
58. Paquete de ropa de parto estéril			
59. Soluciones desinfectantes: (ejemplo: savlón)			
60. Guantes quirúrgicos estériles			
61. Equipo de venoclisis			
62. Vasocán (catéter venoso) # 18 o 20			
63. Jeringuillas			
64. Catgut			
65. Gasas estériles			
66. Esparadrapo			

INSUMOS Y MEDICAMENTOS.- Registre signo positivo (+) si cumple o signo negativo (-) si no cumple:	Cumple		
67. Xilocaina al 2 % sin epinefrina			
68. Fenobarbital ampolla de 120 mg			
69. Sulfato de Magnesio, dos ampollas de 2 gr x 10 cc o Diazepam ampolla de 10 mg.			
70. Hidralazina ampolla y tabletas de 50 mg y/o Nifedipina cápsulas sublingual			
71. Oxitocina ampolla de 10 UI			
72. Adrenalina 1 mg. Ampolla			
73. Atropina 1 mg. Ampolla			
74. Lactato de Ringer u otra solución endovenosa			
75. Oxígeno disponible			
Promedio (si aplica)			
Sala de partos (Atención de Recién Nacido normal):	1	2	3
76. Perilla de caucho, o un aspirador mecánico o eléctrico			
77. Dos toallas para secado			
78. Ligaduras de cordón umbilical (anillos de caucho o clamp)			
79. Guantes estériles desechables			
80. Balanza pediátrica			
81. Paidómetro o cinta métrica			
82. Vitamina K ampolla y jeringa de insulina			
83. Nitrato de Plata o alternativas de ungüento ocular: Cloranfenicol o eritromicina al 0.5%			
84. Sonda nasogástrica para neonatos			
85. Ambú para recién nacido			
86. * Tubo endotraqueal para recién nacido			
87. * Campo de tela			
88. * Manillas para identificar al/a recién nacido/a			
89. * Termómetro ambiental			
90. * Fuente de calor (si amerita)			
Promedio (si aplica)			
Estación de enfermería de hospitalización obstétrica:			
91. * Lavabo			
92. * Jabón			
93. * Toalla			
94. Fonendoscopio o estetoscopio			
95. Tensiómetro			
96. Corneta de Pinard y/o Dopler			
97. Equipo de venoclisis			
98. Vasocán (catéter venoso No. 18 o 20)			
99. Guantes quirúrgicos estériles			
100. Jeringuillas de 3, 5 y 10 cm			
101. Gasas estériles			
102. Soluciones desinfectantes (ejemplo: savlón)			
103. Esparadrapo			
104. Fenobarbital ampollas de 120 mg			
105. Sulfato de Magnesio, dos ampollas de 2 gr x 10 cc o Diazepam ampolla de 10 mg			
106. Hidralazina ampolla o tabletas de 50 mg y/o Nifedipina cápsulas			
107. Oxitocina ampolla de 10 UI			
108. Adrenalina 1 mg. Ampolla			
109. Atropina 1 mg. Ampolla			
110. Solución salina frasco de 1000 cc u otra solución endovenosa			
111. Expansor plasmático frasco de 500 cc			
112. Oxígeno disponible			
Sala de cirugía / quirófano (obstétrico)	1	2	3
113. Fonendoscopio o estetoscopio			
114. Tensiómetro			
115. Lavabo Quirúrgico			
116. Clorhexidina u otros. Tipo jabón líquido			
117. Lámpara quirúrgica o cielítica			
118. Paquete de instrumental de cesárea (existirán dos paquetes de instrumental estéril listo para atender cesáreas)			
119. Dos paquetes de ropa estéril y lencería de quirófano para atención de cesáreas			
120. Guantes estériles desechables			
121. Soluciones desinfectantes (savlón)			

INSUMOS Y MEDICAMENTOS.- Registre signo positivo (+) si cumple o signo negativo (-) si no cumple:	Cumple		
Charol de emergencia, mínimo para la atención de dos personas permanentemente (ítem 122 al 135)			
122. Jeringuillas			
123. Equipo de venoclisis			
124. Catéter venoso (vasocan) N° 18 ó 20			
125. Gasa estéril			
126. Esparadrapo			
127. Oxitocina ampolla de 10 UI.			
128. Fenobarbital ampollas de 120 mg.			
129. Sulfato de Magnesio, dos ampollas de 2 gr x 10 cc o Diazepam ampolla de 10 mg			
130. Hidralazina ampollas			
131. Adrenalina 1 mg. Ampolla			
132. Atropina 1 mg. Ampolla			
133. Xilocaína al 2% sin epinefrina			
134. Catgut			
135. Lactato Ringer u otra solución endovenosa			
136. Equipo de anestesia funcionando para cirugía obstétrica básica			
137. Oxígeno disponible			
Promedio (si aplica)			
Laboratorio			
138. Reactivo para glicemia			
139. Reactivo para VDRL			
140. Reactivo para proteinuria			
141. Tubos: tapa roja, lila, celeste			
142. Jeringuillas y/o vacutainer			
143. Microscopio			
144. Centrífuga			
145. Cámara cuenta glóbulos			
146. Tubos de eritrosedimentación y hematocrito			
¿Cuántos ítems del estándar cumple? / ¿Cuántos ítems del estándar debe cumplir de acuerdo a su nivel de complejidad?			
Porcentaje de cumplimiento del estándar			%

