

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Posgrados

**LA CALIDAD FUNCIONAL DE LAS 16 UNIDADES OPERATIVAS DEL
DISTRITO 14D06 COMO FACTOR DE RESOLUCIÓN DE LAS DOS PRIMERAS
CAUSAS DE MORBI-MORTALIDAD**

Héctor Mauricio Anrango Cotacachi

Mauricio Espinel, MD., PhD., Director Trabajo de Titulación

Trabajo de Titulación presentada como requisito para la obtención del título de
Especialista en Atención Primaria de la Salud

Quito, Mayo de 2014

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**Colegio de Posgrados****HOJA DE APROBACION DEL TRABAJO DE TITULACION
LA CALIDAD FUNCIONAL DE LAS 16 UNIDADES OPERATIVAS DEL
DISTRITO 14D06 COMO FACTOR DE RESOLUCIÓN DE LAS DOS CAUSAS DE
MORBIMORTALIDAD.****Héctor Mauricio Anrango Cotacachi**

Mauricio Espinel, MD., PhD.

Director del Trabajo de Titulación

Bernardo Ejgenberg, MD., ESP – SP

Director Especialización Atención Primaria de la Salud

Fernando Ortega Pérez, MD., MA., PhD.

Decano de la Escuela de Salud Pública

Gonzalo Mantilla, MD., M.Ed., F.A.A.P.

Decano del Colegio de Ciencias de la Salud

Víctor Viteri Breedy PhD.

Decano del Colegio de Posgrados

Quito, Mayo de 2014

DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma: _____

Nombre: Héctor Mauricio Anrango Cotacachi

C.I.: 1002256657

Fecha: Quito, Mayo de 2014

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi Esposa por la paciencia, comprensión, seguridad y don de persona que me inspira a ser cada día una mejor persona, quien prefirió sacrificar su tiempo para poder cumplir con mi meta, gracias por estar siempre a mi lado, Verito.

A mi querida mamá, cuyo vivir me ha mostrado que en el camino hacia la meta se necesita de responsabilidad dulzura y fortaleza para aceptar las derrotas y del sutil coraje para derribar miedos, y afrontar nuevas realidades.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad San Francisco de Quito, y a todos los profesores por abrirme las puertas de esta prestigiosa universidad ya que en sus aulas, recibimos el conocimiento intelectual y humano, por darme las herramientas necesarias para triunfar en la vida.

Especial agradecimiento a mi Director de Tesis el Dr. Mauricio Espinel por sus consejos y amistad ya que sin sus valiosos aportes no hubiera sido posible culminar esta tesis.

RESUMEN

En este trabajo se realizará una investigación descriptiva de la calidad funcional de los centros de salud tipo “A”, que se encuentran ubicados en los cantones Limón Indanza, Santiago de Méndez y Tiwintza, pertenecientes al distrito 14D06 de la provincia de Morona Santiago, en donde se cuenta con un total de 16 unidades operativas, este análisis se refiere a la funcionabilidad de infraestructura, talento humano, equipamiento, normativas y epidemiología.

De acuerdo al Modelo de Atención Integral en Salud “MAIS” emitida desde el ministerio de salud pública, indica que los centros de salud de tipología “A” deben contar con una cartera de servicios de Calidad, Calidez, Eficacia, y Eficiencia para poder cumplir el Sumak Kawsay plasmado dentro de la constitución política del Ecuador.

Después de culminar la aplicación de la ficha de observación en todas las unidades operativas se reflejara la realidad en la prestación de servicios de salud en el distrito, se determinara relación entre calidad técnica y el factor de resolución de las dos causas de Morbimortalidad en el primer nivel del Distrito 14D06, además este documento servirá como una guía para la toma de decisiones oportunas de las autoridades distritales de turno.

SUMARY

In this work will be performed an investigation descriptive study of the quality functional of health centers type "A", which are located in Limon Indanza cantons, Santiago Mendez and Tiwintza , belonging to the district 14D06 to the province of Morona Santiago, in where it has a total of 16 units operating, this analysis relates to the functionality of infrastructure , human talent , equipment , policy and epidemiology.

According to the Model of Comprehensive Health Care " MAIS " emitted from the ministry of health public, indicates that centers health type "A" must have a portfolio of Quality , Warmth, Effectiveness , and Efficiency to meet Sumak Kawsay embodied in the constitution of Ecuador

After completing the implementation of the record observation in all units operational reflected the reality in the provision of health services in the district, be determined relationship between quality technical and the factor resolution of two causes of morbidity and mortality in the first level District 14D06, addition this document will serve as a guide for making decisions timely appropriate from authorities district turn.

TABLA DE CONTENIDO

HOJA DE APROBACION DEL TRABAJO DE TITULACION	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
RESUMEN.....	vii
SUMARY	viii
TABLA DE CONTENIDO	ix
INDICE DE FIGURA	xi
ÍNDICE DE FICHAS DE OBSERVACIÓN	xi
INDICE DE TABLAS.....	xi
INTRODUCCIÓN	xi
Formulación del problema.....	13
Sistematización del problema	13
OBJETIVOS.....	14
Objetivo general.....	14
Objetivos específicos	14
JUSTIFICACIÓN	15
MARCO TEÓRICO.....	16
Antecedentes históricos	16
Definición de la calidad en salud.....	16
Planteamiento del problema.....	20
Marco conceptual.....	20
Competencia profesional	21
Accesibilidad	21
Barreras económicas.....	21
Barreras organizacionales.....	21
Barreras de comunicacion.....	22
Culturales.....	22
Eficacia	22
Calidad científico-tecnica	22
Eficiencia	23
Continuidad.....	23
Los actores en la evaluación de la calidad	24

Los enfoques y metodologías	25
Enfoques Estructurales	26
Habilitación (Permiso de Funcionamiento):	26
Categorización (Licenciamiento):.....	26
Acreditación:.....	27
Hipótesis	27
Marco referencial	27
METODOLOGIA.....	31
Metodologías del estudio	31
Tamaño de la muestra	31
Criterios de inclusión y exclusión.....	31
Criterios de Inclusión.....	31
Criterios de exclusión.	31
Descripción del distrito 14d06 Méndez-Limón-Tiwintza	31
Antecedentes	31
Limón - Indanza.....	33
Geografía	33
Población	33
Salud	34
Santiago de Méndez.....	35
Población	35
Salud	36
Tiwintza	36
Población	37
Salud	37
Instrumentos de recolección de datos	38
Matriz de observación.....	38
Variables a determinar	39
Técnica de procesamiento de información	39
Fuentes de información.....	39
Operacionalización de variables.	40
Marco administrativo	42
Recursos Humanos	42
Técnicos	42
Físicos	42
Tecnológicos:.....	43

