

**ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DEL LITORAL**  
**ESCUELA DE POSTGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE**  
**EMPRESAS**  
**PROGRAMA DE GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD**

**CUARTA PROMOCION**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN**

**EVALUACION DE RESULTADOS EN DOS AREAS DE**  
**SALUD DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL**

**REALIZADO POR:**  
**DR. LUIS EDUARDO GAIBOR MACIAS**

**DIRIGIDO POR:**  
**DR. ERNESTO TORRES TERAN**



**GUAYAQUIL, SEPTIEMBRE 20 DEL 2000**

## **DEDICATORIA**

**ESTE ENTUSIASTA TRABAJO LO DEDICO A QUIENES FUERON  
SOLIDARIOS CONMIGO: MI ESPOSA Y MIS HIJOS.**

## **AGRADECIMIENTO**

¡ Alabados los que arrojan semillas  
a puñados, generosamente, sin  
preguntarse cuántas de ellas  
se perderán y solo pensando en  
que la más pequeña puede ser  
fecunda. ¡

J. Ingenieros

### **AL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA:**

Como becario, retribuyo con un grano de arena.

### **AL MAESTRO ERNESTO TORRES:**

Por su tolerancia y perseverancia.

### **A QUIENES COLABORARON CON MI TRABAJO:**

Carlitos  
Carmita  
Cristina

# INDICE

## RESUMEN EJECUTIVO

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	1
Objetivos: General y específicos .....	2
Metodología .....	3
Variables de evaluación en el desarrollo de las áreas.....	3
Recolección de información.....	4
Matriz de evaluación.....	4
Fuentes de información .....	5
Procedimientos.....	7
Guía de cuestionario para los usuarios.....	7
Marco teórico de la evaluación de resultados en las áreas de salud.....	8
Las áreas de salud en el Ecuador: Historia.....	9
Generalidades conceptuales de las áreas de salud .....	11
Acreditación del área de salud.....	12
Descentralización presupuestaria .....	13
Modelo de atención .....	13
Características generales del modelo de atención.....	14
Atención primaria de salud .....	16
Sistemas locales de salud (SILOS).....	17
Descentralización y los SILOS.....	18
Participación social y los SILOS .....	18
La programación y los SILOS .....	19
Desarrollo económico social y los SILOS.....	20
Momento de la existencia de un SILOS.....	20

Propuesta básica de los SILOS .....	21
Atención primaria de salud y los SILOS .....	22
Evaluación de los resultados .....	23
Evaluación de lo realizado .....	24
Calidad de la atención .....	25
Resultado de la atención .....	25
La estructura .....	26
Los procesos .....	26
La teoría de los sistemas y los procesos de atención médica .....	27
Relación entre estructura y proceso .....	29
Relación entre proceso y resultados .....	30
Relación entre estructura y resultados .....	30
Relación entre estructura, proceso y resultados .....	30
Conclusiones sobre las relaciones entre estructura, proceso y resultados .....	31
Hipótesis .....	32
Area de Salud N° 1.- Generalidades .....	32
Area de Salud N° 9.- Generalidades .....	36
Resultados .....	40
Representación gráfica del grado de desarrollo	
Area de Salud N° 1.- Guasmo Sur .....	41
Representación gráfica del grado de desarrollo	
Area de Salud N° 9.- Martha de Roldós .....	42
Montaje comparativo: desarrollo de las Areas de Salud N° 1 y N° 9.....	43
Análisis de los resultados .....	44
Análisis de la información obtenida de parte de los usuarios .....	50
Conclusiones.....	53

Recomendaciones .....	54
Bibliografía .....	56
Anexos .....	58
Anexo 1.- Matriz de evaluación.....	59
Anexo 2.- Guía de cuestionario para los usuarios.....	69
Anexo 3.- Resultados de la guía de cuestionario para los usuarios.....	73

## RESUMEN EJECUTIVO

En el año 1992 se realiza en Quito la Reunión Internacional de evaluación del Desarrollo de los sistemas locales de salud en el Ecuador, auspiciado por el Ministerio de Salud, Coordinación Nacional de Salud Familiar, Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

De aquí se delegan comisiones, para que a través de una matriz se evalúen 4 áreas de salud en el Ecuador.- En la provincia del Guayas, la elegida fue el Area 1 o Guasmo Sur.

El documento existente a la fecha es el informe final de agosto de 1.992 del MSP..

Han transcurrido 8 años y es necesario una nueva evaluación de lo realizado: del desarrollo alcanzado en el área; del impacto innovador y modificador tanto en la conducta de quien imparte salud como de la población que recibe; evaluar la posibilidad de un autodireccionamiento del área; en fin, establecer una matriz modelo de evaluación.

Dos áreas de salud señalan mi trabajo, la una ubicada al Norte de la ciudad de Guayaquil , es el área de salud N° 9 y la otra, ubicada al Sur de la ciudad, en una zona urbano marginal, el Guasmo Sur o área de salud N° 1.

La actividad evaluatoria se realiza conjuntamente con la unidad de conducción del área, por lo que este trabajo resulta una auto evaluación.- sin embargo, he añadido otro capítulo dirigido a los usuarios para conocer el criterio que tienen de la atención de salud en los establecimientos del estado.

Los resultados cualitativos se convierten en cuantitativos y se los representa en un gráfico radiado que representa a veinte variables las mismas que son analizadas según el criterio de los que intervinieron en la evaluación.

De acuerdo a los resultados podemos concluir, que en las dos áreas: el contexto político y la organización administrativa apenas alcanzan el 70 % de su desarrollo .

En las dos áreas, el sistema de información no es compartido con las demás unidades del sector, ni es analizado en conjunto con los niveles gerenciales.

El área de participación social demuestra la poca o ninguna actividad realizada con la comunidad.- Esta variable contrasta, con otros tiempos atrás, cuando la comunidad participaba e intervenía en los procesos de salud del sector geográfico.

Es indudable que en la atención a la salud de la población, el mayor desarrollo alcanzado se encuentra en el área 1, mientras que, en el área 9 presenta altibajos muy notorios.

De la información obtenida de los pacientes, en las dos áreas, es que los pacientes que reciben atención en mayor porcentaje constituyen las mujeres en edad fértil y las embarazadas ( 83 % ) , en menos porcentaje los niños y lo hacen por la confianza y gratuidad de la atención en los establecimientos públicos de nuestro estudio.

En las variables accesibilidad, utilización / producción / rendimiento, calidad y satisfacción alcanzan una gran aceptación de parte de los usuarios en el área 9 , mientras que en el área 1, el impacto social demuestra el mejor trabajo comunitario.

Finalmente, es importante conocer estos resultados comparativos entre las áreas, para que luego del análisis, se elaboren actividades con planificación estratégica con el ánimo de conseguir resultados que demuestren que las instituciones públicas de salud son capaces de competir en el mundo globalizado del mercado.



## INTRODUCCION

En toda empresa resulta básico conocer el direccionamiento de su trabajo y analizar los resultados del proceso.- Para obtener estos elementos se necesita de la evaluación permanente.- Todas las unidades de salud del Estado deben ser consideradas como una empresa, que se compone de estructura física, donde se ubican los recursos tecnológicos, humanos, administrativos, financieros y se procesan insumos figurativamente, que corresponde a la población, que de alguna manera necesita controlar o reponer el quebranto de su salud y al final del proceso , el resultado es una población que recupera o mantiene su salud y que a cambio, demuestra su satisfacción por la atención recibida.

Es el proceso conformado de veinte variables que serán evaluados cualitativa y cuantitativamente, para luego a través de un gráfico radiado analizar el grado de desarrollo alcanzado en el proceso por la unidad de salud.

En el Ecuador, el aparente sistema de salud representado en las áreas de salud, sitio donde se aplican los diferentes programas sanitarios impuestos desde el nivel central, no tienen una evaluación analítica.- Las Autoridades, se complacen en obtener números que representan la mayor cantidad, sin importar el cómo lo hicieron.- Me refiero, a los monitoreos mensuales, semestrales y anuales que con tal de cumplir una meta numérica se olvidan de otras variables: calidad, equidad, eficiencia, participación social, accesibilidad.

Es hora de establecer una matriz o un modelo de evaluación que pueda aplicarse regularmente con el grupo que hace gerencia en el área y que todos los que se encuentran comprometidos en el proceso conozcan los resultados para en un consenso, establecer planes estratégicos para alcanzar el desarrollo sustentable en el área de salud.

## **1.- OBJETIVOS**

### **1.1.- GENERAL.-**

Evaluar el desarrollo técnico administrativo de dos áreas de salud en la ciudad de Guayaquil mediante la utilización de una matriz de evaluación preparada por la Organización Panamericana de la Salud.

### **1.2.- ESPECIFICOS.-**

**1.2.1.-** Evaluar a las áreas de salud en tres aspectos fundamentales:

- a) Contexto político – administrativo.
- b) Conducción o gestión.
- c) Organización de la atención de salud.

**1.2.2.-** Establecer la importancia de la evaluación en las Instituciones del Estado que requieren resultados y que sirvan de base para el análisis y toma de decisiones a nivel gerencial.

**1.2.3.-** Evaluar el desarrollo de la atención en dos áreas de Guayaquil: Guasmo Sur y Martha de Roldós.

**1.2.4.-** Estimular a las unidades de conducción del área a fin de que formulen procedimientos fáciles y prácticos para evaluar las áreas de salud.

## **2.- METODOLOGÍA**

### **2.1.- VARIABLES DE EVALUACIÓN EN EL DESARROLLO DE LAS ÁREAS SEGÚN LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.-**

La OPS ha elaborado una guía para obtener información específica y analizar el grado de desarrollo de las áreas (SILOS).

El esquema es de la manera siguiente:

#### **PRIMERA PARTE.-**

##### **EL CONTEXTO POLÍTICO ADMINISTRATIVO**

Contexto político

Instrumentos de las políticas.

Descentralización y desconcentración.

Proceso de planificación.

La financiación nacional de la atención de la salud.



#### **SEGUNDA PARTE**

##### **LA CONDUCCIÓN**

Estructura Organizativa.

Definición de espacios políticos, administrativos, geográficos y de población.

Procesos administrativos.

Sistemas de financiamiento.

Administración financiera y del personal.

Suministros.

Sistema de información.

Formas y estilo de coordinación y articulación intra e intersectorial.

Participación.

Indicadores socioeconómicos.

#### **TERCERA PARTE.-**

##### **LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD**

Programación local y enfoque de riesgo.

Integración de los programas de prevención y control.

Red de servicios.

Servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento.

Accesibilidad.  
Cobertura.  
Utilización y producción de servicios  
Calidad y eficacia.  
Impacto.  
Satisfacción.  
Eficiencia.  
Capacitación.  
Investigación

## **2.2.- RECOLECCION DE INFORMACIÓN**

Para conseguir este propósito, utilizaré los diferentes métodos de investigación aplicados en marketing, así como también de otros métodos :

- Información directa de las Jefaturas de Areas.
- Recolección de datos secundarios: De la Dirección Provincial de Salud.
- Recolección de datos primarios utilizando entrevistas aplicando:

Encuestas por cuestionario.

Entrevistas en profundidad.

Grupos focales (focus group).

Grupos nominales.

## **2.3.- MATRIZ DE EVALUACION**

Ver anexo N° 1

## 2.4.- FUENTES DE INFORMACIÓN

La distribución de la recolección de la información está elaborada de la manera siguiente:

VARIABLES	FUENTE
Contexto político	Dirección de la jefatura del Area
Definición del espacio Intersectorialidad. Participación social. Supervisión.	Dirección del Area, Enfermería, Coordinación, Jefes de servicios De Gineco-obstetricia y Odontología.
Proceso administrativo Administración financiera Recursos Humanos.	Dirección del Area, Coordinación, Jefe de RR.HH. y Jefe financiero de las Areas.
Sistema de Información	Dirección, Coordinación, Estadística.
Programación local.	Todo el equipo que dirige el Area de salud.
Integración de programas	Coordinación, Jefe de enfermería Jefe de Odontología.
Red de servicios.	Dirección, Coordinación.
Servicios de apoyo.	Dirección, Coordinación, Jefes de los servicios de apoyo (servicios complementarios).

Accesibilidad.	De los usuarios mediante cuestionarios o grupos focales.
Cobertura.	Estadística, Coordinación, Jefe de enfermería.
Utilización / productividad Rendimiento.	De los usuarios. Jefes de Farmacia. Coordinación
Calidad	De los usuarios. Coordinación. Jefe de Enfermería. Dirección.
Impacto.	De los usuarios. Coordinación. Jefe de Odontología.
Satisfacción.	De los usuarios.
Eficiencia.	Dirección. Jefe Financiero. Estadística. Coordinación.

## **2.5.- PROCEDIMIENTO**

Deberá cumplirse los siguientes pasos:

- Aplicación de la matriz de evaluación proporcionada por la OPS para evaluar el desarrollo de los SILOS, adaptado a las áreas de salud.
- Conjuntamente con los miembros de la unidad de conducción de cada área se cuantificará, previo análisis, cada parámetro y al final se obtendrá el promedio de la variable.
- Elaboración de un cuadro con los veinte puntos analizados y los respectivos promedios.
- Elaboración del gráfico radiado, donde cada radio tome el nombre de las variables analizadas y tendrá el valor de 1 en su totalidad.- Es aquí, donde se fijará el porcentaje promedio cuantificado por la unidad de conducción, para cada variable.
- Unir con una línea recta, los puntos señalados por cada promedio en los radios.
- Montaje comparativo de los gráficos correspondientes a cada área.
- Aplicación de la guía de cuestionario para los usuarios, que se realizará entre los asistentes a la consulta externa, laboratorio, rayos X, ecografía, hospitalización.
- Análisis de los resultados de la evaluación.
- Aplicación de un gráfico de barras comparativas en cada variable aplicada a los usuarios.

## **2.6.- GUIA DE CUESTIONARIO PARA LOS USUARIOS.**

Ver anexo N° 2

### **3.- MARCO TEORICO DE LA EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN LAS AREAS DE SALUD.**

#### **3.1.- GENERALIDADES**

El Decreto Legislativo 084 del 16 de Junio de 1.967 crea el **MINISTERIO DE SALUD PUBLICA**, Organismo encargado de desarrollar todos los aspectos relacionados con la sanidad ,asistencia social, nutrición y vivienda de los ecuatorianos.-

En aquel momento, la infraestructura era: 8.3 establecimientos públicos de salud y 227 camas por 100.000 habitantes (18 correspondían al sector privado).-En recursos humanos: 3 médicos por 10.000 habitantes.

Las actividades cumplidas por el personal de salud eran limitadas: 0.1 consultas de fomento y 0.5 consultas de recuperación por habitante / año.

Entre 1.970 y 1975 se inició un amplio programa de construcciones de unidades operativas, lo que produjo un incremento importante en el número de establecimientos del Ministerio de Salud ( MSP), así como también se incrementó el número de profesionales de la salud.