PROCESAMIENTO:

1. Sume en sentido vertical cuantos insumos y medicamentos del estándar cumplen (signo +) y registre el resultado en el casillero que corresponde a ¿cuántos ítems del estándar cumple?, tome en cuenta en los casos de la existencia de más de un ambiente en consultorios, salas de partos o cirugía que debe sumar el valor correspondiente al promedio de dichos ambientes; por ejemplo si existen 3 consultorios de gineco obstetricia, en los que deben cumplir c/u con 17 ítems, si todos cumplieran sería 51 ítems / 3 consultorios en total = 17 en promedio. Si en cambio el primer consultorio cumple 12 ítems, el segundo 10 y el tercero 14, sería: $12 + 10 + 14 = 36 / 3 \text{ consultorios} = 12$ de promedio.
2. Identifique el número de ítems que corresponda a la Unidad de Salud de acuerdo al tipo de atención que se brinda, por ejemplo en casos de Unidades ambulatorias y que cuenten con farmacia correspondería 26 ítems que representa al denominador de la fórmula del indicador (¿cuántos ítems del estándar debe cumplir de acuerdo a su nivel de complejidad?); mientras que si la misma Unidad tiene además los servicios de emergencia y laboratorio, atienden partos y tienen hospitalización correspondería el total de los ítems, por lo tanto el denominador sería 146.
3. Divida el resultado del numerador del total de insumos y medicamentos que se encuentran presentes el día de la medición (¿cuántos ítems del estándar cumple?) para el denominador ¿cuántos ítems del estándar debe cumplir de acuerdo a su nivel de complejidad? y multiplique por cien, el resultado registre en el casillero del instrumento que corresponda a **Porcentaje de cumplimiento del estándar.**

ESTÁNDAR E INDICADOR DE PROCESO: CONTROL PRENATAL.-

Nº _____ Unidad Operativa _____
Responsable de la medición _____

INSTRUCTIVO:

1. Realice la medición de éste indicador en forma mensual.
2. Registre el nombre de la Provincia, el nombre del Área de Salud y su número de Área, el nombre de la Unidad Operativa, la fecha de la medición, el mes evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
3. Solicite en Estadística los registros diarios de atenciones y consultas ambulatorias (MSP-S.C.I.S. Form. 504 - 04 - 2003) de cada uno de los Médicos y Obstetras que atendieron en la Consulta Externa el control del embarazo durante el mes evaluado.
4. Realice un listado de números de historias clínicas de primeros controles prenatales, en cualquier semana de gestación (tomando del formulario MSP-S.C.I.S. Form. 504 - 04 - 2003, columnas: # 1, # 3, # 4 y # 29), atendidos durante el mes. Solicite en Estadística las historias clínicas enlistadas.
5. Si el número de historias es menor o igual a 30 se tomarán todas, en cambio si supera las 30 historias clínicas, se elegirán aleatoriamente hasta completar la muestra de 30.
6. Verifique en la historia clínica (formularios: 051 las actividades 1 a la 11, y de los formularios 006/92, 005/83 y otros, las actividades 12 a la 15) si el proveedor de salud aplicó y registró las actividades seleccionadas según la norma. En mujeres embarazadas de menos de 18 semanas de gestación no se realizarán las actividades de los ítems 7 - 8 y 9 por no ser aplicables.
7. En el instrumento de recolección de datos, registre el número de la historia clínica y en cada casillero en sentido vertical registre con signo positivo (+) si cumple con cada actividad del estándar o con signo negativo (-) si no cumple, mientras que si no es aplicable por la edad gestacional registre NA (No Aplica), sin que esto perjudique el cumplimiento general del estándar.
8. En el casillero que corresponde a: ¿Cumple el estándar con los aspectos seleccionados? Registre en sentido vertical si cumple signo positivo (+) o no cumple signo negativo (-).

[illegible]

PROCESAMIENTO: En el casillero que corresponde al total, en el numerador registre el total de historias clínicas que cumplen con los 15 aspectos del estándar y en el mismo casillero en el denominador registre el total de las historias clínicas revisadas, incluso las historias clínicas que no cumplen con el estándar por no tener el formulario 051 (Atención Perinatal), estos datos divida y multiplique por cien, el resultado registre en el casillero del instrumento que corresponda a porcentaje (%).