Presupuesto del estudio.....	43
Presupuesto del proyecto	43
Desglose del presupuesto.....	44
Misceláneos	44
Imprevistos:	44
Financiamiento.....	44
Cronograma	44
BIBLIOGRAFIA	46
ANEXOS	48

INDICE DE FIGURA

Figura 1 Mapa del distrito 14D06.....	32
Figura 2 Limón Indanza.....	33
Figura 3 Santiago de Méndez	35
Figura 4 Tiwintza.....	37

ÍNDICE DE FICHAS DE OBSERVACIÓN

Ficha de observación 1 Administrativo y normativas	48
Ficha de observación 2 Financiero Contable	49
Ficha de observación 3 Recursos Humanos	50
Ficha de observación 4 Infraestructura y equipamiento.	51
Ficha de observación 5	61

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Sc. Ps Limón Indanza	34
Tabla 2 Sc.Ps Santiago de Méndez	36
Tabla 3 Sc.Ps Tiwintza.....	38
Tabla 4 Administrativo y normativas.....	40
Tabla 5 Financiero contable.....	40
Tabla 6 Recursos Humanos.....	41
Tabla 7 Infraestructura y equipamiento	41
Tabla 8 Epidemiología.....	42
Tabla 9 Presupuesto del proyecto	43
Tabla 10 Misceláneos.....	44
Tabla 11 Imprevistos:	44
Tabla 12 Cronograma.....	45
Tabla 13 Odontología.....	61
Tabla 14 Médico y Enfermería	67

I. INTRODUCCIÓN

A partir de que se cambia la constitución Ecuatoriana en el año 2008, y entra en vigencia la nueva carta magna, el Ministerio de Salud Pública ha trabajado arduamente para mejorar la Calidad en la prestación de Servicios de Salud para los ecuatorianos, se ha elaborado manuales de funciones y procedimientos administrativos, protocolos y normas de atención al paciente, instrumentos de observación para calificación de la infraestructura y servicios, no obstante la socialización ha sido poco efectiva, por ser difundido de manera informal a través de charlas y capacitaciones.

Por otra parte pese a la creciente exigencia del usuario, y la disposición del gobierno central en mejorar los servicios de salud, evidencia que el presupuesto asignado desde el nivel central la Provincia de Morona Santiago es insuficiente, por lo que no se ha mejorado con horarios accesibles para la atención en salud al usuario, no hay aumento de profesionales de la salud, y la escasa readecuación de la infraestructura física; de todo esto podemos concluir que el usuario únicamente recibe la consulta y medicación gratuita, sin que esto implique Calidad en los servicios de salud

Este análisis se realiza después de hacer una vinculación entre el conocimiento recibido en la universidad, y la práctica en el terreno como director distrital donde se dan los problemas de falta de calidad en salud.

Se ha evidenciado que los médicos están formados con un amplio conocimiento científico, sin embargo cuando se les pregunta de la normativa nacional y se les propone trabajar de acuerdo al nuevo modelo de atención en salud “MAIS”, no hay respuesta ya que desconocen de todo.

En el trabajo diario con el equipo técnico se ha analizado los cambios en salud y la relación con la satisfacción de los usuarios en varias ocasiones se ha llegado a la conclusión de que falta más inversión ya sea para la contratación de Talento Humanos, readecuación de la infraestructura, equipamiento, y capacitación certificada (Universidad) del personal.

Finalmente se concluye que la inversión es insuficiente, ya que nos hemos limitado con reparar los equipos, a solucionar a manera de parches la infraestructura, y la capacitación al personal con charlas y conferencias. Ya que para mejorar la calidad en salud se requiere de

una mayor inversión para construir una infraestructura de acuerdo a estándares internacionales, el equipamiento médico de última tecnología en las 16 unidades operativas del distrito. Y la capacitación debe ser en centros de formación superior.

En este trabajo se quiere dar las pautas para iniciar con una recopilación de datos con la finalidad de dejar un precedente en el Distrito 14D06 y por ende en la Morona Santiago.

1.1 Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre la calidad de los servicios de salud como factor de resolución de las dos causas de Morbi-mortalidad en el Distrito 14D06?

1.2 Sistematización del problema

¿El área administrativa del distrito posee y está al alcance de todo el personal de los manuales de funciones y procedimientos administrativos, normas y protocolos de atención al paciente?

¿Es suficiente el presupuesto asignado desde planta central al distrito 14 D06 para cumplir con todos los objetivos y metas trazadas durante un periodo fiscal?

¿El departamento de talento humano tiene todas las vacantes llenas para trabajar en todas las unidades operativas del Distrito 14D06 de acuerdo a la estandarización de un centro de salud tipo A?

¿Cuenta con la infraestructura y equipamiento acorde a la estandarización de un centro de salud tipo A?

¿Cuenta con un registro cronológico de la casuística de morbimortalidad?

¿Cuáles son las dos primeras causas de morbimortalidad en las 16 unidades operativas tipo A del distrito 14D06 en el año 2013

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Determinar la relación entre calidad funcional y la reducción de las dos primeras causas de Morbimortalidad el Distrito 14D06.

2.2 Objetivos específicos

Determinar si el área Administrativa del Distrito 14D06 cuenta con los manuales de funciones y procedimientos administrativos, normas y protocolos de atención al paciente.

Determinar la suficiencia del presupuesto asignado desde planta central al distrito 14D06 para cumplir con todos los objetivos y metas trazadas durante un periodo fiscal.

Determinar si el Distrito 14D06 cuenta con el personal necesario en todas las unidades operativas del de acuerdo a la estandarización de un centro de salud tipo A.

Determinar si la infraestructura y equipamiento está acorde a la estandarización de un centro de salud tipo A.

Determinar las dos primeras causas de Morbimortalidad en las 16 unidades operativas tipo A del Distrito 14D06 en el año 2013.