En 1.978,se produce un hito en la historia mundial de la salud: La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata ( URSS). Las naciones del mundo se unieron para expresar la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo.- Conocida también como la Declaración de Alma - Ata, se afirma que uno de los principales objetivos sociales debe ser el que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2.000 , un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económica productiva y que la atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme el espíritu de justicia social. \* **Notas técnicas. Boletín OPS. Vol.109 N° 5-6.**

Para hacer realidad la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) en el Ecuador, era necesario operacionalizar el concepto a través de dos elementos centrales:



- a).- Diseñar un nuevo “modelo de atención” que incorpore elementos de integralidad ,participación social y enfoque epidemiológico.
- b).- Reorientar la organización y funcionamiento de los servicios aplicando criterios que permitan construir redes intercomunicadas de servicios de salud de base local, complejidad ascendente y funcionamiento regionalizado y descentralizado.

Los dos productos operativos a desarrollar en concordancia con la nueva política del MSP que era la **promoción integral de la salud** fueron la construcción de un modelo alternativo de atención, centrado en la familia y la comunidad, en el marco de los principios de la **atención primaria de salud** y la organización de las áreas de salud, equivalente a los **sistemas locales de salud (SILOS) propugnados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS)**. \*La atención de salud en el Ecuador: Sacoto-Terán-Andrade.

### **3.2.- LAS AREAS DE SALUD EN EL ECUADOR**

#### **HISTORIA DEL MARCO LEGAL**

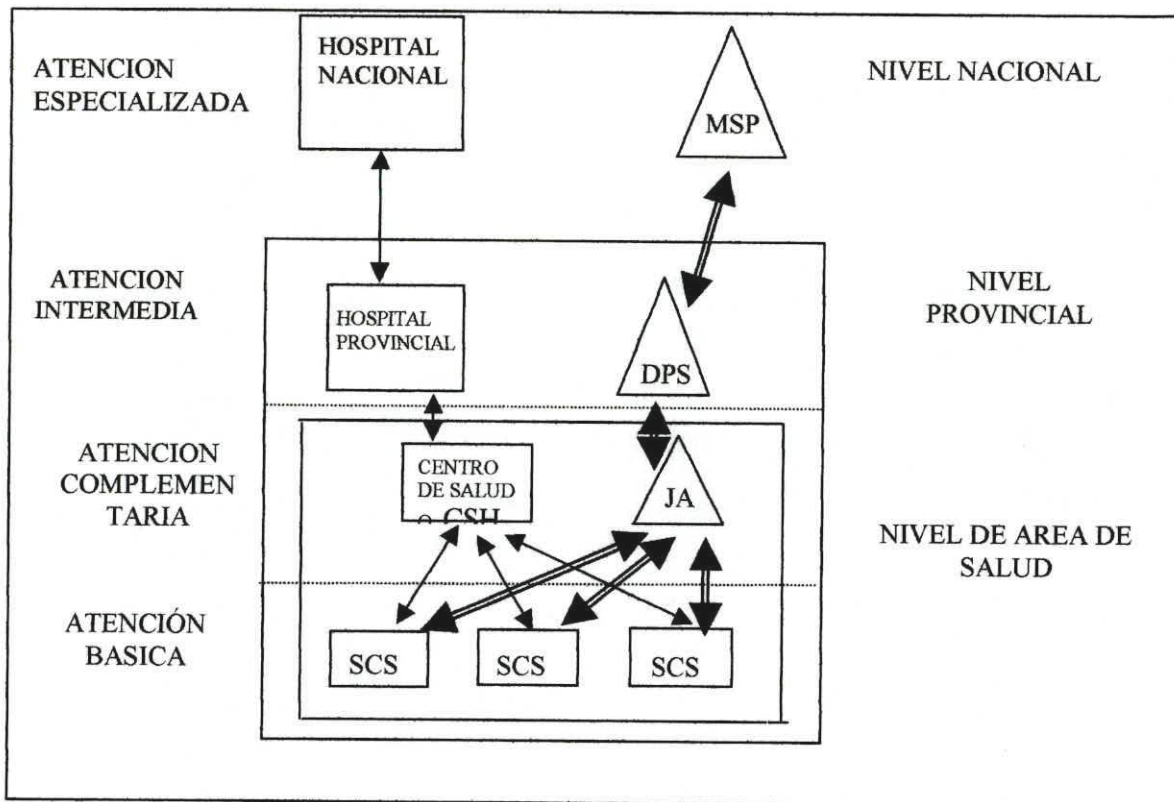
El **Decreto Ejecutivo N° 3292 del 29 de Abril de 1.992** y publicado en el Registro Oficial del 11 de Marzo de 1.992, se **establece la conformación de las Areas de Salud en el Ecuador**, como nivel básico de organización y operación regionalizada y descentralizada de los servicios del MSP.

El Acuerdo Ministerial N° 14122 del 20 de Marzo de 1.992 y publicado en el Registro Oficial el 4 de junio de 1.992, las Direcciones Provinciales de Salud definen las jurisdicciones de las áreas de salud, ajustando sus dimensiones y precisando los límites.

El Acuerdo Ministerial del 19 de Julio de 1.993, aprueba el “Manual de Organización y Funciones de las Areas de Salud del Ministerio de Salud Pública” y “Capacidad resolutive de las unidades y áreas de salud” , la expresión práctica de la política de modernización del Estado, impulsada por el gobierno nacional.

El 7 de Marzo de 1.994, el Ministro de Salud, en otro Acuerdo Ministerial “ actualiza “ el Manual y los Documentos anexos, incorporando modificaciones y ampliaciones en su contenido.\* **Manual de Organización de las Areas de Salud.**

El siguiente gráfico representa el Sistema Regionalizado de servicios del Ministerio



A partir de 1.995 las Áreas de Salud se constituyen en unidades presupuestarias con autonomía en su gestión, bajo las disposiciones establecidas en la Ley de Presupuesto en el sector público.

El establecimiento de las Áreas de Salud, como nivel operativo básico y administrativo, provoca profundas modificaciones en la estructura, organización y funcionamiento de MSP, cambiando significativamente los roles de los niveles centrales y provinciales. **\*Manual de desconcentración presupuestaria a nivel de Áreas de Salud.-Fasbase 1.994.**

El 7 de Marzo de 1.994, el Ministro de Salud, en otro Acuerdo Ministerial "actualiza" el Manual y los Documentos anexos, incorporando modificaciones y ampliaciones en su contenido. **\* Manual de Organización de las Áreas de Salud. MSP.**

### **3.3.- Generalidades conceptuales**

Son un conjunto integrado de establecimientos de salud encargados de brindar atención a una circunscripción geográfica poblacional concreta.-

Están conformadas básicamente, por **subcentros de salud** conectados con unidades mas complejas que son: **Los centros de salud a nivel urbano y centros de salud-hospital a nivel rural.- Todos funcionan como Jefaturas de Áreas** y como tales tienen **Delegación de Autoridad para funcionar descentralizadamente.**

Las áreas de salud constituyen el nivel técnico administrativo básico de la red de servicios del MSP.- Están diseñadas de tal manera que pueden tomar decisiones y actuar rápidamente frente a problemas locales de salud.

Constituyen la expresión práctica de la política de modernización del estado impulsada por el gobierno nacional.- **Publicaciones del MSP. 1.994**

Las áreas de salud, son un conjunto integrado de establecimientos de salud encargados de brindar atención a una circunscripción geográfica- poblacional concreta.- **Están conformadas básicamente, por subcentros de salud urbanos y rurales conectados con unidades mas complejas que son: Los centros de salud a nivel urbano y centros de salud- hospital (de 15 a 30 camas) a nivel rural.-** Estos funcionan como **Jefaturas de Areas** y como tales tienen Delegación de Autoridad para funcionar descentralizadamente.

Estas unidades conforman en un espacio geográfico determinado una red de servicios, en la cual los subcentros brindan atención básica y los otros establecimientos de mayor complejidad proporcionan atención complementaria; para configurar entre todos ellos una capacidad resolutive destinada a solucionar los problemas mas frecuentes, de mayor demanda y de impacto mas significativo en la salud.

La aspiración es que los servicios del área de salud resuelvan el 80% de los problemas que afectan a la población asignada.- Esto se logrará implantando una modalidad de atención primaria integral que incluya el fomentos, la prevención y la recuperación básica de la salud, actuando con criterio de riesgo sobre los individuos, grupos y comunidades y procurando en todo

momento la coordinación interinstitucional y la participación comunitaria.-  
**Publicaciones del MSP y FASBASE. 1.994.**

Para apoyar el desarrollo de las áreas de salud y conseguir que alcancen y mantengan la capacidad resolutive prevista en lo técnico y administrativo, se ha diseñado un sistema de acreditación de las áreas de salud, que describa los diferentes pasos del proceso de desarrollo de las áreas y los requisitos necesarios en cada caso para **evaluar** el grado de avance.- La instancia culminante del proceso es la:

### **3.4.- ACREDITACION DEL AREA DE SALUD**

Es el **proceso** mediante el cual, se reconoce que el área en cuestión ha alcanzado un grado de funcionamiento en el que la organización de sus recursos y actividades garantizan una adecuada calidad de atención y una cobertura satisfactoria de la población asignada.

La acreditación debe ser un mecanismo que apoye y califique el desarrollo de las áreas, debe ser un proceso continuo de mejoramiento de la calidad al interior del área de salud y de cada una de las unidades que la integran.

#### **ETAPAS DE LA ACREDITACION**

##### **1. IDENTIFICACION.-**

- a. Etapa inicial de identificación geográfico-poblacional; definición de la red de servicios del área y determinación de necesidades.

##### **2. HABILITACION.-**

- a. Cumplimiento de la condiciones estructurales mínimas para el funcionamiento del área.

##### **3. ACREDITACION.-**

Funcionamiento satisfactorio del área de salud dentro del cual habrán varios grados de excelencia.

**Las áreas de salud serán identificadas y habilitadas por una sola vez**

La acreditación será repetidas veces mediante evaluaciones periódicas que califican la permanencia de su condición (resaltando los sectores débiles de funcionamiento a fin de que refuercen sus actividades operativas) o el ascenso a niveles mas altos de **calidad**.- Publicaciones de FASBASE. 1.994.

Instructivo para la acreditación de las áreas de salud.1.994.

### **3.5.- DESCENTRALIZACIÓN PRESUPUESTARIA**

A partir de 1.995, las áreas de salud se constituyen en unidades presupuestarias con autonomía en su gestión, bajo las disposiciones establecidas en la ley de presupuesto del sector público.

El establecimiento de las áreas de salud, como nivel operativo básico y administrativo provoca profundas modificaciones en la estructura, organización y funcionamiento del MSP, cambiando significativamente los roles de los niveles centrales y provinciales. \*Manual de desconcentración presupuestaria a nivel de áreas de salud .FASBASE 1.994.

### **3.6.- MODELO DE ATENCIÓN**

El Ministerio de salud, en su búsqueda de un “ modelo de atención”, de lo puramente curativo pasa a un nuevo modelo de atención “ centrado en la familia y la comunidad” en el marco de los principios de la atención primaria de salud.

En la construcción de este nuevo modelo, se centró en “ la expansión de la atención ambulatoria”.- Con la aplicación de este nuevo modelo se crearon un significativo número de centros y subcentros de salud y se ampliaron y adecuaron las unidades existentes.- Esto representó como capacidad de oferta del MSP, un incremento del 30% de la capacidad instalada, así como también representó la incorporación de un importante número de profesionales de la salud.

Este modelo de atención operativizada a través del plan **SAFIC** agotó su proceso por diferentes factores y la calidad de las prestaciones se alejó de los ideales del modelo. \*La atención de salud en el Ecuador.-Sacoto-Terán-Andrade.

El nuevo modelo de atención constituye un modelo de atención primaria integral que orienta la prestación de los servicios a la población y al medio ambiente en base al análisis epidemiológico de los problemas locales de salud y a la formulación de soluciones eficientes y eficaces con la participación activa y deliberante de la comunidad.- Publicaciones del MSP. 1.994

### **3.7.- CARACTERISTICAS GENERALES DEL MODELO DE ATENCION.-**

#### **CAPACIDAD RESOLUTIVA TÉCNICA-CIENTIFICA**

Las unidades de salud (subcentros, centros de salud y centros de salud-hospital), enfrentan con solvencia los problemas que mas frecuentemente afectan a la población y lo que causa mortalidad temprana.- Esto incluye la atención a la patología cotidiana sencilla y a la que requiere intervenciones de complejidad intermedia.

#### **ENFOQUE PREVENTIVO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD**

Con realización de acciones de fomento y protección a la salud ( de las persona y el medio ambiente) para evitar la ocurrencia de enfermedades, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para prevenir la discapacidad o la muerte del paciente y para prevenir la difusión a otras personas.

#### **ÉNFASIS EN LA COBERTURA A GRUPOS POBLACIONALES CON MAYORES RIESGOS.**

Priorizar grupos poblacionales con mayores riesgos biológicos, económicos sociales, culturales, ambientales, en especial de niños y mujeres.

#### **CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN**

Garantiza que los casos que lo ameritan sean oportuna y eficazmente atendidos en los nivele hospitalarios secundario y terciario.

## **PROYECCIÓN EXTRAMURAL**

Mediante visitas del equipo de salud a los domicilios, escuelas, guarderías, lugares de trabajo y otros espacios comunitario; para cumplir por una parte, las actividades programadas y por otra parte, abordar los problemas de salud individuales, familiares y comunitarios, relacionándolos con los procesos biológicos y los condicionantes sociales que interactúan en los diferentes ámbitos.

## **PARTICIPACIÓN SOCIAL**

Interacción con la comunidad organizada para desarrollar aspectos relacionados con la atención y gestión de la unidad de salud y con el autocuidado de la salud individual, familiar y comunitaria, así como para apoyar la ejecución de otros programas de desarrollo local.

Por otra parte la acción coordinada con otros agentes formales e informales, institucionales o privados de salud locales, es necesaria para mejorar la atención y evitar duplicaciones de acciones.

## **FOCALIZACIÓN DE LAS ACCIONES DEL EQUIPO DE SALUD**

Mediante la programación local, el equipo de salud responde con actividades y tareas definidas la situación de salud de cada población, minuciosamente diagnosticadas.

Los contenidos del modelo incluyen:

a).- Acciones específicas frente a problemas comunes a la mayoría de personas, familias y comunidades del país, por lo que se justifica la focalización de esfuerzos y recursos de la unidad de salud como una rutina para el control.

Estas acciones comprenden

- El fomento y la protección a la salud del niño y la mujer.
- La atención y la vigilancia de la morbilidad que a nivel nacional es mas frecuente y produce mayores daños.

b).- Las acciones para problemas adicionales detectados y priorizados de acuerdo al perfil epidemiológico local.

## **LAS PRESTACIONES DEL MODELO**

### **(PRESTACIONES ESENCIALES-PRESTACIONES AMPLIADAS)**

La capacidad resolutoria de las unidades que conforman el área de salud tiene como referencia las principales causas de mortalidad general, mortalidad infantil, mortalidad materna y las tasa de incidencia de las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica predominantes (sistemas de información).

Publicaciones del MSP. 1.995.

## **3.8.- ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

La atención primaria de salud es fundamentalmente asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad, por medios que le sean aceptables, con su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar.

- La atención primaria, a la vez que constituye el núcleo del **SISTEMA NACIONAL DE SALUD**, forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad.- Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo mas cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

La atención primaria de salud, se orienta hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad y presta los correspondientes servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y de fomento de la salud.- Como esos servicios reflejan las condiciones económicas y los valores sociales del país y de sus comunidades, pueden variar lógicamente según los países y comunidades; sin embargo, deben comprender como mínimo los siguientes aspectos:

- Promoción de una nutrición adecuada.
- Promoción del abastecimiento de agua potable y saneamiento básico.