ANEXO # 4:

ESTÁNDAR E INDICADOR DE PROCESO ATENCIÓN DEL PARTO.-

3. B.- Porcentaje de partos atendidos en el HPGDR, con partograma en los que se graficó correctamente la curva de alerta y la curva de dilatación cervical de la paciente, y además se controló y registró la tensión arterial, la actividad uterina (frecuencia y duración) y la frecuencia cardíaca fetal

INSTRUCTIVO:

1. Realice la medición de éste indicador en forma mensual.
2. Registre el nombre de la Provincia, el nombre del Área de Salud y su número de Área, el nombre de la Unidad Operativa, la fecha de la medición, el mes evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
3. Las Historias clínicas de partos que utilizaron partograma (estándar 3 A) sirven para este indicador. En el indicador anterior se revisaron de los partos atendidos, cuales utilizaron partogramas, en este indicador se tomaran solo los partos que fueron atendidos con partograma.
4. A continuación verifique en el partograma reverso del formulario 051 (Atención Perinatal), que estén graficadas **correctamente** la curva de alerta y la curva de dilatación cervical de la paciente. El Procedimiento adecuado para construir las curvas de alerta y de dilatación cervical de la paciente en el partograma debe ser conocido por la persona que mide este indicador, o debe consultar el instructivo para el llenado de los formularios de la historia clínica única de las Normas y procedimientos para la atención de la salud reproductiva del MSP, año 2000 pags. 17 a 24.
5. Además se verificará en el formulario 051 (anverso y/o reverso), en la sección de la atención de la labor de parto si se controló y registró al menos para cada punto (momento de la evaluación de la dilatación cervical) de la graficación de la curva de dilatación cervical de la paciente, la tensión arterial, la actividad uterina (frecuencia y duración) y la frecuencia cardíaca fetal.
6. En el instrumento de recolección de datos, registre el número de la historia clínica seleccionada y en cada casillero en sentido vertical registre con signo positivo (+) si cumple o con signo negativo (-) si no cumple con cada aspecto.
7. En el casillero que corresponde a ¿Cumple el estándar con los cuatro aspectos?, Registre en sentido vertical si cumple con los 4 aspectos del estándar signo positivo (+) o no cumple signo negativo (-).

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

[illegible]

PROCESAMIENTO:

En el casillero del instrumento correspondiente al total, registre en el numerador el total de historias clínicas que cumplen con el estándar, sumando en forma horizontal las que cumplen (signo positivo) y en el mismo casillero, en el denominador registre el total de historias clínicas revisadas, divida estos valores y multiplique por cien, el resultado registre en el casillero del instrumento que corresponda a porcentaje (%).

ANEXO # 5:**ESTÁNDAR E INDICADOR DE PROCESO: ATENCIÓN DEL PARTO.-**

Provincia _____ Área de Salud _____ N° _____ Unidad Operativa _____
Fecha de la medición _____ Mes evaluado _____ Responsable de la medición _____

3. **Porcentaje de partos vaginales atendidos en el hospital en los que se administró a la parturienta 10 UI. de Oxitocina intramuscular dentro del minuto después del nacimiento del/a recién nacido/a, como parte del manejo activo del tercer periodo del parto y se registró en la historia clínica perinatal¹**

INSTRUCTIVO:

1. Realice la medición de éste indicador en forma mensual.
2. Registre el nombre de la Provincia, el nombre del Área de Salud y su número de Área, el nombre de la Unidad Operativa, la fecha de la medición, el mes evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
3. Las historias clínicas utilizadas en el indicador 3 A servirán para evaluar este indicador, incluyendo las de partos en periodo expulsivo.
4. Verifique en el formulario 005 (Notas de evolución y prescripciones médicas), en la Hoja de Enfermería y/o 051 (Atención perinatal), "Medicación en parto" casillero oxitocina, si se encuentra registrado que se le administró a la parturienta 10 UI. de Oxitocina intramuscular, dentro del minuto después del nacimiento del bebé, como parte del manejo activo del tercer periodo del parto. Se debe considerar que puede administrarse la oxitocina en otros casos que no sean el manejo activo, por lo que es necesario comparar la fecha y hora de su administración con la fecha y hora del parto.
5. En el instrumento de recolección de datos, registre el número de la historia clínica seleccionada y en cada casillero en sentido vertical registre con signo positivo (+) si cumple o con signo negativo (-) si no cumple.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

No. de Historia Clínica																					Total	Porcentaje	
¿Cumple con el estándar? Marque + si cumple y - si no cumple																							

PROCESAMIENTO:

En el casillero del instrumento correspondiente al total, registre en el numerador el total de historias clínicas que cumplen con el estándar, sumando en forma horizontal las que cumplen (signo positivo) y en el mismo casillero, en el denominador registre el total de historias clínicas revisadas, divida estos valores y multiplique por cien, el resultado registre en el casillero del instrumento que corresponda a porcentaje (%).

¹ De acuerdo a estudios basados en la evidencia, la práctica del manejo activo del tercer periodo (tracción controlada del cordón, masaje uterino y administración de ocitócicos) reduce la probabilidad de muerte materna por hemorragia post-parto. Para la aplicación de esta práctica es necesaria la capacitación previa. Se encuentra en proceso de revisión para incorporar a las Normas y Procedimientos para la Atención de la Salud Reproductiva del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

ESTÁNDAR E INDICADOR DE PROCESO: ATENCIÓN DEL POST - PARTO.-

Nº _____ Unidad Operativa _____
Responsable de la medición _____

- INSTRUCTIVO:**

- ### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

[illegible]

En el casillero del instrumento correspondiente al total, registre en el numerador el total de historias clínicas que cumplen con el estándar, sumando en forma horizontal las que cumplen (signo positivo) y en el mismo casillero, en el denominador registre el total de historias clínicas revisadas, divida estos valores y multiplique por cien, el resultado registre en el casillero del instrumento que corresponda a porcentaje (%).