III. JUSTIFICACIÓN

En el Distrito 14D06 que comprende los cantones Limón Indanza, Santiago, y Tiwintza, históricamente la inversión en salud ha sido baja en el año 2003 el Gobierno Nacional invierte 168 dólares per cápita (Banco Mundial.), para el año 2011 aumenta a 331 dólares (Banco Mundial.), producto de esta baja inversión las unidades operativas mantienen la infraestructura es obsoleta, mismas que fueron construidas hace más de 30 años, los equipos son obsoletos de décadas de antigüedad que ni siquiera se ha realizado mantenimiento, el talento humano no ha recibido capacitación formal en centros de estudios superiores, se han limitado a charlas, con lo que se ha logrado únicamente perder el tiempo, desconocen de las normativas emitidas por el ministerio de salud hay poco interés en aplicar la normativa dada desde el ministerio, cada médico maneja sus propios procedimientos; los usuarios a pesar de que siempre reclaman por una atención de calidad no se ha logrado mejorar en lo mínimo aún continúan insatisfechos y lo que es peor los indicadores de salud no han variado en la última década, por lo que este estudio trata de evidenciar que; quizá los recursos que se invirtieron de manera errónea, o si tal vez fue insuficiente. Este trabajo será el complemento a otros estudios y la puesta en marcha dependerá de la decisión de las Autoridades Distritales de turno.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1. Antecedentes históricos

Los seres humanos constantemente estamos buscando la perfección, el mejoramiento, y la eficacia; en Ecuador no existen obras de autores nacionales dedicados al estudio de la calidad. De manera histórica para los ecuatorianos ha sido una cualidad inherente buscar la superación de las condiciones actuales a unas futuras de un buen porvenir, es así que en la actualidad el ciudadano del recinto la comunidad el barrio, al acudir a hacer uso de los servicios Públicos de Salud busca donde le traten con amabilidad acorde a su realidad Cultural, donde no deba hacer largas filas, donde los prestadores sean eficaces, donde tengan la tecnología de punta y sobre todo que todo que esté al alcance de sus posibilidades económicas, siendo esto todo lo contrario el usuario tiene un concepto negativo de los que es Servicios Públicos de Salud.

Dado el gran aumento demográfico tanto en la ciudad y el campo ha hecho que el gobierno incremente el presupuesto estatal para salud que en la actualidad es de 622 per cápita, sin embargo la percepción de los usuarios de los servicios de salud con respecto a la Calidad en Salud es igual o peor.

Esta situación nos obliga a plantearnos el debate sobre CALIDAD siendo necesario referenciamos en lo que dice Deming "la calidad no es otra cosa más que "Una serie de cuestionamiento hacia una mejora continua" (Ecured, 2013), a su vez Ishikawa dice "La calidad es equivalente a la satisfacción del cliente." (Solutions, 2013).

4.2. Definición de la calidad en salud

Existen diversas definiciones de calidad mismas que han surgido en dependencia del contexto de trabajo es así que tenemos conceptos de calidad en salud, calidad en lo laboral, calidad en materiales, etc., es así que antes de definir calidad en salud se quiere hacer un pequeño recorrido por conceptos pequeños que hacen referencia a calidad.

El primero que Calidad "Es la totalidad de funciones, características o comportamientos de un bien o servicio". (Sanchez, 2005).

Este concepto nos esclarece que cada componente de la calidad esta engranado el uno con el otro que no son componentes aislados y el producto final depende de la buena

interrelación de cada uno, en esta caso del análisis de la calidad funcional de los servicios de salud no podríamos valorar únicamente infraestructura aisladamente de equipamiento, talento humano y normativas, sino todo el componente de lo funcional y el resultado final de esto nos da la calidad funcional.

El segundo “se considera un bien o un servicio con calidad cuando logra su fin, que es satisfacer las necesidades de los consumidores” (catarina.udlap.mx, 2003).

Esta definición es muy ambigua e incompleta, quizá justifica a los prestadores de salud privados donde únicamente les interesa que el cliente salga satisfecho, se le considera a la prestación de servicios como un producto más del mercado, no se toma en cuenta los conocimientos científicos, ni el criterio médico, obviamente el usuario de los servicios de salud no conoce si su médico le está dando un diagnóstico efectivo y eficaz sino que confía a manera de fe en las acciones del médico.

El Tercer elemento “la calidad es un concepto subjetivo” (Turnero, 2000),

Con este concepto se pone a relucir el criterio sobre todo de las personas que desconocen que es salud, ya que se pueden conformar con ser atendido por un médico sin importar si este posee los conocimientos necesarios para resolver su dolencia, en dependencia de su condición cultural. Las instituciones que trabajan bajo ese criterio hacen de su caldo de cultivo en el desconocimiento de los usuarios, para a través de la charlatanería lucrar y sacar beneficio, ejemplo de ello es que por cualquier dolencia realizan una ecografía, una placa de rayos X, haciéndole creer al usuario que eso le sana y le da el diagnóstico.

Para resaltar la importancia del tema se pone a el concepto de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sugiere que “una definición de calidad necesita tomar una perspectiva del sistema de salud como un todo y reflejar preocupación por los resultados obtenidos, tanto por los usuarios de los servicios como por las comunidades enteras” (WHO, 2006).

“¿Por qué Calidad? Crosby, uno de los gurús de la Calidad, estableció que en las organizaciones que no se trabaja con un plan que contemple la calidad, los trabajos y desperdicios alcanzan del 20 al 40%.” (Crosby, 1987),

Es decir que sin una planificación y si dentro de esto no se incluye el mejoramiento continuo (Calidad) no se obtendrán resultados satisfactorios para el usuario, en nuestra provincia Morona Santiago se puede afirmar de manera triste que ni siquiera hay una planificación, peor aun un plan de calidad, es por ello quizá que el perfil epidemiológico no ha variado y nos encontramos entre una de las provincias con peores indicadores en salud.

Es así que en nuestro país a nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador a pesar de que poco se ha trabajado en lo referente a calidad, en los últimos años se está hablando de calidad de los servicios de salud, a partir del 2008 al entrar en vigencia la nueva constitución se ve como una necesidad urgente trabajar en mejorar los servicios de salud.

En el ámbito de la Salud Pública, Calidad de los servicios en Salud se entiende como:

“Calidad en Salud” la misma que se define como la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles, y logra la adhesión y satisfacción del usuario... (WHO, 2006)"

En referencia a este concepto en nuestro país se está trabajando de manera ardua desde el Gobierno central ya que se ha decidido realizar un proceso de licenciamiento a nivel nacional bajo estándares internacionales tanto en lo que respecta a infraestructura, talento humano, normativas, y normativas, con la finalidad de elevar el nivel de calidad funcional de los servicios de salud.

De otro modo diríamos que calidad es la totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias de un bien o servicio) o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores. Concepto subjetivo ya que cada usuario entiende desde su perspectiva cultural.” (Rubio Cebrián, 1995).

Este concepto es el percibido por los usuarios de los servicios de salud ya que cada vez demandan que se refleje en resultados, es decir que los prestadores sean más amables, respetuosos de sus tradiciones culturales, que sean efectivos para no volver a consultarse por el mismo motivo, y sobre todo que los servicios estén a su alcance.