- La salud materno infantil incluida la planificación familiar.
- La inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- Prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales.
- Educación sobre los principales problemas de salud y métodos de prevención y lucha.
- Tratamiento adecuado para las enfermedades y traumatismos comunes.

Esta **FILOSOFIA DE LA SALUD** es a la que se comprometieron a cumplir los gobiernos del mundo en la **Declaración de Alma Ata** con el slogan “**salud para todos en el año 2.000**”

### **3.9.- SISTEMAS LOCALES DE SALUD (SILOS).**

Los sistemas locales de salud, es una propuesta apoyada e impulsada por la **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)** desde 1.998, en que trata de acelerar el proceso de **transformación de los sistemas nacionales de salud mediante el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud (SILOS) como táctica operativa de la estrategia atención primaria de salud**, que se considera la clave para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2.000.

En el Ecuador, se reemplazó el nombre de sistemas locales de salud por **áreas de salud**.

Como concepto “ es un conjunto de recursos de salud interrelacionados y organizados mediante un criterio geográfico-poblacional, en zonas urbanas y rurales, diseñados a partir de las necesidades de la población, definidas en términos de riesgo y asumiendo la responsabilidad de la atención de los individuos, los familiares los grupos sociales y el ambiente, con capacidad de coordinar los recursos disponibles, sectoriales o extrasectoriales, facilitar la participación local y contribuir al desarrollo del sistema nacional de salud al cual vigoriza y confiere una nueva direccionalidad.”

Esta definición se basa en un enfoque sistémico de la salud y se enmarca en los procesos de **descentralización y desconcentración** del Estado, en

procura de mayor **democratización y eficiencia** como verdadera transferencia del poder decisorio y autonomía a las áreas locales.

### **3.10.- DESCENTRALIZACIÓN Y LOS SILOS**

La descentralización representa un proceso ordenado y gradual de transferencia de funciones y autoridad dentro de la organización, desde las conducciones centrales a las locales y de éstas a los que operan en la realidad de los servicios.

El problema mas grave que puede derivar es la fragmentación y descoordinación de los servicios.- Para mantener la unidad del sistema, a **gestión central** no podrá prescindir de las **funciones de regulación, fiscalización y evaluación.**

Estos cambios suponen una forma de gobierno y conducción, que goce de mayor autodeterminación para prestar servicios y resolver problemas a nivel local, así como un mecanismo que canalice la participación legítima y conjunta de funcionarios, políticos, trabajadores y ciudadanos.

Su finalidad es conseguir la **eficiencia**, transparencia y desburocratización de los sistemas y servicios de salud y facilitar la participación directa de la gente en su gestión.

### **3.11.- PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LOS SILOS**

“ Se entiende la participación social en los SILOS, como el proceso de intervención de la población organizada en las deliberaciones sobre la atención de la salud, en la toma de decisiones que tiene que ver con la satisfacción de necesidades y en el control de los procesos así como la asunción de responsabilidades y observación de las obligaciones derivadas del desempeño de su facultad decisoria “.

Las estrategias que se recomiendan para fomentar la participación social en los SILOS son los procesos de deliberación y concertación.-

Deliberación significa co-elaborar un conocimiento sobre la situación de salud, que incorpore los puntos de vista de la gente y de los técnicos.- Esto supone

reconocer que el conocimiento es un producto social, dinámico, no estático, histórico y transformador.

La concertación es el proceso de conseguir acuerdos entre distintos actores (grupos de interés) sobre qué se debe hacer o sobre qué se puede hacer para solucionar los problemas consensuados; además, supone que al concertar se adjudican responsabilidades para ejecutar las actividades acordadas.

### **3.12.- LA PROGRAMACIÓN Y LOS SILOS**

Los SILOS constituyen la táctica operativa de la atención primaria de salud que tiene como propósito favorecer la transformación de los sistemas nacionales de salud para lograr los objetivos de **equidad, eficacia y eficiencia con la participación social**.

El instrumento básico para articular las acciones transformadoras es el proceso continuo y reflexivo llamado **programación local**, que sirve para que el sistema local y sus componentes desarrollen las capacidades de decidir y actuar.

La programación local, es el elemento catalítico de la reflexión y la participación de los conjuntos sociales locales, así como el elemento de decisiones en común sobre la gestión de los servicios de salud destinados a mejorar las condiciones de salud específicas de la localidad.- Debe apoyarse en los conocimientos mas avanzados de las ciencias sociales y de la salud.

La práctica de la programación tiene como supuesto básico la aplicación del conocimiento epidemiológico y del enfoque de riesgo en la gerencia y administración local, en todas las fases del proceso de decisión y en todos los niveles.- El abordaje epidemiológico aplicado a conjuntos poblacionales y de la definición de salud es la forma mas apropiada para identificar los problemas prioritarios y las acciones que corresponden.

Desde esta perspectiva el individuo, la familia, la comunidad y el medio, así como los micro ambientes del hogar y del trabajo constituyen ámbitos interrelacionados, sobre los cuales se debe trabajar en función de los problemas de salud percibidos como prioritarios por la población.

La programación local es, tanto en su fase conceptual como operativa, un proceso integral que se origina en el esfuerzo conjunto de todo el sistema de salud.

### **3.13.- DESARROLLO ECONÓMICO -SOCIAL Y LOS SILOS**

La relación de mutua dependencia entre el desarrollo social y el desarrollo económico, así como la necesidad de avanzar en ambos campos, no ha llegado todavía a esclarecer la forma de dar solución a los problemas de miseria, injusticia, inequidad y falta de salud a gran parte de nuestra población.

Ante las medidas puestas en ejecución por los economistas, el sector social debe reclamar la **“humanización”** de las reformas de ajuste.- Muy poco se ha hecho para convencer a economistas y políticos, que los ajustes estructurales no pueden transmitir la idea de que haya **“perdedores”**.- Por lo tanto, es importante proponer medidas concretas y demostrar cómo el sector salud y las fuerzas sociales en conjunto, educación, vivienda, trabajo, se suman a los esfuerzos de desarrollo social y económico de los países.- Si los SILOS es la contribución del sector salud a la democracia, la participación social y el liderazgo de nivel local y si todas esas fuerzas se conjugan los SILOS son y deben ser la contribución al desarrollo.

### **3.14.- MOMENTO DE LA EXISTENCIA DE UN SILOS**

En qué momento o situación existe un SILOS en funcionamiento?.- En el momento en que se identifique las tres bases fundacionales:

1. La determinación política de un nivel superior de descentralización y apoyo al desarrollo del SILOS.
2. La existencia de una unidad política, administrativa y técnica identificable que es responsable de la conducción del SILOS.
3. Una base geográfico-poblacional.

A partir de estos tres elementos, se facilita el desarrollo de otros elementos como son: **programación local, participación social, coordinación**

**intersectorial, sistemas locales de información- decisión** y otros que se estimen convenientes.

El proceso de desarrollo de los SILOS no tiene fin, comienza con el establecimiento de las “ bases fundacionales” y como resultado de la dinámica, continuará con el perfeccionamiento y ajuste permanente que dicha dinámica y las condiciones internas y externas del ámbito local le impartan para cumplir con su misión.

### **3.15.- PROPUESTA BASICA DE LOS SILOS**

La OPS ha definido las características básicas que debe reunir un sistema local de salud.

- Un sistema local de salud es una propuesta de división del trabajo dentro de los sistemas nacionales de salud, basada en un criterio geográfico-poblacional en zonas urbanas o rurales.
- La propuesta depende de las necesidades de la población, definidas en función de daños y riesgos y se basa en las divisiones político-administrativas del país.
- La responsabilidad del SILOS, atender a los individuos, familias, grupos sociales, comunidades y ambiente; coordinar todos los recursos disponibles, tanto del sector salud como extrasectorial y facilitar la participación social.
- Los SILOS permiten integrar los recursos de salud, incluidos los hospitales, centros y puestos de salud, en una red de servicios interrelacionados con niveles de atención acordes con las necesidades de salud de la población.
- Los SILOS son parte fundamental del sistema nacional de salud ( cualquiera que sea) al cual vigorizan y confieren nueva dirección.- Por lo tanto, los SILOS se constituyen en la unidad básica organizativa de una entidad global articulada EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.
- La participación de la comunidad, mediante el establecimiento de una relación de responsabilidades recíprocas es de fundamental

importancia para activar movimientos locales a favor del bienestar y el desarrollo.

- El tamaño de los SILOS varía de acuerdo a la realidad del país y en el caso de la atención a las personas, es conveniente contar con un nivel resolutivo de por lo menos **segundo nivel de complejidad**, combinado con una adecuada eficiencia en el uso de los recursos.- En el caso de la atención al ambiente, la capacidad resolutiva dependerá de las características de cada tema específico por tratar; pero en todo caso compete a los SILOS evaluar la situación y definir necesidades.
- En los SILOS, es mas concreta la posibilidad de articular el desarrollo de programas para atender las necesidades de la población con la estructura y funcionamiento de la capacidad instalada existente.
- Además de la capacidad tecnológica que les otorga un adecuado poder de resolución para resolver los problemas de salud en la zona, **los SILOS deben tener capacidad técnico- administrativa en las áreas de planificación, administración, información y epidemiología**, así como un conjunto mínimo de recursos humanos adiestrados.

### **3.16.- ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y LOS SILOS**

Los sistemas locales de salud es la parte operativa o el instrumento para ejecutar la estrategia de atención primaria.

La Declaración de Alma-Ata sobre atención primaria de salud, sostiene que la salud es un derecho humano fundamental y que la desigualdad ( inequidad ) de la misma es inaceptable.- En consecuencia, la relación entre el desarrollo y la salud supone una asistencia sanitaria esencial que resuelva los principales problemas de salud de la comunidad con participación de la misma.

Esta propuestas entrañan tres conceptos tradicionales en política de salud: **EQUIDAD-EFICIENCIA Y EFICACIA.**

**LA EQUIDAD** se entiende como atención de salud para cada grupo social según sus necesidades.

**LA EFICIENCIA**, como el efecto que se produce en los problemas de salud con el uso de los recursos.

**LA EFICACIA**, como el poder para lograr los objetivos de salud trazados.

**LA DESCENTRALIZACIÓN**. Como proceso articulador de los sistemas locales de salud aspira a desarrollar estos conceptos básicos de la atención primaria de salud por medio de la participación social como metodología fundamental.

La equidad se logrará en la medida que la descentralización represente la superación de desigualdades y la planificación contribuya a una asignación justa de funciones en los niveles central y local.

La eficiencia se aumentará cuando exista tratamiento adecuado de los problemas locales, de acuerdo con las prioridades comunitarias y con todos los recursos disponibles en el sistema.

Estos tres conceptos tienen mucho que ver con el “principio de justicia” y “justicia es equidad” (según los igualitaristas como Rawls) y todos los bienes sociales primarios, incluida atención de la salud, deben ser distribuidos igualitariamente a menos que lo contrario favorezca a los que menos tienen.

Boletín de la OPS. Vol.109. N° 5-6.

### **3.17.- EVALUACION DE RESULTADOS**

La definición de evaluar es “juzgar el valor de los resultados logrados” (eficacia).

Generalmente se confunde con el sentido de “examinar”, “medir” o “valorar”; sin embargo la evaluación depende del examen, de la medición o de la valoración que debe realizarse para obtener la información que permitirá hacer una evaluación.

Las decisiones administrativas que se refieren a la evaluación son las que corresponden a:

- ◆ Efectividad o logro de resultados.
- ◆ Realización de actividades.
- ◆ Eficiencia o uso económico de los recursos.

La evaluación puede efectuarse en momentos y en formas diferentes.

El enfoque general de la evaluación es el siguiente:

1. Medición de los logros alcanzados.
2. Comparación con normas, patrones o resultados previamente establecidos.
3. Juicio de la medida en que se satisfacen ciertos valores.
4. Análisis de las causas del fracaso.
5. Decisión (retroalimentación).

La evaluación se ocupa principalmente de la eficacia, conociendo que cobertura y distribución son indicadores adecuados y por lo tanto, en la evaluación se debe seleccionar indicadores adecuados y que sean útiles para la toma de decisiones.- Asimismo, dentro de la evaluación, es necesario “estimar” o identificar factores que impiden o posibilitan alcanzar las metas; esta identificación es una continuación de la evaluación pero a profundidad.- Mientras la evaluación trata de la efectividad, la “estimación” revelará los obstáculos y limitaciones que impiden conseguir las metas o revelará los factores positivos que llevan al éxito.

Otra función de la evaluación es la que se dirige a la administración misma, es como mirarse uno mismo en un espejo, es una auto evaluación conocida como auditoría administrativa.

Recopilando las funciones de la administración en la evaluación son:

- ◆ Seleccionar indicadores de efectividad que sean útiles a la toma de decisión.
- ◆ La estimación (factores que han impedido lograr las metas).

Finalmente la retroalimentación es necesaria para aprender en la práctica.

### **3.18.- EVALUACION DE LO REALIZADO**

Conociendo que evaluar es juzgar el valor de los resultados logrados y para hacer esto es necesario en qué grado las personas reciben los servicios



planeados para satisfacer sus necesidades y valorar cuánto se beneficiaron de esos servicios.

La información obtenida se usa para mejorar los servicios en relación con la **cantidad, calidad, accesibilidad, eficiencia, costo, etc.**

El enfoque general para la evaluación de la eficacia o logros alcanzados consta de cinco pasos:

1. Decidir qué aspectos va a evaluarse y seleccionar indicadores de eficacia.
2. Recopilar información necesaria como evidencias.
3. Comparar los resultados con las metas u objetivos.
4. Juzgar hasta qué grado se han cumplido las metas y objetivos.
5. Decidir si continúa el programa sin cambios o se suspende.

La evaluación es una función continua.

- Para hacer un análisis de la evaluación de resultados orientado a la calidad y eficiencia y la influencia que tiene el mecanismo de la estructura y los procesos en los resultados de la atención para obtener equidad en los servicios y sistemas de salud.- Procederé a formalizar conceptos indispensables para comprender el fin propuesto anteriormente.-**Calidad y eficiencia de la atención hospitalaria.- José María Paganini.**

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN.**- “es el grado en el cual los servicios de salud para individuos y poblaciones mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales.”

**RESULTADOS DE LA ATENCIÓN:** “Es la respuesta al tratamiento médico en términos de mortalidad, síntomas, capacidad de trabajo o para llevar a cabo actividades diarias e índices fisiológicos (Brook et al. 1973) o en términos de restablecimiento, recuperación de función o de supervivencia (Donabedian 1970) o en términos de un perfil que incluye siete categorías: longevidad, actividad, comodidad, satisfacción, enfermedades, logros y resistencia”.

**Donabedian**, define los resultados como cambio en el estado de salud actual y futuro del paciente que puede atribuirse a la atención recibida incluyendo la satisfacción del paciente.- En fecha mas tarde (1.985) el mismo Donabedian

introdujo una nueva dimensión en la definición de resultados al referirse a “ cambios en el estado de salud real o potencial, no sólo de personas o grupos, sino también de la comunidad”.