ANEXO # 7:

9 B. Porcentaje de primeras consultas de morbilidad de niños/as menores de 5 años de edad, a los/as que se brinda atención integral de acuerdo al protocolo de AIEPI

INSTRUCTIVO:

1. Realice la medición de éste indicador en forma mensual.
2. Registre el nombre de la Provincia, el nombre del Área de Salud y su número de Área, el nombre de la Unidad Operativa, la fecha de la medición, el mes evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
3. Las historias clínicas de consultas de morbilidad de niños/as menores de cinco años utilizadas en el estándar anterior (8 A) sirven para evaluar éste estándar.
4. A continuación, verifique en cada historia clínica si se registró los datos en el formulario del protocolo de AIEPI
Si se trata de un/a niño/a de una semana a dos meses de edad: Guía para el registro de la atención del niño/a de una semana a dos meses de edad, deberá tener los siguientes datos:
 - ♦ Datos generales: Fecha, # de HC, nombre, edad, peso en Kg, temperatura axilar, ¿Qué problema tiene el niño/niña? y si es primera consulta?
 - ♦ Determinar si es posible que se trate de una infección bacteriana, deberá estar el número de respiraciones por un minuto, y repetido si el recuento es alto.
 - ♦ El menor de 2 meses tiene diarrea, deberá estar registrado sí o no. En caso de estar registrado si, deberá estar registrado ¿Cuánto tiempo hace? ----- días.
 - ♦ Determinar si hay un problema de alimentación o de bajo peso: Se alimenta al seno?, deberá estar registrado sí o no; determinar el peso para la edad, deberá estar registrado es bajo o no es bajo; tiene alguna dificultad para alimentarse, deberá estar registrado sí o no; si la respuesta es afirmativa ¿cuántas veces cada 24 horas? Deberá estar registradoveces; recibe el niño habitualmente otros alimentos o bebidas, deberá estar registrado sí o no; si la respuesta es afirmativa, deberá estar registrado ¿con qué frecuencia?; Además deberá estar registrado ¿con qué le da de comer al niño?.
 - ♦ Si el niño tiene cualquier dificultad para comer..... Evaluar la alimentación al seno. El niño se alimentó al seno durante la última hora?, deberá estar registrado sí o no; si el niño no se alimentó al seno durante la última hora..... ¿el niño logra coger el seno?: toca la mama con el mentón, deberá estar registrado sí o no, tiene la boca bien abierta, deberá estar registrado sí o no, tiene el labio inferior volteado hacia fuera, deberá estar registrado sí o no, la areola es más visible por encima de la boca que por debajo, deberá estar registrado sí o no; además, deberá estar registrado no coge ó coge mal ó coge bien el seno. ¿El niño mama bien, deberá estar registrado no mama nada ó no mama bien ó mama bien.
 - ♦ Verificar los antecedentes de vacunación del menor de dos meses, deberá estar registrado con un círculo, visto o raya la vacuna que debió recibir el día de la consulta, o a su vez deberá estar registrada la fecha de la próxima vacuna.
 - ♦ Evaluar otros problemas (Podrá estar en blanco o con diagnóstico de otros problemas).
Si se trata de un/a niño/a de 2 meses a 4 años de edad: Guía para el registro de la atención del niño/niña de 2 meses a 4 años de edad, deberá tener los siguientes datos:
 - ♦ Datos generales: Fecha, # de HC, nombre, edad, peso en Kg, temperatura axilar, ¿Qué problema tiene el niño/niña? y si es primera consulta?
 - ♦ Verifique si hay signos de peligro en general y según los signos encontrados en la evaluación deberá clasificar, registrando en la guía de AIEPI sí o no.
 - ♦ ¿Tiene la niña/niño tos o dificultad para respirar? Deberá estar registrado en la guía de AIEPI sí o no. En caso de estar registrado si, deberá estar registrado ¿Cuánto tiempo hace? ----- días y el número de respiraciones.
 - ♦ ¿Tiene la niña/niño diarrea? Deberá estar registrado sí o no. En caso de estar registrado si, deberá estar registrado ¿Cuánto tiempo hace? ----- días.
 - ♦ ¿Tiene la niña/niño fiebre? Deberá estar registrado sí o no. En caso de estar registrado si, deberá también estar registrado si viene o no de zona Malárica y ¿Cuánto tiempo hace? ----- días.
 - ♦ ¿Tiene la niña/niño un problema de oído? Deberá estar registrado en la guía de AIEPI sí o no.
 - ♦ Verifique si presenta desnutrición y/o anemia, en estos casos deberá estar registrado en la guía de AIEPI: muy bajo o no muy bajo. En caso de no presentar desnutrición y/o anemia deberá estar en blanco.
 - ♦ Verificar los antecedentes de vacunación, deberá estar registrado con un círculo, visto o raya la vacuna que debió recibir el día de la consulta, o a su vez deberá estar registrado la fecha de la próxima vacuna.
 - ♦ Evaluar la alimentación del niño/niña si tiene peso bajo y/o anemia, ó si tiene menos de 2 años de edad. Podrá estar en blanco si no hay desnutrición o anemia, o es mayor de 2 años.
 - ♦ Evaluar otros problemas (Podrá estar en blanco o con diagnóstico de otros problemas).
5. Se considerará positivo cuando Usted encuentre en la guía de AIEPI registrado cada uno de los parámetros anteriormente mencionados, ya sea con un: visto, círculo, raya, número o letra. Si no le falta ninguno de éstos datos registre en el formulario del instrumento: el número de la historia clínica y con signo positivo (+) y si le falta uno de los datos, esta vacía la guía de AIEPI o no la tiene, con signo negativo (-).
6. En las historias clínicas que no tienen la guía de AIEPI y no se puede evaluar el algoritmo, Usted deberá registrar en el instrumento de recolección de datos, no guía de AIEPI (NG).