Trabajar en el tema calidad sobretodo en Calidad en Salud, representa una prioridad relevante porque está en juego la vida de los seres humanos, el bien máspreciado de la sociedad. Sin sobredimensionar la situación al analizar el costo de una enfermedad no detectada a tiempo, por no haber considerado la labor de promoción y prevención, de no enfocarse en estimular estilos de vida más saludables, de no tener suficientemente claro el rol ético que tiene que desempeñar el funcionario público del sector Salud.

Si bien se ha descrito brevemente algunas definiciones de calidad, es prioritario para el Ministerio De Salud Pública al haber iniciado a estructurarse como sistema salud, mejorar en todas las dimensiones de las definiciones mencionadas, pero en especial en aquellas más sentidas por la población o de mayor impacto económico como son: acceso, efectividad, eficiencia, enfoque intercultural, y satisfacción al usuario, que es lo más urgente, El gran esfuerzo que hace el gobierno al invertir en infraestructura, equipamiento, talento humano, normativa(calidad Funcional) ha fortalecido los mecanismos que contribuyen a asegurar la calidad funcional en establecimientos de atención de salud, buscando mejorar la calidad de productos médicos y de tecnologías sanitarias, y satisfaciendo algunas expectativas de los usuarios del sistema de salud, todas estas iniciativas han contribuido de sobremanera a salir del retraso en salud han ayudado a reducir las listas de espera excesivamente prolongadas que existía en nuestro país hace una década atrás que en algunos casos la espera se prolongaba hasta ocho meses, pero se puede decir que estos factores de alguna manera aún es insuficiente. Por otra parte, los problemas derivados de un desempeño deficiente producto de la fragmentación del sistema de salud, falta de talentos humanos formados de acuerdo a la nueva normativa del ministerio de salud impide superar las barreras como inaccesibilidad, inequidad, discriminación, inseguridad, para una oportuna atención a los usuarios ya que resultan perjudicados por tratamientos inoportunos o ineficaces, o por defectos de seguridad en la atención (iatrogenia).El gobierno nacional en varias sabatinas(rendición de cuentas) ha manifestado su preocupación sobre los objetivos que no se han alcanzado pese a la gran inversión, porque la falta de calidad en la prestación de los servicios trae repercusiones políticas que afectan al modelo de desarrollo del país.

“El término “garantía de calidad” (Vouri),

En nuestra realidad adquiere cada vez más relevancia, prueba de ello se ha hecho varios intentos para mejorar la calidad de la atención tales como traer médicos extranjeros,

técnicos de planificación, adquisición de software informáticos como medidas correctoras para solucionar los problemas detectados, además se ha realizado capacitaciones masivas a través del Instituto de Altos Estudios Nacionales, para los próximos meses se prevé realizar evaluaciones a todos los profesionales de la salud.

“Esta es la esencia de la garantía de calidad: combinar las evaluaciones con las medidas correctoras.” (Vouri)

La garantía de calidad se ha desarrollado sobre todo en el segundo nivel de atención es decir en los hospitales ya que es la parte más visible del sistema de Salud, pero también la más costosa del sistema de salud, contrariamente soluciona únicamente el 20% de los problemas de la Salud Pública. En el primer nivel de atención que constituye la puerta de entrada del usuario al sistema de salud no se ha desarrollado la garantía de calidad, posiblemente por desconocimiento administrativo de los mandos medios del ministerio de salud, pero es en este nivel donde se resuelve el 80% de problemas de salud

4.3. Planteamiento del problema

En el transcurso de los últimos 8 años cada vez más los ciudadanos expresan su insatisfacción por los malos servicios recibidos en las entidades del Ministerio de Salud Pública, a pesar de que en el Distrito 14D06 del Ministerio de Salud Pública desde el 2006 se ha incrementado el presupuesto destinado a mejorar la calidad funcional de las unidades operativas con la finalidad de mejorar los problemas de salud que se presentan en la comunidad. Sin embargo hasta la actualidad se mantiene en las unidades operativas personal sin capacitación, la infraestructura no es adecuada por lo que no responde a las normas que exige la Organización Panamericana de la Salud. Por lo que a través de este estudio de corte transversal descriptivo se propone determinar la relación entre calidad funcional y su relación con la resolución de las dos causas de Morbimortalidad Distrito 14D06.

4.4 Marco conceptual

El documento Garantía de Calidad de la atención de Salud en los países en desarrollo nos plantea la manera correcta de una Evaluación de Calidad en salud, a través de los parámetros que se describirá a continuación.

4.4.1. Competencia profesional

La competencia profesional se refiere a la capacidad y al desempeño de las funciones de los grupos de salud, del personal administrativo y del personal de apoyo (USAID, 1990).

Actualmente la universidad ecuatoriana aún sigue formando a los profesionales únicamente para el ámbito hospitalario, es decir para el segundo nivel, y de lo que se trata es mejorar la calidad en el primer nivel de atención con profesionales expertos en aplicar la estrategia Atención primaria en Salud que plantea el Modelo de Atención Integral en Salud “MAIS”.

4.4.2. Accesibilidad

Se denomina accesibilidad a la facilidad con que se obtiene atención sanitaria en relación a barreras organizacionales, económicas (R., 2004;7), geográficas y culturales;

De esta manera en nuestro país el Gobierno actual a través del ministerio de Salud Pública se ha empeñado en acercar los servicios de salud a los usuarios implementando los Equipos de Atención Integral en Salud “EAIS”, mismos que deben realizar trabajo en la comunidad (extramural) esto hará que las barreras mencionadas no sean impedimento para aumentar la cobertura como un indicador indirecto de accesibilidad (porcentaje de personas sometidas a rastreo de alguna condición clínica).

Al evaluar la accesibilidad se deben valorar:

4.4.3. Barreras económicas.

Aun después de haber mejorado económicamente la situación de los ecuatorianos es difícil que puedan tener acceso a servicios de salud privados (seguros, para consultas privadas).

4.4.4. Barreras organizacionales.

A pesar de haber implementado sistemas informáticos de comunicación como centrales de llamadas (Contac Center) aún se ve al paciente llegar a las cinco de la mañana para conseguir uno de los veinte números que se dan ese día o debe ir sacar una orden de consulta a una gran distancia de donde vive o trabaja, debe esperar, hacer cola, etc. Este

problema no se ha resuelto ya que en las ciudades la densidad de médicos por habitante es elevado, mientras que en provincias alejadas como la amazonia, o zonas rurales la densidad de médicos por habitante es muy baja.