**LA ESTRUCTURA.-** (Según Donabedian 1.980) Se refiere a las “ características relativamente estables de quienes suministran atención de los medios o herramientas y recursos con que cuentan y el marco físico y organizativo del cual trabajan ....e incluye los recursos humanos, físicos y financieros que se necesitan para suministrar atención médica y comprende el número, distribución, capacidades y experiencia del personal profesional y también el equipo de los hospitales y otras instalaciones”.

El mismo Donabedian amplía el concepto de estructura al afirmar que “el concepto va mas allá de los factores de producción, para incluir los mecanismos por los que se organiza el financiamiento y suministros de servicios de salud, en sentido formal e informal, la presencia de seguros médicos, la forma en que los médicos realizan su trabajo, la práctica individual o en grupos y los mecanismos por los que reciben su pago”.

Según Starfield (1.992) señala que la estructura incluyen: “personal, instalaciones físicas, equipo, organización, sistemas y registro de información, gerencia y administración”.

**LOS PROCESOS.-** Según Donabedian (1.966) y Starfield (1.992) es un conjunto de actividades que ocurren entre profesionales de salud y pacientes, como sería un examen médico y el cumplimiento de normas de práctica satisfactoria.- Los procesos incluyen el reconocimiento de problemas, métodos diagnósticos, diagnóstico, tratamiento y asistencia.

Los estudios que analizan la relación entre estructura, procesos y resultados, tienen como base dos teorías conceptuales:

1. La teoría de los sistemas.
2. La teoría sobre economía de escala.

Los hospitales son sistemas complejos con componentes burocráticos y profesionales.

### 3.19.- LA TEORIA DE LOS SISTEMAS Y LOS PROCESOS DE ATENCION MEDICA

Un sistema es un conjunto de elementos interrelacionados orientados a metas comunes.- Se clasifican: abiertos y cerrados.

**Los sistemas cerrados** no guardan relación con el medio.

**Los sistemas abiertos o biológicos-sociales** intercambian información y recursos con el medio, lo modifican y son modificados por el medio.

Los elementos son la información y fenómenos (datos, leyes, procesos y agentes) que son propios y particulares de un "sistema específico".

La característica particular de los sistemas abiertos, es que los elementos se interrelacionan permanentemente de tal modo que un cambio en cualquier elemento produce cambios en los otros elementos.

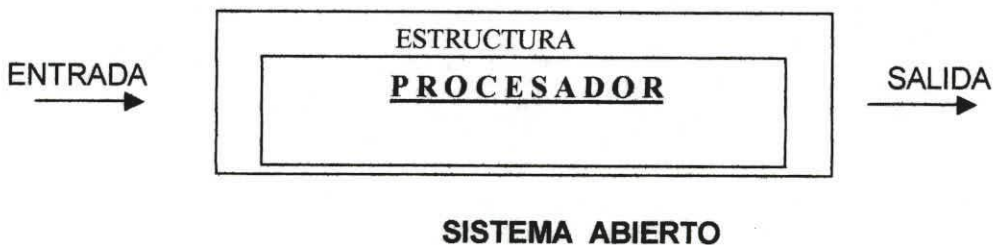
**Las "porciones funcionales" mayores de un sistema son sus "componentes": elementos de entrada, el procesador y elementos de salida.**

**Los "elementos de entrada"** son aquellos que entran para ser transformados.

**"El procesador"** es el mecanismo para transformar los elementos de insumo o entrada en elementos de salida o productos.

**Los "elementos de salida"** son los elementos que genera el sistema y comprende las finalidades para el cual funciona.

"Los elementos del sistema comprende una estructura de comunicación de distribución de procesos y métodos, personal que utiliza ambos e instalaciones apropiadas, equipos y otros materiales". (Shaeffer.1.996)



Cualquier estudio de sistemas abiertos necesita identificar no solamente el procesador del sistema, sus elementos e interrelaciones, sino también su relación con el entorno, es decir elementos de entrada y salida.

Adaptando todo este marco conceptual a todas las unidades que conforman nuestra estructura de salud, es decir, hospitales y áreas de salud constituídas por centros de salud-hospital, centros de salud y subcentros de salud, diríamos que es un conjunto de elementos interrelacionados (recursos humanos, tecnología, información) que están orientados a metas comunes: mejorar el macroambiente, el microambiente, la salud y satisfacción de los habitantes de la comunidad así como otras actividades afines a la salud como instrucción, educación, investigación.

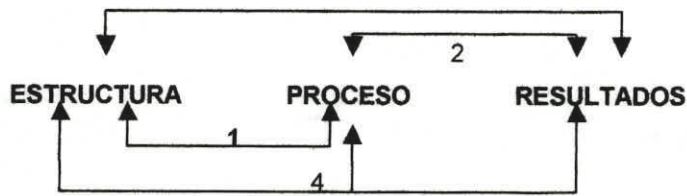
El elemento más importante de entrada y salida del sistema hospitalario y áreas de salud es la población que solicita y recibe atención.

El enfoque de analizar la estructura, los procesos y los resultados como un método para evaluar la calidad de atención guarda una estrecha relación con la teoría de sistemas.

La estructura del sistema o el procesador del sistema (conjunto de elementos y relaciones) se relaciona con la población (elemento de entrada al sistema) y producen los procesos de atención (interrelaciones entre los elementos del sistema y la población) lo cual se orienta hacia un cambio particular en el estado de salud del individuo o de su comunidad, es decir los resultados o elementos de salida del sistema.



Se conocen muchos enfoques para estudiar las relaciones entre estructura, procesos y resultados que pueden estudiarse por si mismo o en sus posibles interrelaciones:



1. Relación entre estructura y proceso.
2. Relación entre proceso y resultados.
3. Relación entre estructura y resultados.
4. Relación entre estructura, proceso y resultados.

### 1.- RELACION ENTRE ESTRUCTURA Y PROCESO.-

Se orienta a conocer la forma en que la estructura influye en el proceso de atención médica.

Señala las características de estructura como: Volumen del hospital, centros y subcentros de salud, número y tipo de recursos humanos y su preparación, número y tipo de instalaciones médicas, niveles de tecnología, organización diferente y financiamiento, influyen en el proceso de la atención, medida por indicadores como número de egresos hospitalarios, número de pacientes atendidos, número y tipo de pruebas complementarias de laboratorio o estudios de imagenología, costo por día de permanencia hospitalaria del paciente, costo por prueba de laboratorio o de imagen .

Las variables identificadas como de tipo estructural fueron: tamaño del hospital, tamaño de los centros y subcentros de salud, características administrativas y de organización, las de personal, relaciones con la enseñanza y la afiliación a una escuela de medicina.

Las variables de los procesos hospitalarios fueron: costo de la atención, promedio de días de estancia, promedio de horas de espera, promedio de días de entrega de resultados y evaluación de procesos definidos como calidad de la asistencia.

## **2.- RELACION ENTRE PROCESO Y RESULTADOS .-**

Compara los indicadores de los procesos de atención como el número de visitas al médico, número de egresos hospitalarios, número y tipos de pruebas de laboratorio, número y tipos de pruebas de imagenología, costos hospitalarios, con los indicadores de resultados: tasas de mortalidad, tasa de morbilidad, satisfacción del paciente.

En esta categoría se analizan las variables de proceso principales identificadas (costo de la atención, intensidad y duración de los servicios médicos).

## **3.- RELACION ENTRE ESTRUCTURA Y RESULTADOS .-**

Analiza indicadores de estructura como el volumen del hospital, centro y subcentro de salud, tipo y número de recursos humanos, tecnología, organización y funcionamiento y su relación con indicadores de resultados como son: tasa de morbilidad, tasa de mortalidad o nivel satisfacción del paciente.

Las variables estructurales fueron: afiliación a una escuela de medicina y situación del hospital respecto a enseñanza; tamaño del hospital medido por volumen de pacientes y número de camas; número de personal hospitalario, niveles de coordinación y organización del personal médico.

Las variables de resultados casi todas fueron las tasas de mortalidad.

## **4.- RELACION ENTRE ESTRUCTURA PROCESO Y RESULTADOS.-**

Analiza la relación de las características estructurales y de procesos con los resultados de la atención.- Se comparan los indicadores estructurales y de procesos: número de médicos (estructura) y número de contacto con ellos (procesos) con indicadores de resultados como: tasa de mortalidad, tasa de morbilidad, niveles de satisfacción del cliente (paciente).

La revisión de la literatura descrita anteriormente indican que han estudiado extensamente las relaciones entre las características hospitalarias de estructuras, de procesos y su influencia en los resultados de la atención.

Algunos estudios son útiles para orientar las decisiones de políticas; otros estudios son importantes para la formulación de nuevas interrogantes para la investigación y conocer en mejor forma cómo actúan dichas características en

la atención médica..- Otros estudios tienen muchas limitaciones en el diseño de las investigaciones y definición de variables. Ejemplo: índice o medidas de resultados empleando un solo diagnóstico como actividad hospitalaria total o análisis de resultados solamente con cifras de mortalidad.

Otros estudios de estructura y procesos, las variables son demasiado globales. Por ejemplo: análisis de costo de la atención (procesos) tomando en consideración únicamente el tamaño (número de camas), sin incluir otras variables estructurales como complejidad de los servicios.

Otros estudios resultan contradictorios teniendo como ejemplo el hecho de que por ser un hospital universitario no puede aceptarse con indicador de calidad.

### **3.20.- CONCLUSIONES SOBRE LAS RELACIONES ENTRE ESTRUCTURA PROCESO Y RESULTADOS.-**

Las investigaciones efectuadas aportan pocas conclusiones definitivas. Sin embargo estimulan para la formación de nuevas interrogantes a pesar de las grandes dificultades metodológicas que surgen del gran número de variables que es necesario incluir en el diseño de la investigación. Un enfoque para abordar estos problemas sería ubicarse en unas pocas características estructurales importantes y en el tratamiento de problemas de salud, en donde se conoce la eficacia del tratamiento médico y se pueden analizar indicadores válidos de resultados para la enfermedad que se trata.- De esta manera se analizaría la influencia que tienen las características estructurales en los resultados.

Otro enfoque es el dirigido a los procesos de atención relacionados con enfermedades específicas y comparar con indicadores de resultados.- Tanto las enfermedades en estudio como los indicadores de resultados deben escogerse para facilitar el análisis de la evolución de cada trastorno.- Así podrán definirse indicadores de resultados con mayor sensibilidad y especificidad que las tasas de letalidad.

### **3.21.- HIPOTESIS**

#### **A .- HIPÓTESIS OPERACIONALES.-**

- Si las dos Areas de salud pertenecen al Ministerio de Salud Pública y aplican los mismos programas sanitarios, deben tener igual o similar desarrollo.
- Si las dos Areas de salud tienen del Estado y en forma proporcional los recursos económicos, humanos y técnicos, deben tener igual o similar desarrollo.

#### **B.- HIPÓTESIS GENERAL.-**

- Si las Areas de salud N° 1 “ Guasmo Sur “ y N° 9 “Martha de Roldós “ tienen del Estado el apoyo financiero, de recursos humanos y técnico administrativo, además de la dirección programática sanitaria debe tener igual o similar desarrollo y por lo tanto igual o similar resultado en la evaluación de cada Area de salud.

## **4.- AREAS DE SALUD**

### **4.1.- AREA DE SALUD N° 1**

#### **GENERALIDADES.-**

Se encuentra ubicada al sur de la ciudad de Guayaquil, limitada al norte por la ciudadela La Pradera perteneciente al Banco de la Vivienda; al sur por Puerto Marítimo; al este por el estero Cobina , Lagarto y río Guayas y al oeste por la avenida 25 de Julio.

Desde el 1 de enero del año 2000, con la reestructuración de las áreas de salud en la provincia del Guayas se anexó otra área (Guasmo Norte), de tal manera que actualmente tiene 13 subcentros y la Jefatura del Area ejercida



en el Hospital Materno Infantil del Guasmo, de complejidad resolutive en nivel 1 y 2.

Debe mencionarse, que la población asentada en el Guasmo, data desde 1970, proviene desde diferentes provincias del Ecuador y es así que en 1978 la población era de aproximadamente 33.000 habitantes, para inicios de la década de 1980 la población alcanzaba los 200.000 habitantes y continuó su crecimiento hasta que actualmente (año 2000) se calcula en los 400.000 habitantes.

La población económicamente es pobre, con viviendas en su mayoría de construcción mixta (cemento y madera) aunque también predominan las viviendas rústicas de caña.- Las calles principales de entrada se encuentran asfaltadas, por el resto es tierra. El servicio de electrificación alcanza a toda la población.- El servicio de agua potable aún no cubre a todas las viviendas, por lo que la distribución es a base de tanqueros que depositan el agua en tanques familiares a un costo establecido. – No hay servicio de alcantarillado. La red telefónica es a medias.

La población del Guasmo sufrió el embate de la naturaleza representada por el Fenómeno del Niño en 1.982, atrayendo la atención y ayuda internacional . El desarrollo de la atención de salud se inició en 1978, con la creación de 2 subcentros de salud.

En 1987 la atención de salud se amplía con un nuevo modelo de atención denominado **Salud Familiar Integral y Comunitario (SAFIC)**, cuya característica se fundamentaba en la atención primaria de salud con participación comunitaria.- En apoyo al desarrollo al nuevo modelo de atención, adviene otro proyecto financiado por un préstamo del Banco Mundial y que se denomina **Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud (FASBASE)**, que actualmente se encuentra en la fase final de su ejecución.

**En 1988 se inaugura en Hospital Materno Infantil del Guasmo “Dra. Matilde Hidalgo de Procel” .**

De acuerdo a la teoría de los sistemas, la estructura está dado por el hospital que es una buena edificación con estructura de hormigón, de una sola planta con diferentes áreas diseñadas para el efecto: De administración, consulta externa, emergencia, rayos X, laboratorio, cirugía, hospitalización, etc.

Se ofrecen los siguientes servicios:

- Atención permanente de 24 horas
- Atención básica general.
- Consulta especializada en Ginecología, Obstetricia y Pediatría.
- Cirugía gineco-obstétrica.
- Hospitalización materno- infantil.
- Neonatología y cuidados intensivos neonatales.
- Imagenología (radiología- ecografía).
- Laboratorio clínico.
- Odontología.
- Farmacia.

En la estructura se encuentra la organización, administración, recursos humanos, etc.

Tiene el apoyo financiero de:

Ministerio de Salud y Finanzas vía presupuesto regular del Estado.

Proyecto FASBASE financiado por el Banco Mundial (proyecto que se encuentra en la fase final de aplicación).

Autogestión y recuperación de costos en todos los servicios con los respectivos subsidios (exoneraciones) para la población que lo necesita.