Provincia _____ Área de Salud _____ Nº _____ Unidad Operativa _____
 Fecha de la medición _____ Mes evaluado _____ Responsable de la medición _____

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:[illegible]

PROCESAMIENTO:

Sume en sentido horizontal cuantas historias clínicas (Guía de AIEPI) cumplen con el estándar y registre en el casillero que corresponda a: total y en el mismo casillero registre el total de historias clínicas revisadas (incluso las que no cumplen con el estándar por no tener la guía de AIEPI), estos valores divida y multiplique por cien, el resultado registre en el casillero del instrumento que corresponda a porcentaje (%).

ANEXO # 8:

Provincia _____ Área de Salud _____ N° _____
Unidad Operativa _____ Fecha de la medición _____
Mes evaluado _____ Responsable de la medición _____

8 A. Porcentaje de pacientes con Pre eclampsia y Eclampsia que fueron manejadas de acuerdo a la norma

INSTRUCTIVO:

1. Realice la medición de éste indicador en forma mensual.
2. Registre el nombre de la Provincia, el nombre del Área de Salud y su número de Área, el nombre de la Unidad Operativa, la fecha de la medición, el mes evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
3. Solicite en Estadística las historias clínicas enlistadas como pre eclampsia y eclampsia del instrumento anterior (incluyendo las cesáreas realizadas por estos diagnósticos).
4. A continuación verifique en la historia clínica: formularios de ingreso (008), evolución (005), administración de medicamentos, y otros, si el proveedor de salud realizó y registró las actividades planteadas en el estándar según la norma.
Si la paciente es atendida en emergencia se realizarán las actividades correspondientes hasta el ítem 10, que termina con la transferencia, mientras que si es hospitalizada se realizarán además las actividades hasta el ítem 31.
Se debe tener en cuenta casos especiales, por ejemplo que durante la evolución de la paciente se puede realizar el parto / cesárea, lo que impide que se realice la medición de la frecuencia cardíaca fetal, o por ejemplo si la paciente ecláptica llega en el post parto a la Unidad de Salud, no se realizará la medición de la frecuencia cardíaca fetal, sin embargo esto no quiere decir que el estándar sea negativo, por no cumplir estas actividades, sino que no aplica la realización de las mismas.
5. En el instrumento de recolección de datos: registre el número de la historia clínica seleccionada y en cada casillero en sentido vertical registre con signo positivo (+) si cumple con cada ítem o con signo negativo (-) si no cumple, mientras que si no es aplicable por casos especiales como los mencionados o por la edad gestacional se registrará NA (no aplica), sin que esto perjudique el cumplimiento general del estándar.
6. En el casillero del instrumento que corresponde a ¿Cumple el estándar con los aspectos requeridos de acuerdo al nivel de resolución de la Unidad de Salud?, Registre signo positivo (+) si cumple con los aspectos que le correspondan de acuerdo al nivel de resolución de la Unidad de Salud. Si no se cumple se registrará con signo negativo (-).

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

[illegible]

Marque + si cumple y - si no cumple

En el casillero del instrumento correspondiente al total, registre en el numerador el total de historias clínicas (y formularios 008) que cumplen con el estándar, sumando en forma horizontal las que cumplen (signo positivo) y en el mismo casillero, en el denominador registre el total de historias clínicas y/o formularios 008 revisados, divida estos valores y multiplique por cien, el resultado registre en el casillero del instrumento que corresponda a porcentaje (%).

ANEXO # 9:

Provincia _____ Área de Salud _____ N° _____
Unidad Operativa _____ Fecha de la medición _____
Mes evaluado _____ Responsable de la medición _____

8 B.- Porcentaje de pacientes con Hemorragias Obstétricas que fueron manejadas de acuerdo a la norma

INSTRUCTIVO:

1. Realice la medición de éste indicador en forma mensual.
2. Registre el nombre de la Provincia, el nombre del Área de Salud y su número de Área, el nombre de la Unidad Operativa, la fecha de la medición, el mes evaluado y el nombre y apellido de la persona responsable de la medición.
3. Solicite en Estadística las historias clínicas enlistadas como hemorragias obstétricas del instrumento: Lista de complicaciones obstétricas antes llenado, (incluyendo las cesáreas que fueron realizadas por hemorragias).
4. A continuación verifique en la historia clínica: formularios de ingreso (008), evolución (005), administración de medicamentos, y otros, si el proveedor de salud realizó y registró las actividades planteadas en el estándar según la norma.
Si la paciente es atendida en emergencia se realizarán las actividades correspondientes hasta el ítem 10, que termina con la transferencia, mientras que si es hospitalizada se realizarán además las actividades hasta el ítem 26.
Se debe tener en cuenta casos especiales, por ejemplo que durante la evolución de la paciente se puede realizar el parto / cesárea o aborto, lo que impide que se realice la medición de la frecuencia cardíaca fetal, o por ejemplo si la hemorragia es en el post parto, no se realizará el examen obstétrico, sin embargo esto no quiere decir que el estándar sea negativo, ya que no aplica la realización de dichas actividades.
5. En el instrumento de recolección de datos registre el número de la historia clínica seleccionada y en cada casillero en sentido vertical registre con signo positivo (+) si cumple con cada ítem o con signo negativo (-) si no cumple, mientras que si no es aplicable por casos especiales como los mencionados o por la edad gestacional se registrará NA (no aplica), sin que esto perjudique el cumplimiento general del estándar.
6. En el casillero del instrumento que corresponde a ¿Cumple el estándar con los aspectos requeridos de acuerdo al nivel de resolución de la Unidad de Salud?, Registre signo positivo (+) si cumple con los aspectos que le correspondan de acuerdo al nivel de resolución de la Unidad de Salud. Se debe tomar en cuenta que en cualquier momento puede ser transferida la paciente, pero el tiempo de manejo ambulatorio u hospitalizada debe ser de acuerdo a los aspectos seleccionados de la norma. Si no se cumple se registrará con signo negativo (-).

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.																	Total	Porcentaje
No. de historia clínica																		
Manejo clínico INICIAL / EMERGENCIA de las Hemorragias Obstétricas																		
2. Edad gestacional																		
Determinar al menos una vez:																		
3. Tensión Arterial																		
4. Estado de conciencia																		
5. Temperatura materna																		
6. Pulso y / o Frecuencia cardiaca materna																		
7. Frecuencia Respiratoria																		
8. Verificar el sangrado vaginal																		
9. Auscultación de la Frecuencia Cardiaca Fetal (si edad gestacional es igual o mayor a 18 semanas)																		
Manejo Terapéutico:																		
10. Administración de líquidos endovenosos																		
11. Transferencia inmediata al Nivel II o III (según corresponda) u Orden de hospitalización																		
Continuar el llenado del instrumento si la paciente fue hospitalizada																		
Manejo de la paciente HOSPITALIZADA con Hemorragia Obstétrica:																		
Realización de exámenes de laboratorio:																		
12. Grupo y Factor Rh																		
13. Hemoglobina y / o Hematocrito																		
14. Coagulación: TP (tiempo de protrombina)																		
15. Coagulación: TTP (tiempo de tromboplastina parcial)																		
16. Coagulación: conteo de plaquetas																		
Determinar al menos tres veces al día:																		
17. Tensión arterial																		
18. Temperatura materna																		
19. Pulso y / o Frecuencia cardiaca materna																		
20. Determinar el estado de conciencia																		
21. Frecuencia Respiratoria																		
22. Presencia o no de sangrado vaginal y sus características																		
23. Ingesta / Excreta																		
24. Frecuencia cardiaca fetal (si edad gestacional es igual o mayor a 18 semanas)																		
Manejo Terapéutico																		
25. Valoración por especialista máximo una hora después del ingreso																		
26. Prescripción de reposo absoluto																		
27. Administración de líquidos endovenosos y / o componentes sanguíneos																		
¿Cumple el estándar con los aspectos requeridos de acuerdo al nivel de resolución de la Unidad de Salud?																		
Marque + si cumple y - si no cumple																		

PROCESAMIENTO:

En el casillero del instrumento correspondiente al total, registre en el numerador el total de historias clínicas (y formularios 008) que cumplen con el estándar, sumando en forma horizontal las que cumplen (signo positivo) y en el mismo casillero, en el denominador registre el total de historias clínicas y/o formularios 008 revisados, divida estos valores y multiplique por cien, el resultado registre en el casillero del instrumento que corresponda a porcentaje (%).

SALIDA

ANEXO # 10:

Escuela Superior Politécnica del Litoral Encuesta dirigido a Usuaris Externas (pacientes) del Servicio de Gineco-Obstetricia de Consulta Externa del Hospital Provincial General Docente Riobamba

La presente encuesta tiene como objetivo analizar la atención brindada en el Servicio de Gineco -Obstetricia en la Consulta Externa y en los servicios con los que se relaciona. Toda la información proporcionada será manejada confidencialmente por las alumnas de la Maestría de la ESPOL. Le agradecemos por su colaboración:

Fecha ____/____/____ N°. Encuesta ____ Encuestador _____

Motivo de consulta: _____

1. ¿Los tramites para recibir atención médica en la consulta externa, usted considera que son?

Demorados _____ Regular _____ Rápido _____

Si su respuesta es demorado por que: _____

2. ¿El tiempo que usted tuvo que esperar para ser atendida por el médico u obstetrix el día de hoy en la consulta externa, le parece?