4.4.5. Barreras de comunicacion.

Concretamente al ser nuestro país multicultural con catorce Nacionalidades cada una con su lengua propia, y veintiuno pueblos indígenas más los inmigrantes de otros continentes se debería valorar como se entendió si el profesional de la salud maneja o no las lenguas de la localidad.

4.4.6. Culturales.

Se debe tener presente que es fundamental el respeto a la personalidad, a la identidad cultural individual y a la dignidad de cada usuario.

4.4.7. Eficacia

La real academia de la lengua define como la “capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera” (Real Academia Española, 2011). La calidad de los servicios de salud depende de la eficacia de las normas de prestación de servicios y las de orientación clínica (USAID, 1990). “La eficacia es una dimensión importante de la calidad en el ámbito central, donde se definen las normas y especificaciones” (Services, 1999).

En un análisis que se hizo en las unidades anidadas del distrito 14D06 se evidencio que una paciente que ingreso a hacer uso de los servicios de salud a través del primer nivel se consultó en siete ocasiones, con cinco médicos diferentes, y lamentablemente termino con un aborto. Esto nos indica que si no utilizamos nuestros conocimientos de manera eficaz de acuerdo a protocolos, el tratamiento no es el recomendado y la tecnología no es la apropiada para la el medio en el cual se presta el servicio no obtendremos los resultados deseados, se puede concluir que estaríamos gastando inadecuadamente los recursos económicos, tanto de la institución y sobre todo del paciente por la pérdida de tiempo.

4.4.8. Calidad científico-tecnica

En países de los llamados del primer mundo sabemos hasta ahora que utilizan los últimos avances del conocimiento para desarrollar técnicas y tecnologías de salud, es por

ello que América Latina en especial Ecuador nos hemos limitado a comprar estos conocimientos. Cuando lo aplicamos lo hacemos de un manera muy ajena a la realidad ecuatoriana. Durante mucho tiempo se sostuvo el concepto que el que más sabe, mejor hace las cosas. Sin embargo, hoy sabemos que no es necesariamente así, siendo la óptima capacitación profesional una condición necesaria, pero no suficiente. (R., Conceptos de Calidad en Salud, 2007).

Durante la capacitación científico técnica en nuestro país se debería adaptar los conocimientos extranjeros a nuestra realidad multicultural sin que por esto signifique que se altere la técnica. El conocimiento y las aptitudes de los prestadores para la atención sanitaria, debería reflejar durante el interrogatorio, y el examen físico. De manera personal en varias ocasiones he notado que cuando el paciente tiene dolor del corazón no es precisamente porque sea una angina de pecho sino más bien por tristeza, infidelidad. Con esto se deduce también que no por poseer mucho conocimiento científico resuelve mucho.

4.4.9. Eficiencia

“Los servicios eficientes son los que suministran atención más óptima al paciente y a la comunidad” (USAID, 1990), es decir que en el primer de nivel de atención es fundamental la eficacia, ya que reduciría los gastos en salud, y obtendríamos mejores resultados, a mi juicio considero que hace referencia a que debemos aplicar metodologías de promoción y prevención en salud. “Maximizar la eficiencia y accesibilidad de los actuales sistemas de servicios de salud (R., Conceptos de Calidad en Salud, 2007), “mediante la efectiva extensión de cobertura a toda la población y la optimización de los recursos disponibles” (R., Conceptos de Calidad en Salud, 2007).

Para ello se da especial énfasis en la implementación, desarrollo y apoyo de la Estrategia de Atención Primaria de Salud como componente fundamental de estas acciones; la construcción de redes locales de salud de complejidad creciente y el rescate del Hospital Público dentro del sistema de atención en salud.

4.4.10. Continuidad

En el distrito 14D06 con frecuencia el ministerio de salud Pública no es un prestador continuo de los servicios de salud, ya que en el caso de las comunidades donde hay que ingresar caminando tres días el equipo médico ingresa cada bimestre en el mejor

de los casos. “La continuidad implica que el paciente puede recibir la serie completa de servicios de salud que necesita sin interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento” (IBID, 2010).

Esta atención discontinua anula el trabajo que se realiza, pues al regresar el equipo médico al sector, el paciente empeoró o murió. El equipo de salud únicamente ingresa con la finalidad de paliar las emergencias, nunca hemos tenido recursos para hacer prevención, promoción, o rehabilitación, únicamente nos limitamos a la curación.

4.4.11. Los actores en la evaluación de la calidad

Durante el acto de prestación y atención de salud podemos distinguir, según las características de nuestro sistema de salud en proceso de estructuración, algunos tipos de actores interesados en el control de calidad: los usuarios visto este desde nuestra diversidad cultural Nacionalidades y Pueblos, el personal(Gremios) de salud tanto públicos y privados, los administradores que en Ecuador depende de la institución, tales como Ministerio de Salud Pública, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de seguridad Social de la Fuerzas Armadas, etc. En un múltiples casos han coincidido los intereses de los administradores y de los profesionales, en otros pueden unirse los intereses de los administradores con el personal, lo que siempre ha predominado es el interés gremial en otros casos ha variado según el servicio o la institución de que se trate. Desde el punto de vista de los usuarios el cumplimiento de los criterios de accesibilidad, con sus componentes de distribución de las unidades operativas y cantidad de talentos humanos puede interpretarse como inaccesibilidad debido a que los equipos en salud no cumplen con el trabajo extramural, si administrativamente vemos en una red de hospitales grandes y de alta complejidad como la solución de la Inaccesibilidad, mientras para los usuarios esto puede significar un sistema por demás ineficiente para su realidad.

Este juego de intereses puede resultar claro si se analizan las expectativas de los actores frente a algunos de los componentes de calidad. Así por ejemplo,

El punto de vista de los usuarios se ha descuidado hasta la actualidad, pero actualmente viene adquiriendo un interés creciente, ya que dentro del “MAIS” propende la participación en salud, en la toma de decisiones a través de los grupos de interés (clubs), o a través de los comités locales de salud, para esto se está impulsando una mayor

concientización sobre la importancia de este punto de vista entre los actores, y una presión cada vez mayor de los usuarios por hacer oír sus intereses. Lo importante es que los usuarios tienen sus propios puntos de vista de lo que es una buena práctica médica, a pesar de que puede variar según su procedencia cultural, sus estilos de vida, condiciones socioeconómicas, edades, educación, tipo de institución en que son tratados y tipo de servicio que reciben.

4.4.12. Los enfoques y metodologías

Con un enfoque sistémico, en la producción de servicios de salud pueden reconocerse tres componentes: estructura, proceso y resultado (Donabedian, 1984) son los más utilizados como punto de partida para clasificar los enfoques de los programas de control de calidad.