Es de reconocer que es el área de salud que mas apoyo ha recibido tanto del Estado , como del proyecto FASBASE que ha dotado de recursos financieros para mejoramiento físico de las unidades operativas (subcentros) y de la misma maternidad, capacitación de recursos humanos, capacitación para el personal técnico administrativo (IADAS), considerándola como **AREA MODELO.**

## ESTADÍSTICA.-

El primer semestre del año 2000 presenta las siguientes estadísticas :

**Población asignada** = **231.494 habitantes**

Población según grupos etáreos:

Menores de 1 año = 4.606

De 1 – 4 años = 20.289

De 5 – 14 años = 48.043

De 15 – 49 años = 130.302

De 50 y mas años = 28.254



**BIBLIOTECA ESPAÑA  
ESPOL**

### Area de Oferta:

Médicos tratantes = 43

Médicos residentes = 16

Odontólogos = 17

Obstetrices = 18

Enfermeras = 47

### Extensión de uso:

Coberturas en menores de 1 año = 76.2 %

Coberturas en embarazadas

Atendidas por médico = 62.4 %

Coberturas en morbilidad = No hay datos

Coberturas en BCG

menores de 1 año = 69.8 %

Coberturas en DPT

menores de 1 años = 60.5 %

Coberturas antisarampionosa

Menores de 1 año = 45.3 %

Coberturas en DOC = 8.7 %

Coberturas en Planificación

Familiar = 3.4 %

**Intensidad de Uso:**

Concentración en morbilidad	= No hay datos
Concentración en menores de 1 año	= 2.7 %
Concentración en embarazadas	= 2.8 %

**Utilización:**

Porcentaje de horas médicas	
Trabajadas en consulta externa	= No hay datos

**Rendimiento:**

Promedio de consultas médicas por horas trabajadas	= No hay datos
--	----------------

**Productividad:**

Promedio de consultas médicas por horas médicas contratadas	= No hay datos
---	----------------

**4.2.- AREA DE SALUD N° 9****GENERALIDADES.-**

Desde el 1º de enero del año 2000, con el plan de reestructuración de las áreas de salud, en la provincia del Guayas, se conforma el AREA DE SALUD N° 9, resultado de la unificación de dos áreas antes denominadas N° 16 "Martha de Roldós" y N° 17 "Juan Montalvo"

Está estructurada por 6 subcentros de salud y un centro de salud "Martha de Roldós" que continúa como Jefatura de Area, localizada en la ciudadela del mismo nombre y asentada en la "Casa Comunal" con ciertas adaptaciones por lo que resulta poco funcional .

La ciudadela fue creada en el gobierno del presidente Jaime Roldós (1.970-1.972) bajo el programa de "vivienda popular", ubicada en la falda este del cerro Mapasingue, que posteriormente fue ocupado por asentamientos populares mediante el sistema de "invasiones."

La otra área anexa (Cooperativa Juan Montalvo) está constituida netamente por asentamientos populares organizados en cooperativas de vivienda y es de mayor superficie territorial.

En líneas generales, podríamos decir, que la población asentada en la ciudadela “Martha de Roldós” está clasificada como de clase económica media baja; mientras que, la población de las invasiones es económicamente pobre. – Así mismo, las viviendas en la ciudadela “Martha de Roldós” son de tipo estructural de cemento armado con calles de hormigón y goza de los servicios básicos de electrificación, agua potable y alcantarillado para aguas servidas y aguas lluvias.

Las viviendas en los asentamientos populares (invasiones) son de todo tipo estructural, predominando las de cemento, pero no gozan de los servicios básicos a más de la electrificación, es decir, no tienen: calles asfaltadas, agua potable ni alcantarillado. La atención de salud en los 6 subcentros es netamente de atención primaria de salud, y se encuentran implementados con los recursos básicos: medicina general, enfermería (vacunación), obstetricia y odontología.

El centro de salud “Martha de Roldós”, sede de la Jefatura de Area, se encuentra implementado con los siguientes servicios de salud:

- Atención básica general.
- Sala para partos normales.
- Hospitalización para maternidad (5 camas).
- Laboratorio Clínico básico.
- Consulta externa especializada en Ginecología, Obstetricia, Pediatría y Medicina General.
- Odontología.
- Servicios de apoyo en Psicología, Nutrición y Trabajo Social.
- Farmacia.

Además se desenvuelve con una elemental estructura organizacional, administrativa y financiera.

Las fuentes de financiamiento:

a.- Presupuesto regular del estado.

b.- Autogestión y recuperación de costos, en consulta externa, laboratorio, odontología y farmacia con las debidas rebajas en las tarifas establecidas.

La Jefatura de Area vende servicios de atención médica y laboratorio a las empresas ubicadas en su jurisdicción territorial previa la obtención del certificado de salud para los trabajadores, constituyendo un renglón económico importante en sus ingresos.

Las exoneraciones para las personas de escasos recursos es bien controlada a través del servicio de trabajo social, debido a que el presupuesto es ajustado, de lo contrario, se tendría que cerrar los servicios de apoyo : laboratorio y farmacia.

Además la Maternidad gratuita funciona con fondos especiales del Estado (fondo de solidaridad) y es de mucho apoyo a las parturientas, en especial para las de escasos recursos económicos.

#### **ESTADÍSTICA.-**

Actualmente el área de salud N° 9 cuenta con una población asignada de 151.969 habitantes, en el año 2000.

Los grupos etáreos se conforman así:

Menores de 1 año = 3.063

De 1 - 4 años = 11.494

De 5 - 14 años = 31.954

De 15 - 49 años = 86.665

De 50 y mas años = 18.793

#### **El área de oferta es :**

Médicos = 18

Odontólogos = 7

Obstetricas = 8

Enfermeras = 7

El primer semestre del año 2000 presenta los siguientes años estadísticos de acuerdo al monitoreo:

### **Coberturas**

Menores de 1 año	=	71.7%
Embarazadas	=	152.6%
Morbilidad	=	62.2%

### **Vacunación**

Cobertura de BCG en menores de 1 año	=	347.3 %
Cobertura en DPT en menores de 1 año	=	327.8 %
Cobertura antisarampionosa en menores de 1 año	=	194.3 %
Cobertura en DOC	=	38.2 %

### **Intensidad de Uso**

Concentración en morbilidad	=	7.4 %
Concentración en menores de 1 año	=	21 %
Concentración en embarazadas	=	16 %

### **Utilización**

Porcentaje horas médico trabajadas en consulta externa	=	263.84 %
--	---	----------

### **Rendimiento**

Promedio de consultas médicas por horas trabajadas	=	29.39 %
--	---	---------

### **Productividad**

Promedio de consultas médicas por horas médico contratadas	=	8.39 %
--	---	--------

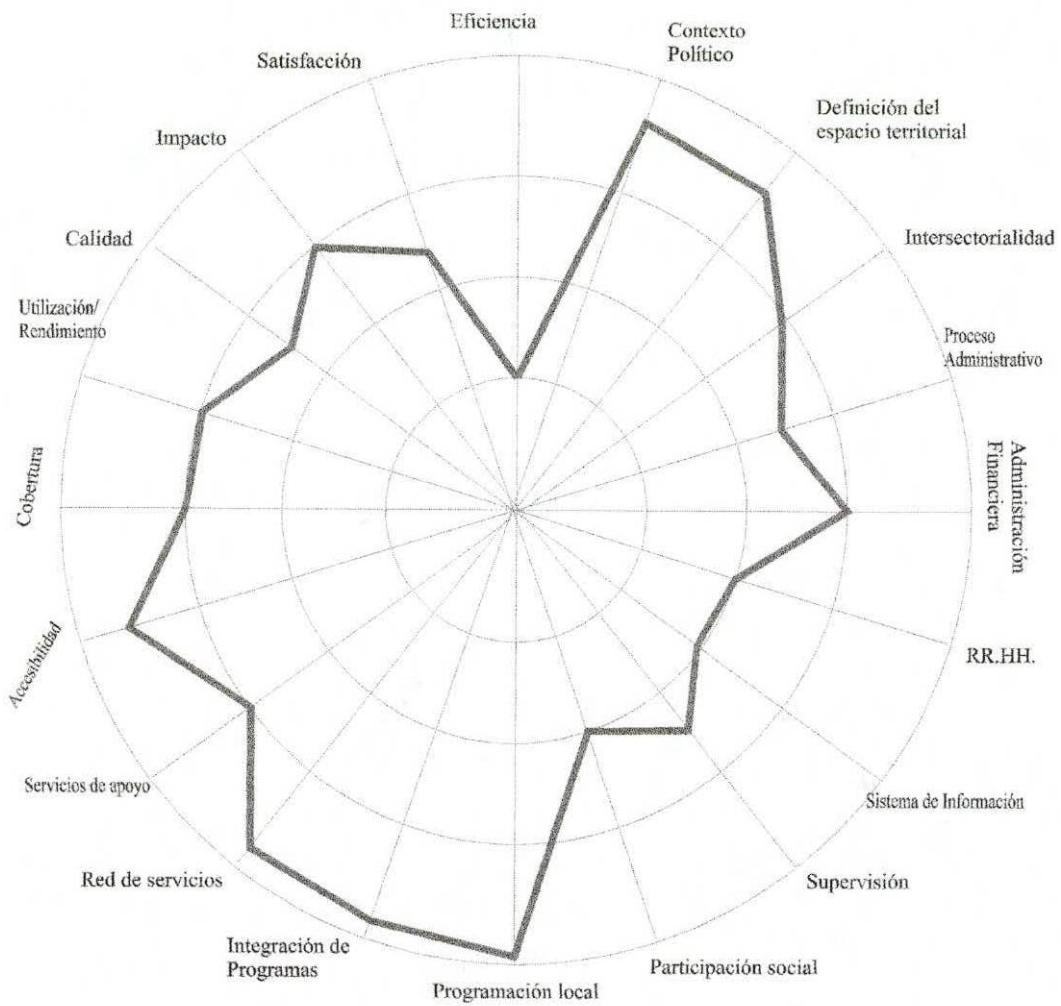
## 5. RESULTADOS

Calificados los ochenta y cuatro aspectos contenidos en las veinte variables, se obtuvo el promedio y con estos datos se elaboró el diagrama radial que los presento independientemente y luego en montaje para efectos comparativos en cada vector nominado.

VARIABLES	Area N° 1	Area N° 9
Contexto político.	.84	.90
Definición del espacio territorial.	.87	.80
Intersectorialidad.	.70	.40
Procesos administrativos.	.65	.50
Administración financiera.	.74	.60
Desarrollo de recursos humanos.	.48	.60
Sistema de Información.	.42	.60
Supervisión.	.63	.20
Participación social.	.54	.07
Programación local.	1.	.84
Integración de los programas.	.90	.33
Red de servicios.	.90	.30
Servicios de apoyo.	.74	.30
Accesibilidad.	.86	1.
Cobertura.	.70	.70
Utilización/ productividad/ rendimiento.	.70	.90
Calidad.	.65	.50
Impacto.	.73	.70
Satisfacción.	.60	.60
Eficiencia.	.20	.08