Demorados _____ Regular _____ Rápido _____

Si su respuesta es demorado por que: _____

3. ¿La información que le dio el personal de la consulta externa, sobre los cuidados que debe tener respecto a su consulta, de hoy, fue?

Malo _____ Regular _____ Buena _____

Si su respuesta es malo por que: _____

4. ¿El trato que recibió el día de hoy en la consulta externa, fue?

Médico:	Excelente _____	Muy Bueno _____	Bueno _____	Regular _____	Malo _____
Obstetrix:	Excelente _____	Muy Bueno _____	Bueno _____	Regular _____	Malo _____
Enfermera:	Excelente _____	Muy Bueno _____	Bueno _____	Regular _____	Malo _____
Aux. Enfermería	Excelente _____	Muy Bueno _____	Bueno _____	Regular _____	Malo _____
Per. Limpieza:	Excelente _____	Muy Bueno _____	Bueno _____	Regular _____	Malo _____
Laboratorio:	Excelente _____	Muy Bueno _____	Bueno _____	Regular _____	Malo _____
Imaginología:	Excelente _____	Muy Bueno _____	Bueno _____	Regular _____	Malo _____
Farmacia:	Excelente _____	Muy Bueno _____	Bueno _____	Regular _____	Malo _____

5. ¿Cuándo le atendieron en la consulta externa el día de hoy, la privacidad que usted tuvo, fue?:

Malo _____ Regular _____ Buena _____

Si su respuesta es malo por que: _____

6. ¿Los conocimientos y habilidades del personal que le atendió hoy en la consulta externa le parecen que, fueron?

Malos _____ Regulares _____ Buenos _____

Si su respuesta es malo por que: _____

7. ¿Cómo califica la comodidad de la sala de espera de la consulta externa?

Mala _____ Regular _____ Buena _____

Si su respuesta es mala por que: _____

8. ¿La limpieza del área de consulta externa usted, considera que es?

Mala _____ Regular _____ Buena _____

Si su respuesta es mala por que: _____

9. ¿La limpieza de los servicios higiénicos de la consulta externa, usted considera que es?

Mala _____ Regular _____ Buena _____

Si su respuesta es mala por que: _____

10. ¿El servicio que brinda la farmacia del hospital, considera que es?

Mala_____ Regular_____ Buena_____

Si su respuesta es mala por que: _____

11. ¿Le mandaron a comprar algún medicamentos fuera del hospital?

Si_____ No_____

Que medicamento: _____

12. ¿En su consulta de hoy tuvo que realizar algún pago en el hospital?

Si_____ No_____

Por que fue el pago: _____

13. ¿En caso de que haya realizado algún pago, usted esta conforme con este pago?

Si_____ No_____

Por que: _____

GRACIAS POR SU AMABLE ATENCIÓN.

ANEXO # 11:

Escuela Superior Politécnica del Litoral
Encuesta dirigido/a familiares de Usuarios/as Externas del Servicio de Pediatría de la Consulta
Externa del Hospital Provincial General Docente Riobamba

La presente encuesta tiene como objetivo analizar la atención brindada en el Servicio de Pediatría de Consulta Externa y en los servicios con los que se relaciona. Toda información proporcionada será manejada confidencialmente por las alumnas de la Maestría de la ESPOL.

Fecha ____/____/____ N°. Encuesta ____ Encuestador _____

Motivo de consulta: _____

1. ¿Los tramites para recibir atención médica en la consulta externa, usted considera que son?

Demorados _____ Regular _____ Rápido _____

Si su respuesta es demorado por que: _____

2. ¿El tiempo que usted tuvo que esperar para que le atienda a su niño/a el médico el día de hoy en la consulta externa, le parece?

Demorado _____ Regular _____ Rápido _____

Si su respuesta es demorado por que: _____

3. ¿La información que le dio el personal de la Consulta Externa, sobre los cuidados que debe tener respecto a la consulta, de hoy de su hijo/a, fue?

Malo _____ Regular _____ Buena _____

Si su respuesta es malo por que: _____

4. ¿El trato que recibió el día de hoy en la consulta externa, fue?

Médico: Excelente _____ Muy Bueno _____ Bueno _____ Regular _____ Malo _____

Enfermera: Excelente _____ Muy Bueno _____ Bueno _____ Regular _____ Malo _____

Aux. Enfermería Excelente _____ Muy Bueno _____ Bueno _____ Regular _____ Malo _____

Per. Limpieza: Excelente _____ Muy Bueno _____ Bueno _____ Regular _____ Malo _____

Farmacia: Excelente _____ Muy Bueno _____ Bueno _____ Regular _____ Malo _____

5. ¿Los conocimientos y habilidades del personal que le atendió a su niño/a, hoy en la consulta externa le parecen que, fueron?

Malos _____ Regulares _____ Buenos _____

Si su respuesta es malo por que: _____

6. ¿Cómo califica la comodidad de la sala de espera de la consulta externa de pediatría?

Mala _____ Regular _____ Buena _____

Si su respuesta es mala por que: _____

7. ¿La limpieza del área de consulta externa usted, considera que es?