A pesar de que los primeros intentos en control de calidad se dio en base a los resultados quizá porque de esto dependían las empresas de salud, a mi criterio es necesario iniciar el control de la calidad en la estructura (calidad funcional)

El grado de desarrollo de metodologías de evaluación en países preocupados del control de calidad, son basadas en estos tres enfoques ha sido diferente y en general se usan en circunstancias también diferentes.

Los primeros intentos para introducir el control de calidad en los servicios de salud se basaron en la búsqueda de buenos resultados es decir de producción. Con el paso del tiempo se notó que este control era improductivo, por lo que los estudiosos de metodologías del control de calidad se dedicaron a investigar la calidad estructural y últimamente se está poniendo un énfasis creciente en la evaluación de los procesos.

Si bien hubo grandes discusiones respecto al valor de cada uno de estos enfoques, actualmente no hay duda respecto a que el énfasis de las evaluaciones debe ponerse en la evaluación de procesos y resultados y que el enfoque estructural es el que menos información suministra respecto a real calidad de servicios.

Sin embargo metodologías que combinen los tres enfoques permiten una evaluación multidimensional, ayudan a identificar los sitios y las causas del fracaso de la calidad y asegura acciones correctoras más apropiadas.

Tomando las palabras de Elsa Moreno de su libro Calidad de la Atención Primaria hago referencia a lo siguiente: todas las metodologías de evaluación coinciden en las siguientes etapas (Moreno, 2001):

Elección de los componentes a evaluar (efectividad, eficiencia, accesibilidad, adecuación, calidad científico técnica, continuidad, satisfacción del usuario y el prestador)

Elección del fenómeno a medir.

Propuesta de medidas correctoras.

Elección del enfoque (estructura, proceso y resultado).

Formulación de los estándares o criterios con los cuales comparar.

Obtención y análisis de la información. (Moreno, 2001)

4.4.13. Enfoques Estructurales

Desde este enfoque fundamentalmente se realiza la evaluación de los recursos y su organización, ya que consideran que con una buena infraestructura y la interrelación entre instituciones dará atención apropiada y se lograra mejores resultados. En el planteamiento estructural se evalúan los siguientes ítems: recursos humanos, instalaciones, manejo de normativas básicas y equipamiento, que se describen y comparan con normas establecidas en cada país.

Las metodologías usadas en el control de calidad basadas en el enfoque estructural son los siguientes:

Habilitación (Permiso de Funcionamiento): Es un procedimiento que desarrolla la autoridad sanitaria Provincial a través del inspector sanitario. Se realiza habitualmente por una sola vez cada, siendo la fecha máxima el 15 de julio de cada año. La evaluación se basa en criterios mínimos estructurales e higiénico sanitarios que deben poseer los establecimientos.

Categorización (Licenciamiento): Es la clasificación de los servicios de salud, ambulatorios y de internación según diversos criterios, tales como complejidad, riesgos de atención u otros (Moreno, 2001) .

En nuestro país esta práctica ha sido nula, La clasificación según niveles de complejidad permite definir niveles de resolución de problemas de acuerdo con las tecnologías disponibles (Moreno, 2001).

En la Provincia de Morona Santiago no licencia ninguna unidad operativa.

Acreditación: “Es un procedimiento de evaluación de los recursos institucionales, voluntario, periódico y reservado, que tiende a garantizar la calidad de atención a través de estándares previamente aceptados (Moreno, 2001).

Los estándares pueden ser mínimos (definiendo el piso o base) o más elaborados y exigentes, definiendo diferentes niveles de satisfacción, considero que este proceso debe ser de acuerdo a estándares internacionales, caso contrario caeríamos en el error de realizar procesos de Acreditación de acuerdo a parámetros nacionales que en nada contribuiría a mejorar los servicios de salud. Puede decirse que un establecimiento es acreditado cuando el ordenamiento y organización de sus recursos y actividades conforman una organización cuyo resultado final tiende a obtener una atención médica asistencial de adecuada calidad. (Salud, 1991). En este mismo proceso hablamos de Certificación como el procedimiento de evaluación periódica de los recursos humanos de profesionales, mediante el cual los mismos, luego de obtener su matriculación certifican una determinada especialidad y con ello el aval para la realización de determinadas prácticas de la misma.

4.5. Hipótesis

El déficit de calidad funcional en las 16 unidades operativas tipo A se debe a la insuficiente inversión por parte del Gobierno Central.

Describir la inversión estatal en salud en los últimos de 5 años en el Distrito 14D06.

4.6. Marco referencial

Para trabajar en una estrategia de calidad depende de la estructuración del sistema de salud, y del enfoque con el cual se pretende aplicar. En nuestro país a partir del 2011 se inicia a trabar en Calidad en Salud, ya que no ha existido un financiamiento suficiente y sustentable, pues los gobiernos de turno se han limitado a mitigar los baches en salud es por ello que no se ha resuelto problemas de coberturas, de equidad; en lo referente al

desarrollo gerencial no se ve avances, los logros alcanzados se ve en la empresa privada quienes si han alcanzado impactos consistentes en las condiciones de salud de la población. Las iniciativas respecto a implementar estrategias de calidad en el servicios de salud público no ha dado resultados quizá por el mismo desmantelamiento al cual fue sometido durante el gobierno de Duran Ballén, por lo que se puede concluir que no ha existido estrategia de calidad ya que por años se ha limitado a trabajar en base a los permisos de funcionamiento muchas veces de los mismos también se los realizaba de manera corrupta, con dadivas, con la finalidad de cumplir un requisito más, si esta situación se estaba dando en el sector Publico, no podemos imaginar cómo era la situación con los prestadores clandestinos, es así que en los últimos meses ha iniciado un proceso acreditación o certificación de unidades de servicio Público y de las competencias de sus profesionales de la salud.

Para entender porque esta serie de cambios en nuestro país hay que remitirse a la Constitución del 2008 desde sus primeras páginas hace referencia a la importancia que le da a la salud, en su artículo tres entre otros aspectos hace referencia a la salud, indica que “Es un deber primordial del estado garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes” (Asamblea Constituyente 2008, 2008).