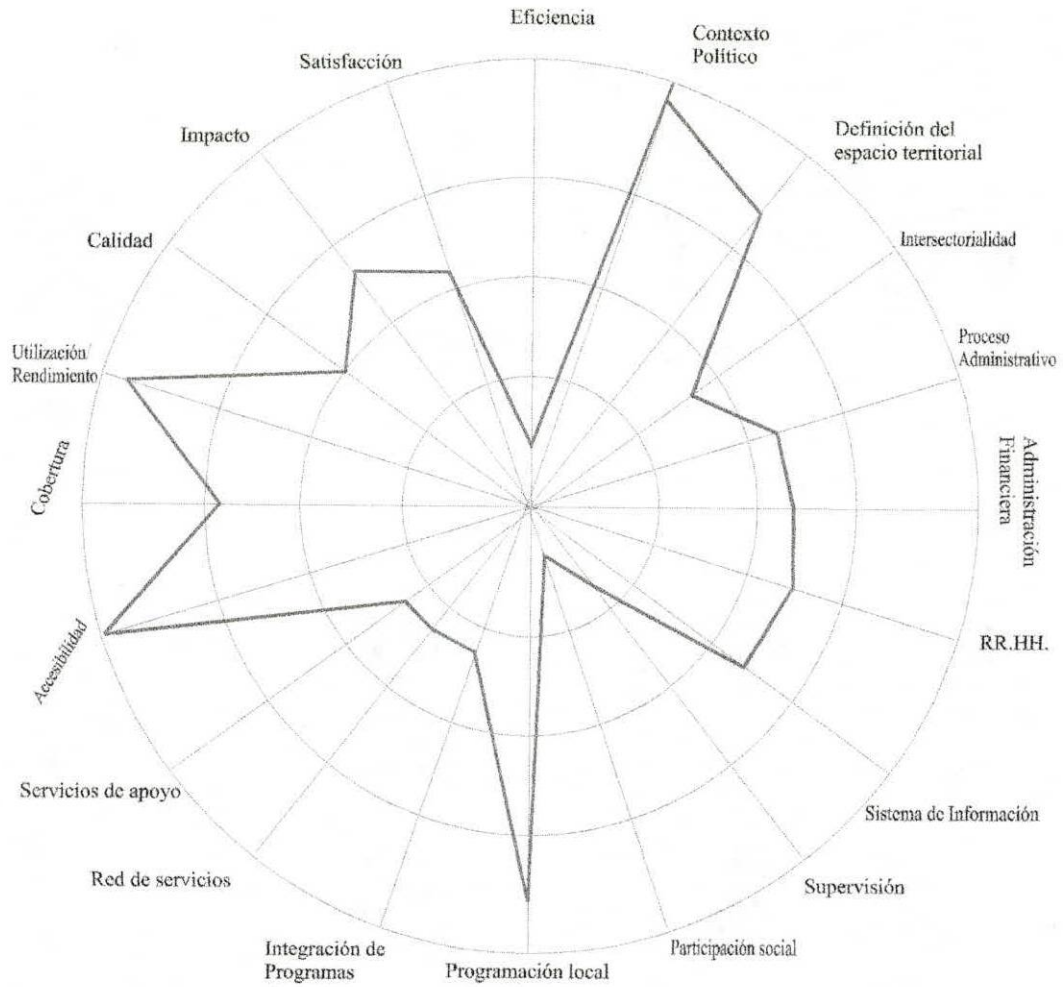


## 5.1.- REPRESENTACIÓN GRAFICA DEL GRADO DE DESARROLLO AREA DE SALUD N ° 1.- GUAYAQUIL



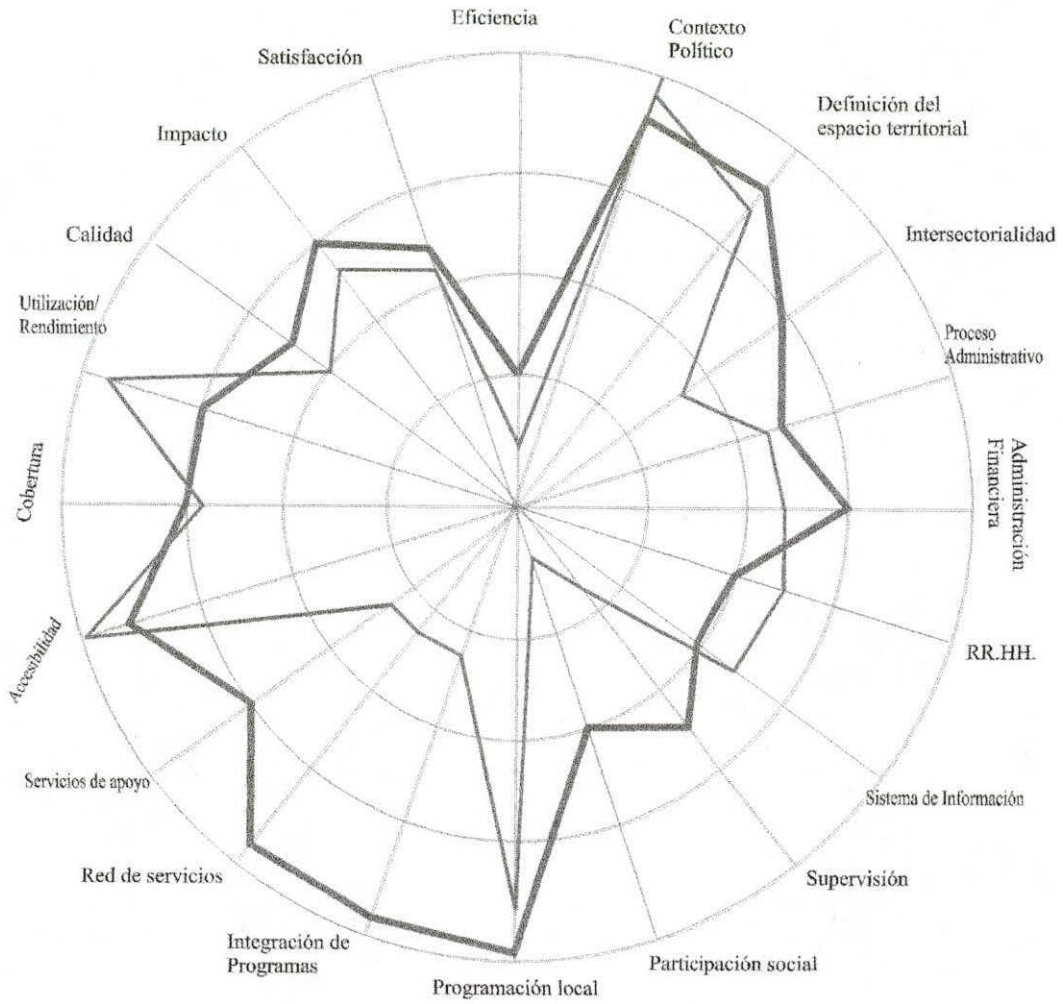
**GUASMO SUR**

## 5.2.- REPRESENTACIÓN GRAFICA DEL GRADO DE DESARROLLO AREA DE SALUD N° 9.- GUAYAQUIL



MARTHA DE ROLDOS

### 5.3.- MONTAJE COMPARATIVO DESARROLLO DE LAS AREAS GUASMO SUR Y MARTHA DE ROLDOS



Guasmo Sur **—————**

Martha de Roldós **—————**

## **6.- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

### **CONTEXTO POLITICO**

En las dos áreas evaluadas consideran que existe la base legal de la descentralización y desconcentración y así imparte disposiciones el Ministerio de Salud Pública, trasladando la responsabilidad y autonomía de funciones a las áreas de salud; sin embargo esto se cumple a medias, considerando que Autoridades de nivel provincial no comprenden que sus funciones está limitado a actividades de control, apoyo y evaluación técnica- administrativa y mas bien continúan ejerciendo actividades imperativas en las áreas de salud. Con estos antecedentes, en el contexto político el desarrollo no alcanza el 100 %.

### **DEFINICIÓN DEL ESPACIO TERRITORIAL**

En los dos áreas conocen su espacio territorial, la población asignada, la responsabilidad que tiene el área para servir en salud a la población; sin embargo, mientras en el área de salud N° 1 existen croquis, mapas parlantes en cada departamento del Hospital y en cada unidad operativa, en el área de salud N°9 no existen o muy limitados estos instrumentos básicos de gestión. En el área del Guasmo Sur, analizaron que su responsabilidad en el sector salud para la población asignada es muy sectorizada (madre-niño) y con capacidad resolutive solamente para ese sector. Estos son los factores para no alcanzar el 100 %.

### **INTERSECTORIALIDAD**

En el área del Guasmo Sur está bastante desarrollado la actividad participativa coordinada con los diferentes subsectores locales (Seguro social, ONG's, privados); pero no hay flujo de pacientes entre ellos, no hay convenios formales y muy limitada la atención del medio ambiente como actividad participativa intersectorial.

En el área de salud N° 9, la actividad es muy restringida a educación y cierta guardería (INNFA).

## **PROCESOS ADMINISTRATIVOS**

El área de salud N° 1 tiene los manuales técnicos y manuales administrativos, de tal manera que los empleados saben cuáles son sus funciones y sus límites de acción así como también hay estabilidad laboral.

La gestión del recurso humano es limitado y se quejan por los salarios para ciertos sectores laborales.- Están conscientes que la automatización es muy limitado, por no decir, no existe.

En el área de salud N° 9, manifiestan que poseen manuales administrativos y técnicos que orientan las funciones de sus empleados.- Sin embargo, de aparentemente estar descentralizados y desconcentrados, no se pueden realizar contrataciones de personal, éstos son impuestos desde la administración provincial.- Por la crisis económica que soporta la población ecuatoriana y debido al bajo salario, se han producido algunas renuncias de empleados, por su viaje al exterior en busca de mejores horizontes.

Consideran que los salarios son bajos para el momento de crisis, sin embargo, no hay mas remedio que aceptarlos.

El proceso administrativo y financiero se encuentra automatizado, faltando automatizar toda la parte técnica de los diferentes servicios de salud.

## **ADMINISTRACIÓN FINANCIERA**

Mientras en el área de salud N° 1 reconocen que tienen presupuesto propio y que en su elaboración participan miembros de las unidades operativas, por lo tanto conocen los mecanismos .- Presupuesto para saneamiento del medio ambiente no existe y lo que se hace es financiar ciertas actividades sanitarias de parte de la Jefatura del área.- El presupuesto es muy definido en sus partidas y las asignaciones mensuales de parte de finanzas no alcanzan a cubrir determinadas necesidades y allí es donde los fondos extrapresupuestarios cubren las necesidades con prontitud, claro, sujeto a los mismos manejos legales que el presupuesto general.

El área de salud N° 9, a pesar que tiene presupuesto propio, elaborado con participación de miembros de las unidades operativas y que tiene gran apoyo

a sus necesidades en los fondos extrapresupuestarios productos de la recuperación de costos y autogestión; no obstante, los miembros de las unidades operativas no conocen el manejo presupuestario y no existe actividad relacionada a saneamiento ambiental por que no hay presupuesto asignado.

De lo que se conoce el presupuesto general de cada área de salud, el 85 % corresponde a gastos corrientes y el 15 % destinado para actividades operativas como compra de insumos.

### **RECURSOS HUMANOS**

En este aspecto las dos áreas coinciden en su poco desarrollo a excepción de la formación del recurso humano, donde el área de salud N° 1 ha apoyado económicamente a 3 empleados para que realicen pasantías en Bogotá (Colombia) por 2 semanas.- Además, todos los empleados, han recibido capacitación permanente durante un período determinado por las IADAS.- Han recibido capacitación a nivel superior en la ESPAE (diplomado).

En el área de salud N 9 solamente la Ginecóloga ha recibido capacitación a nivel de postgrado en gerencia en servicios de salud.

En las dos áreas no existe o a medias, programación de capacitación permanente y el personal se encuentra desmotivado por los salarios y ha aumentado la deserción.

### **SISTEMA DE INFORMACION**

En las dos áreas de salud coinciden en señalar la relación del de información existente entre las áreas y el nivel provincial y por el resto no existe sistema de información propia, no se analiza la información existente peor utilizarla en el monitoreo de actividades

### **SUPERVISIÓN**

En el área de salud N° 1 existe la supervisión programada y cuando las hay el personal las acepta con agrado y resultan eventuales por diversas circunstancias.- En cambio, en el área de salud N° 9 no existe guía de

supervisión, programación, no hay recursos de movilización, por lo cual esta actividad es casi nula. Ocasionalmente lo que existe son “ visitas “para cruzar información, entrega de insumos, etc.

### **PARTICIPACIÓN SOCIAL**

En el área de Guasmo Sur, esta actividad aunque fortalecida a nivel interinstitucional por iniciativa de la Jefatura del área, observo una debilitada participación comunitaria.

En el área de salud de la “Martha de Roldós”, la participación comunitaria es muy poco o no existe y uno de los motivos principales es el ajustado recurso humano quien cumple sus funciones a cabalidad sin dar oportunidad a otras actividades extramurales.

### **PROGRAMACIÓN LOCAL**

En el área de salud N° 1 constituye una fortaleza y es el resultado de la capacitación del personal y en especial al que realiza funciones gerenciales.

En el área de salud N° 9, ésta actividad se encuentra en proceso de cumplir ciertas obligaciones como son los instrumentos de identificación / croquis, mapas parlantes y otros.

### **INTEGRACIÓN DE PROGRAMAS**

Actividades de visitas domiciliarias y la horizontalización de programas (desechando la verticalidad) utilizando los recursos presupuestarios son decisiones de la Jefatura del área de salud N° 1.

En cambio en el área de salud N° 9 es muy pobre la actividad de visitas domiciliarias. Hay ciertos programas que sin recursos presupuestarios y mas con iniciativa y esfuerzo propio se está cumpliendo. Ej. La rehidratación oral.

### **SERVICIOS DE APOYO**

En el área de salud N° 1, a pesar, de poseer cierta tecnología como rayos X, ecosonografía, laboratorio, emergencia 24 horas con cirugía gineco-obstétrica, no alcanza a cubrir la demanda.- Actualmente se está

implementando un programa de mantenimiento del equipo hospitalario ( esto es el resultado de la pasantía por Colombia del Jefe de mantenimiento).

En el área de salud N° 9 a pesar de brindar emergencia las 24 horas, la capacidad resolutive solamente está dirigida a partos eutócicos, por el resto sólo brinda atención de primeros auxilios.-El laboratorio no cubre la demanda por lo que el usuario siempre está insatisfecho.

### **ACCESIBILIDAD**

En las dos áreas es una variable reconfortante.- De acuerdo, a la recolección de datos de los usuarios, en las dos áreas, el mayor porcentaje de los usuarios ( 80 % ) no tienen barreras de accesibilidad para llegar al centro de salud o por el costo del servicio ( observar datos en los cuadros ).

### **COBERTURA**

Coincidentalmente, las dos áreas han analizado y evaluado con las mismas cifras cada parámetro; conocen la cobertura de cada unidad operativa, conocen el porcentaje de menores de 1 año que necesitan vacunación, pero no registran nuevas o menos familias asignadas al área debido a que hay una población flotante numerosa incrementada por la crisis socioeconómica que vive el país ( 1.999- 2.000).- En vacunación, el área 9, siempre ha mantenido altas coberturas, superando lo programado; es una actividad que recibe mucho apoyo de voluntarias formadas en el centro de salud.

### **UTILIZACIÓN / PRODUCTIVIDAD / RENDIMIENTO**

Considerando que mientras aumenta la complejidad de un hospital, para el cliente externo es mas difícil conocer los servicios que brinda y esto es lo que sucede en el área de salud N° 1.- Por el resto hay aceptable nivel productividad y rendimiento.

En el área de salud N° 9, la menor complejidad y la menor estructura física, hace que la utilización, productividad y rendimiento tengan mayor valor que el área 1.



## **CALIDAD**

Es la variable a la que menos importancia le han dado en las dos áreas de salud, notándose mayor preocupación en el área N° 1 en lo que se refiere al porcentaje de cesáreas en relación a partos normales.- Otro problema percibido es, el tiempo de espera en consulta externa y que siempre será un problema, debido a que la atención se realiza de acuerdo a los turnos de llegada a lo que se suma la atención a citas programadas, quedando ocasionalmente usuarios sin la atención solicitada, produciendo insatisfacción y queja del usuario.- A esto, se suma las ocasiones de ausencia del profesional o empleado ( falta ), produciendo pérdida en la calidad de la atención.

## **IMPACTO**

Considerando que es una variable que con varios parámetros alcanzarán sus metas a largo plazo y para ello se necesitan: tiempo, dinero, recursos humanos con actividad permanente, capacitación permanente dedicado a la educación de la población.- Las dos áreas tienen similar desarrollo.

Es un logro conocer que mas del 50 % de la población, sabe qué hacer con un paciente con diarrea; qué hacer con el agua de bebida; qué hacer para mantener la dentadura sana.- Esto es trabajo educativo en las unidades de salud.- Falta por educar a la población, en actividades de saneamiento ambiental: eliminación de excretas, de basura, etc.

## **SATISFACCIÓN**

Esta variable considero que es muy subjetiva y que percibida de parte de los que brindan salud, el desarrollo es similar.- Sin embargo, acudiendo a los datos de los usuarios, éstos manifiestan que las unidades de salud, satisfacen en gran parte sus necesidades sanitarias y por lo tanto, las defienden.

## EFICIENCIA

Las dos áreas coinciden en que si no se tiene conocimiento de los costos, no se puede tener el control y eficiencia de los servicios.- De todas maneras se procura ser eficientes con lo que se tiene y utilizarlo al máximo, pues las circunstancias económicas del país no permiten ser ineficientes.

### 6.1.- ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA DE PARTE DE LOS USUARIOS

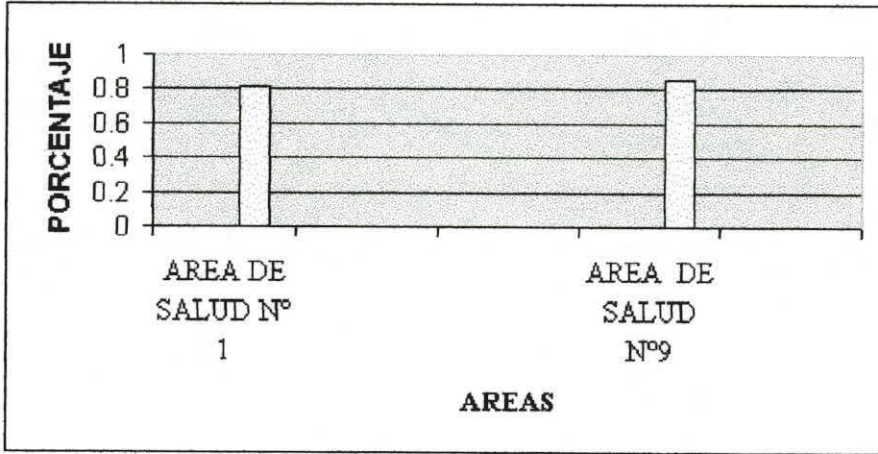
Estableceré el mayor porcentaje para cada parámetro.