Mala _____ Regular _____ Buena _____

Si su respuesta es mala por que: _____

8. ¿La limpieza de los servicios higiénicos de la consulta externa, usted considera que es?

Mala _____ Regular _____ Buena _____

Si su respuesta es mala por que: _____

9. ¿El servicio de farmacia del hospital considera que es?

Mala _____ Regular _____ Buena _____

Si su respuesta es mala por que: _____

10. ¿Le mandaron a comprar algún medicamentos fuera del hospital?

Si _____ No _____

Que medicamento: _____

11. ¿En su consulta de hoy tuvo que realizar algún pago en el hospital?

Si _____ No _____

Por que fue el pago: _____

12. ¿En caso de que haya realizado algún pago usted esta conforme con este pago?

Si _____ No _____

Por que: _____

GRACIAS POR SU AMABLE ATENCIÓN.

ANEXO # 12:

Escuela Superior Politécnica del Litoral
Encuestas dirigido a Usuaris Externas (pacientes) del Servicio de Gineco-Obstetricia
del Área de Hospitalización del Hospital Provincial General Docente Riobamba

La presente encuesta tiene como objetivo analizar la atención brindada en el Servicio de Gineco-Obstetricia en el Área de Hospitalización del HPGDR y en los servicios con los que se relaciona. Toda la información proporcionada será manejada confidencialmente por las alumnas de la Maestría de la ESPOL. Le agradecemos por su colaboración:

Fecha ____/____/____ N°. Encuesta ____ Encuestador_____

Motivo de Hospitalización: _____

1. ¿Los tramites que Usted o sus familiares realizaron para ingresar al hospital (ejemplo para emergencia, sala de partos, hospitalización fueron)?

Demorados _____ Regular _____ Rápido _____

Si su respuesta es demorado por que: _____

2. ¿El tiempo que usted tuvo que esperar para ser examinada por el médico u obstetrix, le parece?

Emergencia: Demorados _____ Regular _____ Rápido _____

Centro Obs.: Demorados _____ Regular _____ Rápido _____

Gineco-O: Demorados _____ Regular _____ Rápido _____

Si su respuesta es demorada por que y en que servicio

3. ¿La información que le dio el personal de emergencia, sala de partos y/o hospitalización sobre su cuidado y el de su bebé, fue?

Emergencia: Malo _____ Regular _____ Buena _____

Centro Obs.: Malo _____ Regular _____ Buena _____

Gineco-O: Malo _____ Regular _____ Buena _____

Si su respuesta es mala por que y en que servicio

4. ¿El trato que recibió por parte del personal durante su permanencia en el Hospital, fue?

Médico: Excelente _____ Muy Bueno _____ Bueno _____ Regular _____ Malo _____

Obstetrix: Excelente _____ Muy Bueno _____ Bueno _____ Regular _____ Malo _____

Enfermera: Excelente _____ Muy Bueno _____ Bueno _____ Regular _____ Malo _____

Aux. Enfer: Excelente _____ Muy Bueno _____ Bueno _____ Regular _____ Malo _____

Per. Limpieza: Excelente _____ Muy Bueno _____ Bueno _____ Regular _____ Malo _____

Laboratorio: Excelente _____ Muy Bueno _____ Bueno _____ Regular _____ Malo _____

Imaginología: Excelente _____ Muy Bueno _____ Bueno _____ Regular _____ Malo _____

Farmacia: Excelente _____ Muy Bueno _____ Bueno _____ Regular _____ Malo _____

5. ¿Durante su permanencia en el Hospital, la privacidad que usted tuvo, fue?:

Emergencia: Malo _____ Regular _____ Buena _____

Centro Obstétrico: Malo _____ Regular _____ Buena _____

Gineco-Obstetricia: Malo _____ Regular _____ Buena _____

Si su respuesta es mala por que y en que servicio.

6. ¿Los conocimientos y habilidades del personal que le atendió al dar a luz (en sala de partos y en hospitalización) le parecen que, fueron?

Malos _____ Regulares _____ Buenos _____

Si su respuesta es malo por que: _____

7. ¿Cómo califica la comodidad de la sala de partos y hospitalización (abrigo, posición y confort)?

Mala _____ Regular _____ Buena _____

Si su respuesta es mala por que: _____

8. ¿Durante el parto, hubiera querido que este junto a usted algún familiar?

Si _____ No _____

Cuál: _____

9. ¿La limpieza del área de hospitalización y servicios higiénicos usted, considera que son?

Mala _____ Regular _____ Buena _____

Si su respuesta es mala por que: _____

10. ¿En su próximo parto, usted volvería a dar a luz en este hospital; o regresaría por cualquier necesidad a éste hospital?

No _____ Si _____

Por que no: _____

11. ¿Durante el tiempo de estadía le mandaron a comprar algún medicamentos fuera del hospital?

Si _____ No _____

Que medicamento: _____

12. ¿Durante su estadía. Usted tuvo que realizar algún pago en el hospital?

Si _____ No _____

Si su respuesta es afirmativa, ¿Por que fue el pago?

13. ¿En caso de que haya realizado algún pago usted esta conforme con este pago?

Si _____ No _____

Por que: _____

GRACIAS POR SU AMABLE ATENCIÓN.