Este deber el estado se compromete a garantizar atravez del Sistema Nacional de Salud, como todo proyecto político un tanto utopico ya que aun no se ha estructurado el sistema como tal, se mantiene fragmentado en diversas instituciones de relevancia como son los seguros de la policia, del ejercito, y otros del estado, la rectoria lo tiene en papeles, en la practica hay muchos entes rectores que continuan dictando las condiciones de manejo de la politica en Salud. El garantismo que expresa la cosntitucion no menciona atravez de ningun articulo se revisa el articulo 360 no mensiona cuales instituciones, ya que hasta el momento no hay dependencias estatales que trabajen en promocion de la salud y prevencion de la enfermedad, en interculturalidad, el articulo textualmente dice

“A través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria” (Asamblea Constituyente 2008, 2008), “con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de

atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas” (Asamblea Constituyente 2008, 2008),

Para realizar esta tan anhelada visión se requiere de grandes instituciones de investigación, de institutos donde se promueva el debate de cómo articular la medicina ancestral, si cuando en el diario vivir se constata la discriminación a lo ancestral ya que el mismo ministerio de salud se ha encargado de folclorizar a las practicas ancestrales. Menciona también a las instancias prestadoras de salud como una red ya que en ciertas provincias siendo parte del ministerio se encuentran aisladas, no coordinan su trabajo ni en lo operativo ni en lo administrativo

“La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad” (Asamblea Constituyente 2008, 2008),

Ademas en el articulo 362 la constitucion hace referencia de algunos parametros en los que se regira los servicios en salud si bien estas referencias son muy importantes hay que tomar cuenta que aun no se ha socializado y manifiesta

“Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez” (Asamblea Constituyente 2008, 2008)),

Ademas unicamente al estado se le responsabiliza de la universalizacion de los servicios en salud, pues la ciudadanía debe jugar un rol preponderante ya que se podra universalizar infraestructura, talento humano, equipos de nada servira si los ciudadanos no se empoderan de los servicios, en este sentido tambien al ciudadano se le deberia comprometer en la Universalizacion de los servicios, la constitución dice se encargara de:

“Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura” (Asamblea Constituyente 2008, 2008),

Esto de a poco se viene implementando ya que en el camino se ha encontrado diversos problemas tales como, vialidad, falta de talentos humanos, infraestructura obsoleta.

“El concepto de calidad debe centrarse desde la concepción biopsico-social de salud y desde el compromiso y responsabilidad del sistema sanitario por ofrecer prestaciones con los medios necesarios y con la garantía de un desempeño profesional pertinente” (Villalba, 2007).

Entendida a la Calidad de Servicios en salud en el primer nivel de atención acorde a la estrategia Atención Primaria en Salud, lo que se traduce en que para aquello es necesario que la universidad cambie su currículum y provea de profesionales competentes de acuerdo al mandato constitucional, sobre calidad en el primer nivel es muy valioso tomar el que describe.

V. METODOLOGIA

5.1. Metodologías del estudio

Es un estudio transversal descriptivo de la Calidad Funcional de los servicios de Salud de las 16 unidades operativas del Distrito 14D06.

5.2. Tamaño de la muestra

En este estudio se realizará una encuesta en todo el universo, es decir en las 16 Unidades operativas del distrito 14D06, mismo que está conformado por los cantones Limón-Indanza, Santiago, y Tiwintza de la Provincia de Morona Santiago.

5.3. Criterios de inclusión y exclusión

5.3.1. Criterios de Inclusión.

Unidades Operativas del Cantón Limón Indanza.

Unidades Operativas del Cantón Méndez.

Unidades Operativas del Cantón Tiwintza.

5.3.2. Criterios de exclusión.

Unidades operativas del IESS.

Unidades Operativas gerenciadas por los Gobiernos Autónomos de Limón-Indanza, Santiago, Tiwintza.