	AREA DE SALUD N° 1	AREA DE SALUD N° 9
De dónde vienen los usuarios?	El mayor porcentaje es dentro del área y del cantón. <b>81 %</b>	El mayor porcentaje es dentro del área y del cantón. <b>86.4 %</b>
Quiénes son los pacientes?	El mayor porcentaje se encuentra en mujeres en edad fértil y embarazadas. <b>61.9 %</b>	El mayor porcentaje se encuentra en niños y mujeres en edad fértil. <b>61.1 %</b>
Por qué recurren al hospital?	El mayor porcentaje se encuentra en la confianza y gratuidad de la atención. <b>66.7 %</b>	El mayor porcentaje se encuentra en la confianza y gratuidad de la atención. <b>77.2 %</b>

### DE DONDE VIENEN LOS USUARIOS?

AREA DE SALUD N° 1  
El mayor porcentaje es  
dentro del área y del  
cantón.  
81%

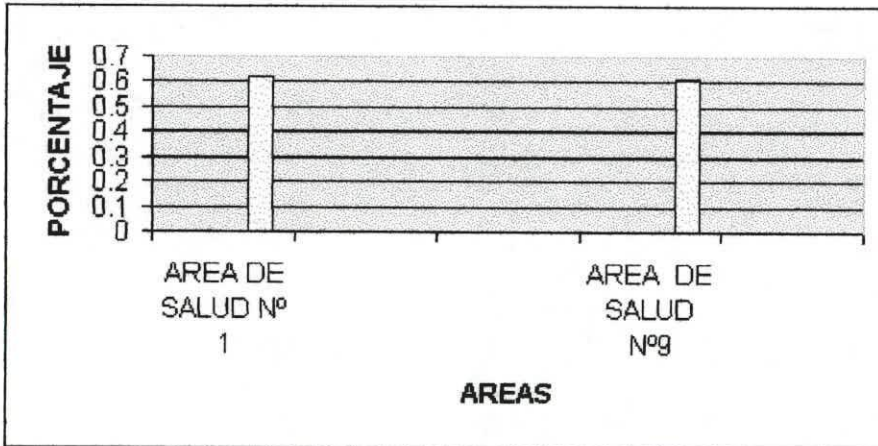
AREA DE SALUD N°9  
El mayor porcentaje es  
dentro del área y del  
cantón.  
86.4%



### QUIENES SON LOS PACIENTES?

AREA DE SALUD N° 1  
El mayor porcentaje se  
encuentra en mujeres en  
edad fértil y embarazadas  
61.9%

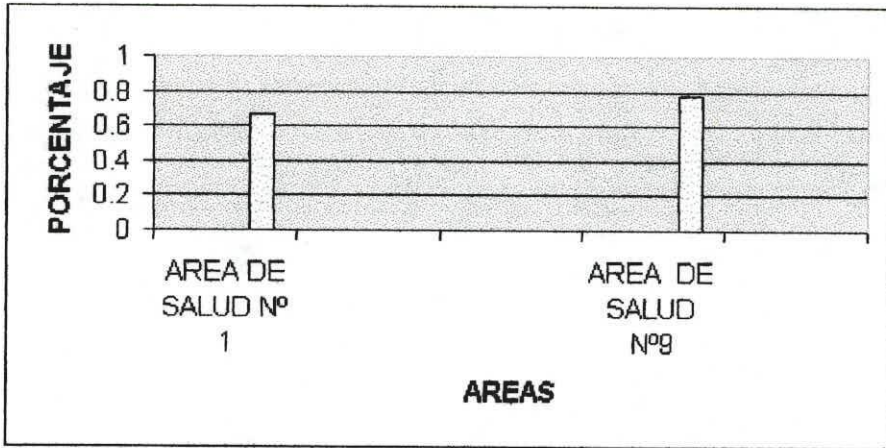
AREA DE SALUD N°9  
El mayor porcentaje se  
encuentra en niños  
y mujeres en edad fértil  
61.1%



### POR QUE RECURREN AL HOSPITAL?

AREA DE SALUD Nº 1  
El mayor porcentaje se encuentra en la confianza y gratuidad de la atención  
66.7%

AREA DE SALUD Nº9  
El mayor porcentaje se encuentra en la confianza y gratuidad de la atención  
77.2%



## **7.- CONCLUSIONES**

**7.1.-** El desarrollo de las dos áreas de Salud, en el contexto político y organización administrativa (variables 1-7), en promedio no alcanzan el 70% de desarrollo (Área 1=67% y Área 9 63%).

**7.2.-** El escaso desarrollo, se debe a falta de disposiciones legales y administrativas suficientemente claras de descentralización y desconcentración a fin de permitir dotar de mayor autonomía de decisión en el equipo gerencial de cada Área de Salud.

**7.3.-** El sistema de información es muy vertical, es decir, obediente a las disposiciones de niveles superiores y mientras se cumpla este fin, como que el trabajo está cumplido y no hay otra posibilidad de manejo de la información. Las dos áreas se encuentran en el mismo nivel de desarrollo en el sistema de información, a pesar de existir diferencias abismales en recursos humanos y estructura entre la una y la otra, pero se debe a la consideración anterior.- Además, en las dos áreas no hay análisis de la información a nivel gerencial y de todo el equipo de Salud.

**7.4.-** El coordinador del área tiene a cargo varias responsabilidades, pero sobre todo la supervisión, la organización de la participación social, el diseño organizacional y control de la programación local, el control y supervisión de la integración de programas.- En el área 1, el departamento de coordinación del área está muy bien estructurado; mientras que en el área 9 casi no existe. Los resultados son evidentes.

**7.5.-** En la organización de la atención (variable 10 a 20) observamos el mayor desarrollo en el área de Salud N° 1; mientras que en el área de Salud N° 9 el desarrollo es preponderante en dos variables: accesibilidad y utilización / productividad y rendimiento.

Esto se debe a la mejor estructura del área 1: Recursos Humanos, mejor tecnología en auxiliares de diagnóstico, mayor cantidad de servicios de salud, mejor organización administrativa y financiera.

**7.6.-** Llama la atención que en las dos áreas, la variable eficiencia, el porcentaje de desarrollo es bajo (máximo 20%). Esto es, debido a que no hay análisis de costos.

## **8.- RECOMENDACIONES**

**8.1.-** Es hora que la asignación en el apoyo técnico-administrativo desde el nivel central sea equitativo hacia las demás áreas de las provincias, es injusto, que solo sea dirigido a dos o tres áreas (entiéndase como apoyo técnico-administrativo).

**8.2.-** Debe realizarse una evaluación de resultados en las demás áreas de la provincia, que serviría como diagnóstico situacional para emprender nuevas acciones con planificación estratégica en las variables de poco o ningún desarrollo.- He aquí un trabajo permanente para el equipo de apoyo a la red de servicios de la Dirección Provincial de Salud.

**8.3.-** Fortalecer al sistema de información a nivel de áreas con dos elementos principales 1) Recursos humanos capacitado con habilidad de interpretación y análisis 2) La informática.-

Implementada así podrán generar información con flujo hacia el nivel central e intersectorial local.- Es necesario, que el equipo gerencial analice la información que es la brújula de conducción del área.

**8.4.-** Implementar en las Jefaturas de Áreas, equipos tecnológicos básicos de apoyo diagnóstico como son: laboratorio, ecosonografía, rayos X y electrocardiografía.

Es una necesidad sentida en la población que, concurre a los hospitales o centros de salud y la oferta de estos servicios existentes y no existentes produce insatisfacción y resignación, porque no cubre la demanda con la consecuente pérdida de la calidad.

**8.5.-** El coordinador del Área debe necesariamente tener mayores herramientas administrativas acompañado de un sistema informático en red dentro de la Institución.- Además, su labor extramural es extraordinaria en la búsqueda de integración intersectorial y sobre todo en la participación comunitaria.

Estas labores, necesitan tiempo y horas adecuadas, que están fuera del horario de trabajo, por lo que la Jefatura del Área, debe incentivar económicamente al equipo que realiza estas tareas con el rubro de "pago por horas extras".

**8.6.-** El equipo que Gerencia el Área de Salud debe tener conciencia que se puede conseguir resultados a menor costo, para esto es necesario que en unos casos los trámites financieros sean transparentes en la adquisición de bienes e insumos, y en otros casos es indispensable conocer costos. Ej. Cuando al área llegan "entregas" desde el nivel central o donaciones de ONG's.

## 9.- BIBLIOGRAFÍA

1. Archivo Personal.- Publicaciones sobre atención primaria de salud; descentralización y desconcentración; áreas de salud y acreditación; desconcentración presupuestaria.- Ecuador.-MSP-FASBASE.1994-1996.
2. Arellano, Rolando.-Marketing: Enfoque América latina.- México McGraw-Hill. Interamericana Editores.2000
3. Brindis Claire; Laski Laura. Evaluación de programas de salud.- México. Editorial McGraw - Hill Interamericana. 1997
4. Boletín de la OPS.- La autoevaluación de un sistema local de salud.- OPS. Volumen 109 N° 5-6.1990
5. Canales, Francisca.- Metodología de la investigación.- Manual para el desarrollo del personal de salud.- México.D.F.-Editorial Limusa 1986.
6. Lavandez, Mantilla, Fernando.- Las organizaciones no gubernamentales y los sistemas locales de salud.- Boletín de la OPS. Volumen 109, N° 5-6. 1990.
7. Ministerio de Salud Pública del Ecuador.- Manual de organización de las áreas de salud.- Quito-Ecuador. 1994.
8. Ministerio de Salud Pública del Ecuador.- Reunión internacional de evaluación del desarrollo de los sistemas locales de salud en el Ecuador. Informe final.- Quito. 1992.
9. Niremberg, Olga; Perrone, Néstor. Organización y gestión participativa en los sistemas locales de salud. Boletín de la OPS. Volumen 109. N° 5-6. 1990.
10. Opit, Louis. Mesa redonda: ¿Cómo se debe generar y utilizar la información sobre asistencia sanitaria?.Organización Mundial de la Salud. Volumen 8. N° 4. 1987.
11. Paganini, José María y Chorny, Adolfo.- Los sistemas locales de salud: desafíos para la década de los 90.- Boletín de la OPS. Volumen 109. N° 5-6. 1990.



12. Paganini, José María.- Calidad y eficiencia de la atención hospitalaria. La relación entre estructura, proceso y resultados.- OPS. Serie HSS/SILOS-30. 1990.
13. Palma, Eduardo ; Rufián, Dolores.- La desconcentración administrativa.-Boletín de la OPS. Volumen 109. N° 5-6. 1990.
14. Rodríguez C., Néstor.- Evaluación de los sistemas locales de salud.- OPS. Editores: Paganini – Capote. Publicación Científica.- N° 519.- 1990.
15. Rosemberg, Hernán.- Métodos de evaluación previa de proyectos de cooperación técnica.- OPS. temas de actualidad. Boletín 120 (3). 1996.
16. Sacoto – Fernando.- Terán, Carlos; Andrade, Fausto.- La atención de salud en el Ecuador.- Contribución para el debate.- Quito – Ecuador. Namur Editores. 1992.

# **ANEXOS**

# ANEXO N° 1

## MATRIZ DE EVALUACION

### CALIFICACIÓN:

1 = 0,00 hasta 0.25

2 = 0.26 hasta 0.50

3 = 0.51 hasta 0.75

4 = 0.76 hasta 1

### Identificación del área:

Fecha:

AREA DE ANALISIS	GRADO DE DESARROLLO			
	1	2	3	4

1.- CONTEXTO POLÍTICO				
1.-Existe una decisión política de alto nivel de desarrollo de Las áreas de salud.				
2.-Existen bases legales que apoyan la descentralización y Desconcentración.				
3.-Forman las áreas de salud parte de un proceso global de Descentralización del estado.				
4.Existe un plan nacional de salud que involucre a las áreas (definición de políticas, normas, etc.)				
5.-Existe financiamiento desde el nivel central para el desarrollo de las áreas de salud.				

## 2.-DEFINICIÓN DEL ESPACIO TERRITORIAL

6.-Existe definición territorial del área de salud (área geográfica delimitada, croquis, etc.				
7.-Se conoce la población total del área y sus características demográficas.				
8.-Existe definición de responsabilidad de la población asignada al Area de salud.				

## 3.- INTERSECTORIALIDAD

9.-En el Area de salud existe participación coordinada de la seguridad social, ONG's, subsector privados y otros.				
<del>10.-La responsabilidad de la atención del medio ambiente</del> es compartida por todos los subsectores que participan en el Area de salud.				
11.-Existe flujo de pacientes entre los subsectores de acuerdo a niveles de atención y/o capacidad resolutive.				
12.-Existen convenios u otros tipos de compromisos formales con instituciones extrasectoriales (educación, agricultura, bienestar social, etc.)				
13.-Participa el personal de salud en actividades extrasectoriales (apoyo a instituciones educativas, guarderías, clubes sociales y deportivos, etc.)				

<b>4.- PROCESOS ADMINISTRATIVOS</b>				
14.-Existen manuales administrativos y técnicos que orienten la conducción del Area de salud.				
15.-Existe capacidad de contratación de personal u otras medidas similares (reubicación, sanciones, etc.)				
16.-Grado de estabilidad laboral del personal.				
17.-Los salarios son adecuados de acuerdo al tipo de labor desarrollada (existencia de escalafón, estímulos pecuniarios, etc.)				
18.-Existe automatización del proceso administrativo (computación) en la Jefatura de Area.				

<b>5.- ADMINISTRACIÓN FINANCIERA</b>				
19.-El Area de salud tiene presupuesto propio.				
20.-Participa el nivel local en la elaboración del presupuesto.				
21.-Conocen todos los niveles del Area de salud los mecanismos informales de financiamiento utilizados en el área.				
22.-Están financiadas las actividades de saneamiento del medio.				
23.-Los fondos extrapresupuestarios se manejan con mayor agilidad que los regulares.				

<b>6.- RECURSOS HUMANOS</b>				
24.-Participa de alguna manera en el Area de salud, la Instituciones formadoras de recursos humanos.				
25.-Existen programas de capacitación.				
26.-Existe trabajo en equipo en el nivel operativo (v.g. participa el odontólogo en las visitas domiciliarias).				
27.-Se encuentra motivado el personal en cada uno de los niveles (la motivación ha aumentado, se mantiene, ha disminuido)				
28.-Es significativa la deserción del Personal (renuncia, búsqueda de otros empleos, cambios, etc.)				

<b>7.- SISTEMA DE INFORMACION</b>				
29.-Existe un sistema de información estructurado de acuerdo a las necesidades del Area de salud.				
30.-Se realiza análisis periódico de la información.				
31.-Existe relación entre la información del Area de salud con el nivel provincial y nacional.				
32.-El sistema de información es único; es decir, utilizado por todas las Instituciones del Area de salud.				
33.-Se utiliza la información para monitorear la calidad de la atención médica.				

<b>8.- SUPERVISIÓN</b>				
34.-El sistema de supervisión de los servicios atañe a toda la producción y recursos del Area de salud (MSP, Seguro Social, ONG's, otros.)				
35.-Existe una guía de supervisión.				
36.-La supervisión es periódica y programada.				
37.- Corrientemente existen los recursos necesarios para realizar la supervisión (vehículos, chofer, etc.)				
38.-El personal de las unidades operativas acepta de buen grado la supervisión.				

<b>9.- PARTICIPACIÓN SOCIAL</b>				
39.-Grado de participación del (los) Comité (s) de salud.				
40.-Existe participación de la población en el diagnóstico de situación.				
41.-Existe participación en la definición de prioridades.				
42.-Existe participación en la asignación de recursos.				
43.-Existe participación en el control y la evaluación.				
44.-Participación social mantiene continuidad, interés y dinamismo, independientemente de actividades específicas (v.g. vacunación) programadas por el equipo de salud.				
45.-Existe un proceso de capacitación de la población o conjuntos sociales en salud.				

<b>10.- PROGRAMACIÓN LOCAL</b>				
46.-Están actualizados el diagnóstico situacionales, fichas familiares, croquis y mas instrumentos básicos de la programación local.				
47.-Se considera adecuada la programación local para definir necesidades, inventariar recursos y establecer prioridades.				
48.-El perfil epidemiológico influye en la programación local.				
49.-Existe una definición de población con mayor riesgo.				
50.-Se asignan mayores recursos a la población con mayor riesgo.				

<b>11.- INTEGRACIÓN DE PROGRAMAS</b>				
51.-Se realizan en las visitas domiciliarias actividades de fomento, atención de la morbilidad, vigilancia epidemiológica y saneamiento ambiental.				
52.-Existe tendencia a horizontalizar ciertos programas tradicionalmente verticales.				
53.-Las asignaciones presupuestarias contemplan acciones integradas de salud y tienden a ser menores para programas verticales o por patología.				



<b>12.- RED DE SERVICIOS</b>				
54.-Existe un proceso negociado con instituciones de servicios de salud del Area para adjudicar responsabilidades a problemas y riesgos (MSP, SS, ONG's, otros.)				
55.-Existe un proceso negociado de referencia de pacientes a otra Areas, otros hospitales. De existir, se cumple.				
56.-Existe Ambulancia o un mecanismo similar que facilite la referencia de pacientes.				
57.-El hospital del Area está integrado a la programación del Area de salud.				

<b>13.- SERVICIOS DE APOYO</b>				
58.-Satisfacen la demanda los equipos de rayos X , ecosonografía y laboratorio del Area de salud.				
59.-Existe servicio de emergencia las 24 horas.				
60.-Existe programación de los servicios de apoyo (rayos X, ecosonografía y laboratorio).				
61.-Existen programas de mantenimiento físico y conservación de los equipos.				

<b>14.- ACCESIBILIDAD</b>				
62.-Las tarifas por los servicios (consulta, exámenes, medicinas) son apropiadas a la realidad socioeconómica.				
63.-La localización física de los servicios de atención básica permite llegar a ellos en corto tiempo y a pié.				
64.-Los días de atención y los horarios son los mas convenientes para la población (Considerar a los trabajadores).				
65.-El personal de los servicios está adaptado o comparte las características culturales de la población (lenguaje, hábitos alimenticios, medicina tradicional, etc.)				
66.-Los usuarios son atendidos rápidamente y las interconsultas se realizan en las fechas programadas.				

<b>15.- COBERTURA</b>				
67.-Se conoce cuál es la cobertura de cada una de las unidades operativas del Area de salud.				
68.-Se conoce el porcentaje de menores de 1 año que necesitan completar el esquema de vacunación.				
69.-Existen familias asignadas al área de influencia que no han sido registradas por insuficiencia de tiempo o recursos.				

<b>16.- UTILIZACIÓN / PRODUCTIVIDAD / RENDIMIENTO</b>				
70.-Se conoce la utilización de los servicios de salud por las familias.				
71.-Existe registro de consumo de medicamentos por unidades de salud y por niveles de atención.				
72.-Se conoce la producción y el rendimiento de los servicios de atención básica.				

<b>17.- CALIDAD</b>				
73.- En los servicios se encuentra presente las siguientes características: integridad, oportunidad, continuidad, cumplimiento de contenidos técnicos, buen trato.				
74.- Existe un comité de prevención y control de infecciones hospitalarias.				
75.- Existe preocupación por el porcentaje de cesáreas en relación con el total de partos.				

<b>18.- IMPACTO</b>				
76.- Contribuye el Area de salud a disminuir las tasas de mortalidad infantil, perinatal, materna y general (nada, muy poco, poco, bastante.)				
77.- Se aprecia en la población cambios en los hábitos alimentarios atribuibles a la educación sanitaria y otras actividades del Area de salud.				
78.- Se conoce que las principales enfermedades bucales (caries, periodoncia) muestran tendencias a disminuir.				

19.- SATISFACCIÓN				
79.-La población considera que los servicios de salud cumplen con sus objetivos ( no los cumple, lo cumple a medias, en gran parte, totalmente.)				
80.- La población respalda (o rechaza) los servicios de salud.( existen reconocimiento público, afecto al equipo de salud o quejas, solicitudes de cambio de personal, etc.)				
81.- Ha aumentado la colaboración de la población en actividades programadas en el Area de salud.				

20.- EFICIENCIA				
82.-Se conoce el costo unitario de la aplicación de un esquema completo de vacunación en menores de 1 año				
83.-El control de costos muestra que con los mismos recursos se están obteniendo mejores resultados.				
84.-Existe análisis de la eficiencia de los servicios.				

## 2.5.- GUIA DE CUESTIONARIO PARA LOS USUARIOS.

Se aplicará a por lo menos veinte usuarios por cada Area de salud y será el siguiente:

	Dentro del Area	Dentro del Cantón	Dentro de la Provincia	De otra Provincia
De dónde vienen los pacientes				
	Mujeres en edad fértil	Mujeres embarazadas	Niños hasta 14 años	Mayores de 45 años
Quiénes son los pacientes				
	Por la gratuidad de la atención	Por la tecnología, Laboratorio, Medicamentos.	Por la atención del Personal	Por la confianza
Por qué recurre al hospital				

### **Accesibilidad.-**

**Los cobros en los diferentes servicios están de acuerdo a su bolsillo?**

**0 = no están de acuerdo.**

**1 = caros y los utiliza.**

**2 = baratos.**

**3 = si están de acuerdo.**

**Tiene Ud. dificultad para llegar a este hospital?**

**0 = ninguna.**

**1 = poca.**

**2 = a veces.**

**3 = bastante ( mucho).**

**Usted está de acuerdo con los horarios de atención en este Hospital?**

**0 = no estoy de acuerdo.**

**1 = un poco.**

**2 = a veces.**

**3 = si estoy de acuerdo.**

**El personal de este Hospital comprende lo que Usted necesita aquí?.**

**0 = no**

**1 = poco.**

**2 = mas o menos.**

**3 = si me comprende.**

**Usted es atendido rápidamente y se cumple con las citas programadas en este hospital?**

**0 = no**

**1 = a veces.**

**2 = mas de las veces si.**

**3 = si.**

**UTILIZACIÓN / PRODUCTIVIDAD / RENDIMIENTO.-**

**Usted conoce todos los servicios de salud que presta este Hospital?**

**0 = no.**

**1 = muy poco.**

**2 = casi todos.**

**3 = si los conozco.**

**CALIDAD.-**

Una vez que ha recibido la atención de su salud, cómo lo han atendido?

0 = con mal trato y sin oportunidad.

1 = con mal trato.

2 = con buen trato.

3 = con buen trato y oportunamente.

**IMPACTO.-**

Usted ya sabe qué hacer cuando si hijo tiene diarrea antes de acudir al médico?

0 = no.

1 = poco.

2 = frecuentemente.

3 = si lo sé hacer.

Qué hace Usted con el agua que llega a su casa por tubería o en tanqueros?

0 = nada.

1 = colocar cloro.

2 = hervir.

3 = hervir y colocar cloro.

Qué hace Usted para mantenimiento de su dentadura?

0 = nada

1 = cepillar los dientes por las mañanas con dentífrico.

2 = cepillar los dientes dos veces al día con dentífrico.

3 = cepillar con dentífrico después de cada comida.

**SATISFACCION .-**

**Usted considera que los servicios de salud de este hospital lo han atendido bien?**

**0 = no**

**1 = a medias.**

**2 = en gran parte.**

**3 = si me han atendido bien.**

**Usted respaldaría o rechazaría los servicios de salud de este hospital?**

**0 = rechazaría.**

**1 = si lo respaldaría o defendería**

**2 = ciertas veces.**

**3 = ni lo uno ni lo otro.**



## 10.1.- RESULTADOS DE LA GUIA DE CUESTIONARIO PARA LOS USUARIOS

La guía de cuestionario se aplicó indistintamente entre los usuarios presentes a la consulta externa para los diferentes consultorios, a los clientes que salían de los consultorios, clientes de laboratorio, de ecosonografía, de emergencia, de estadística.

Los resultados son los siguientes:

### HOSPITAL MATERNO INFANTIL " DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL"

#### AREA DE SALUD Nº 1.- GUASMO SUR. GUAYAQUIL

	Dentro del Area		Dentro del Cantón		Dentro de la Provincia		De otra Provincia		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
De dónde vienen los pacientes?	34	54	17	27	7	11.1	5	8	63	100

	Mujeres en edad fértil		Mujeres embarazadas		Niños hasta 14 años.		Mayores a 45 años		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Quiénes son los pacientes	23	36.5	16	25.4	13	20.6	11	17.4	63	100

	Por la gratuidad		Por la Tecnología: laboratorio, rayos X, etc.		Por la atención del personal		Por la confianza		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Por qué recurren al hospital	18	28.6	6	9.52	14	22.2	24	38.1	63	100

## ACCESIBILIDAD

**Los cobros en los diferentes servicios están de acuerdo a su bolsillo?.**

No están de acuerdo.		Caros y los utiliza.		Baratos.		Si están de acuerdo.		TOTAL	
#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
3	4.8	18	28.6	12	19	30	47.6	63	100

**Tiene usted dificultad para llegar a este hospital?**

Ninguno		A veces		Poca		Mucha		Total	
#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
29	46	10	15.9	11	17.5	13	20.63	63	100

**Usted está de acuerdo con los horarios de atención en este hospital?**

No estoy de acuerdo		A veces		Un poco		Si estoy de acuerdo		TOTAL	
#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
2	3.17	7	11.1	7	11.1	47	74.6	63	100

**El personal de este hospital comprende lo que usted necesita aquí?**

No		Poco		Mas o menos		Si me comprende		TOTAL	
#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
9	14.23	6	9.52	11	17.46	37	58.73	63	100

**Usted es atendido rápidamente y se cumple con las citas programadas en este hospital?**

No		A veces		Mas de las veces si		Si		TOTAL	
#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
9	14,23	8	12.7	14	22.2	32	50.8	63	100

## UTILIZACIÓN / PRODUCTIVIDAD / RENDIMIENTO

**Usted conoce todos los servicios de salud que presta este hospital?**

No		Muy poco		Casi todos		Si los conozco		TOTAL	
#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
26	41.3	14	22.2	5	8	14	22.2	63	100

## CALIDAD

**Una vez que ha recibido la atención de salud, cómo lo han atendido?**

Con maltrato y sin oportunidad		Con maltrato		Con buen trato		Con buen trato y oportunamente.		TOTAL	
#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
2	3.17	2	3.17	39	62	20	31.74	63	100

## IMPACTO

**Usted ya sabe qué hacer cuando su hijo tiene diarrea antes de ir al médico?**

No		Poco		Frecuentemente		Sí lo sé hacer		TOTAL	
#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
10	15.87	2	3.17	3	4.76	48	76,2	63	100

**Qué hace usted con el agua que llega a su casa por tubería o en tanqueros?.**

Nada		Colocar cloro		hervir		Hervir y poner cloro		TOTAL	
#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
3	4.76	11	17.46	37	58.73	12	19	63	100

**Qué hace usted para mantenimiento de su dentadura?.**

Nada		Cepillar los dientes por las mañanas		Cepillar los dientes 2 veces al día con dentífrico		Cepillar los dientes después de cada comida.		TOTAL	
#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
0	0	0	0	42	66.7	21	33.3	63	100

**SATISFACCIÓN**

**Usted considera que en los servicios de salud de este hospital lo han atendido bien?**

No		A medias		En gran parte		Si me han atendido bien		TOTAL	
#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
3	4.8	11	17.46	11	17.46	38	60.3	63	100

**Usted respaldaría o rechazaría los servicios de salud de este hospital?**

Rechazaría		Si lo respaldaría		Ciertas veces lo defendería		Ni lo uno ni lo otro		TOTAL	
#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
0	0	49	77.8	9	14.3	5	8	63	100

**AREA DE SALUD N° 9.- " MARTHA DE ROLDÓS "**

	Dentro del Area		Dentro del Cantón		Dentro de la Provincia		De otra Provincia		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
De dónde vienen los pacientes?	28	42.4	29	43.9	9	13.6	2	3	66	100

	Mujeres en edad fértil		Mujeres embarazadas		Niños hasta 14 años.		Mayores a 45 años		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Quiénes son los pacientes	16	24.4	15	22.7	24	36.7	11	16.7	66	100

	Por la gratuidad		Por la Tecnología: laboratorio, rayos X, etc.		Por la atención del personal		Por la confianza		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Por qué recurren al hospital	23	34.8	3	4.54	12	18.2	28	42.4	66	100

**ACCESIBILIDAD**

**Los cobros en los diferentes servicios están de acuerdo a su bolsillo?.**

No están de acuerdo.		Caros y los utiliza.		Baratos.		Si están de acuerdo.		TOTAL	
#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
5	7.6	9	13.6	11	16.7	41	62.1	66	100

**Tiene usted dificultad para llegar a este hospital?**

Ninguno		A veces		Poca		Mucho		Total	
#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
30	45.45	12	18.2	10	15.15	14	21.2	66	100

**Usted está de acuerdo con los horarios de atención en este hospital?**

No estoy de acuerdo		A veces		Un poco		Si estoy de acuerdo		TOTAL	
#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
2	3	3	4.54	4	6	57	86.36	66	100

**El personal de este hospital comprende lo que usted necesita aquí?**

No		Poco		Mas o menos		Si me comprende		TOTAL	
#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
1	1.5	6	9	14	21.2	45	68.2	66	100

**Usted es atendido rápidamente y se cumple con las citas programadas en este hospital?**

No		A veces		Mas de las veces si		Si		TOTAL	
#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
2	3	18	27.3	13	19.7	33	50	66	100

**UTILIZACIÓN / PRODUCTIVIDAD / RENDIMIENTO**

**Usted conoce todos los servicios de salud que presta este hospital?**

No		Muy poco		Casi todos		Si los conozco		TOTAL	
#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
26	39.4	8	12.12	7	10.6	25	37.9	66	100

### CALIDAD

Una vez que ha recibido la atención de salud, cómo lo han atendido?

Con maltrato y sin oportunidad		Con maltrato		Con buen trato		Con buen trato y oportunamente.		TOTAL	
#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
0	0	1	1.5	51	77.3	14	21.2	66	100

### IMPACTO

Usted ya sabe qué hacer cuando su hijo tiene diarrea antes de ir al médico?

No		Poco		Frecuentemente		Sí lo sé hacer		TOTAL	
#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
16	24.2	7	10.6	9	13.6	34	51.5	66	100

Qué hace usted con el agua que llega a su casa por tubería o en tanqueros?.

Nada		Colocar cloro		hervir		Hervir y poner cloro		TOTAL	
#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
2	3	11	16.7	42	63.6	11	16.7	66	100

Qué hace usted para mantenimiento de su dentadura?.

Nada		Cepillar los dientes por las mañanas		Cepillar los dientes 2 veces al día con dentífrico		Cepillar los dientes después de cada comida.		TOTAL	
#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
0	0	0	0	22	33.3	44	66.7	66	100

### SATISFACCIÓN

**Usted considera que en los servicios de salud de este hospital lo han atendido bien?**

No		A medias		En gran parte		Si me han atendido bien		TOTAL	
#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
0	0	7	10.6	9	13.6	50	75.8	66	100

**Usted respaldaría o rechazaría los servicios de salud de este hospital?**

Rechazaría		Si lo respaldaría		Ciertas veces lo defendería		Ni lo uno ni lo otro		TOTAL	
#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
0	0	56	85	8	12	2	3	66	100