5.4. Descripción del distrito 14d06 Méndez-Limón-Tiwintza

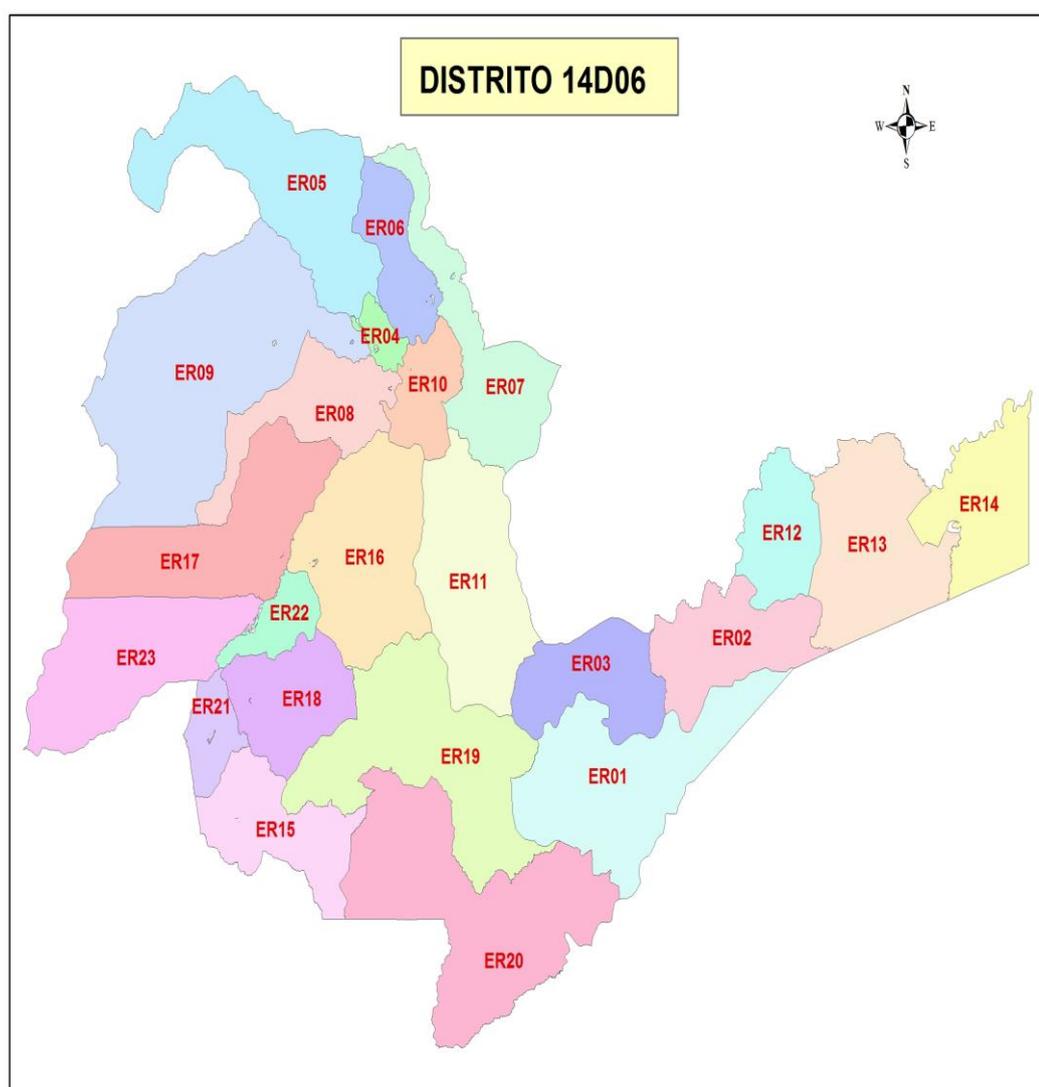
5.4.1. Antecedentes

El 15 de mayo del 2013 a través del acuerdo ministerial 3345 (Ministerio de Salud Publica, 2013) se sustituye la denominación de aéreas de Salud por el de direcciones Distritales, para este caso se fusionan dos aéreas; el área 3 Limón, y el Área 5 Méndez, como un solo Distrito 14D06 mismo que engloba a tres cantones como son Limón-Indanza, Méndez, Tiwintza.

La población que comprende en este distrito es de 26000 habitantes (INEC, 2010), con un componente predominante indígena de la cultura Shuar.

En servicios básicos que contribuyen a la salud, el 59,1% de la población tiene agua proveniente de una red Pública, el 38,4% dispone de alcantarillado, y el 52,1% de las familias elimina la basura a través del un recolector de basura según cifras dadas por el INEC 2010.

Figura 1 Mapa del distrito 14D06



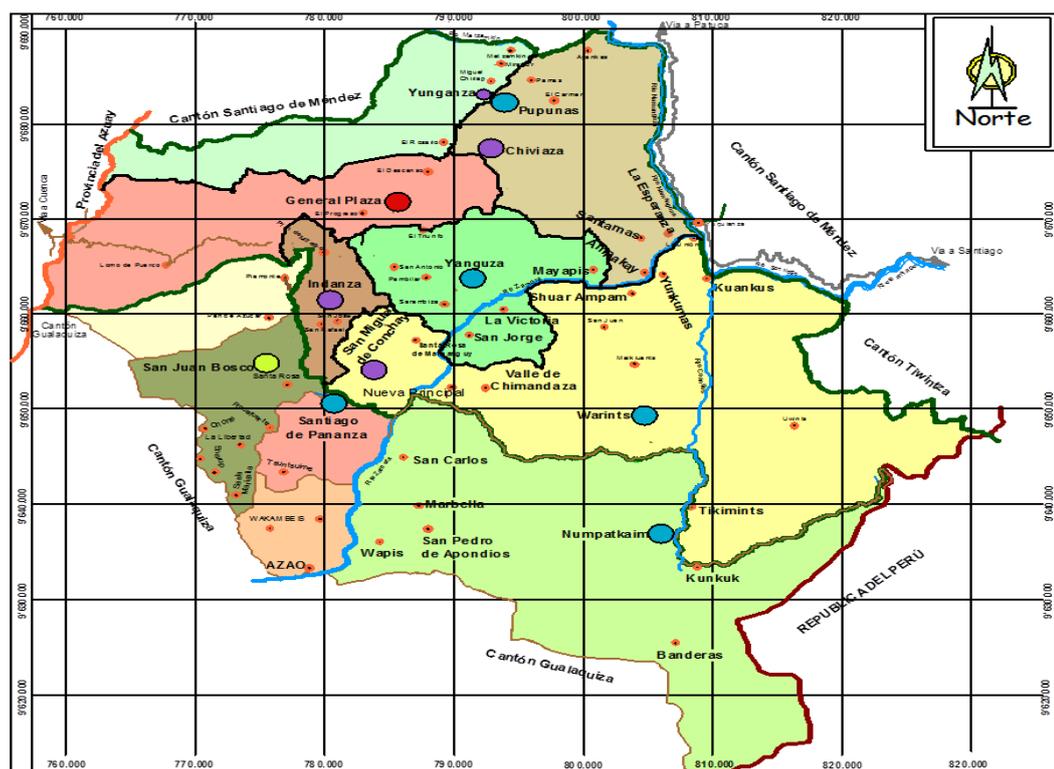
Elaborado por: Mauricio Anrango
Fuente: Archivos del Distrito

5.5. Limón - Indanza

5.5.1. Geografía

El cantón forma parte de la provincia de Morona Santiago, está ubicado a una altura de 1.014 a 1.400 metros sobre el nivel del mar; mientras que General Leónidas Plaza Gutiérrez, su cabecera cantonal está situada a 1.100 metros; tiene una extensión territorial de 2.101,4 km²; clima templado y húmedo con una temperatura que oscila entre los 18 a 22 grados centígrados; está al sureste del Ecuador; limita al norte con el cantón Santiago, al sur con San Juan Bosco, al este con Santiago y Perú; y, al oeste con la provincia del Azuay, cantón Gualaquiza (Wikipedia, 2013).

Figura 2 Limón Indanza



Elaborado por: Mauricio Anrango
Fuente: IGM

5.5.2. Población

De acuerdo al último censo 2010 la población ha disminuido producto de la migración hacia las grandes ciudades, se registra una población total de 9722 dividido en

4910 mujeres y 4812 varones (INEC, 2010), se caracteriza por poseer una población de 2055 Shuar (PDOT Limon Indanza, 2010)

5.5.3. Salud

En la tabla se muestra las unidades operativas incluido los puestos de salud, y el tipo de recursos humanos con que cuenta en la actualidad.

Tabla 1 Sc. Ps Limón Indanza

Parroquia	Localidad	Tipo de Establecimiento	Personal
Yungantza	Yungantza	Subcentro (A)	Medico
			Odontóloga
			Auxiliar Enfermería
			Interna Enfermería
Indanza	Indanza	Subcentro (A)	Medico
			Rural de Odontología
			Auxiliar Enfermería
			Rural de Enfermería
San Miguel de Conchay	San Miguel Conchay	Subcentro (A)	Medico
			Rural de Odontología
			Enfermera
San Antonio de Yanguza	San Antonio	Puesto de Salud (A)	Médico Rural
			Enfermero Rural
			Odontóloga
Santa Susana de Chiviaza	Chiviaza	Subcentro (A)	Médico
			Enfermero
			Odontóloga
	Warintza	Puesto de Salud (A)	Auxiliar Enfermería
Limón Indanza	General Plaza	Centro de Salud (A")	4 Médicos
			4 Enfermeras
			2 Auxiliares de Enfermería
			3 Odontólogas

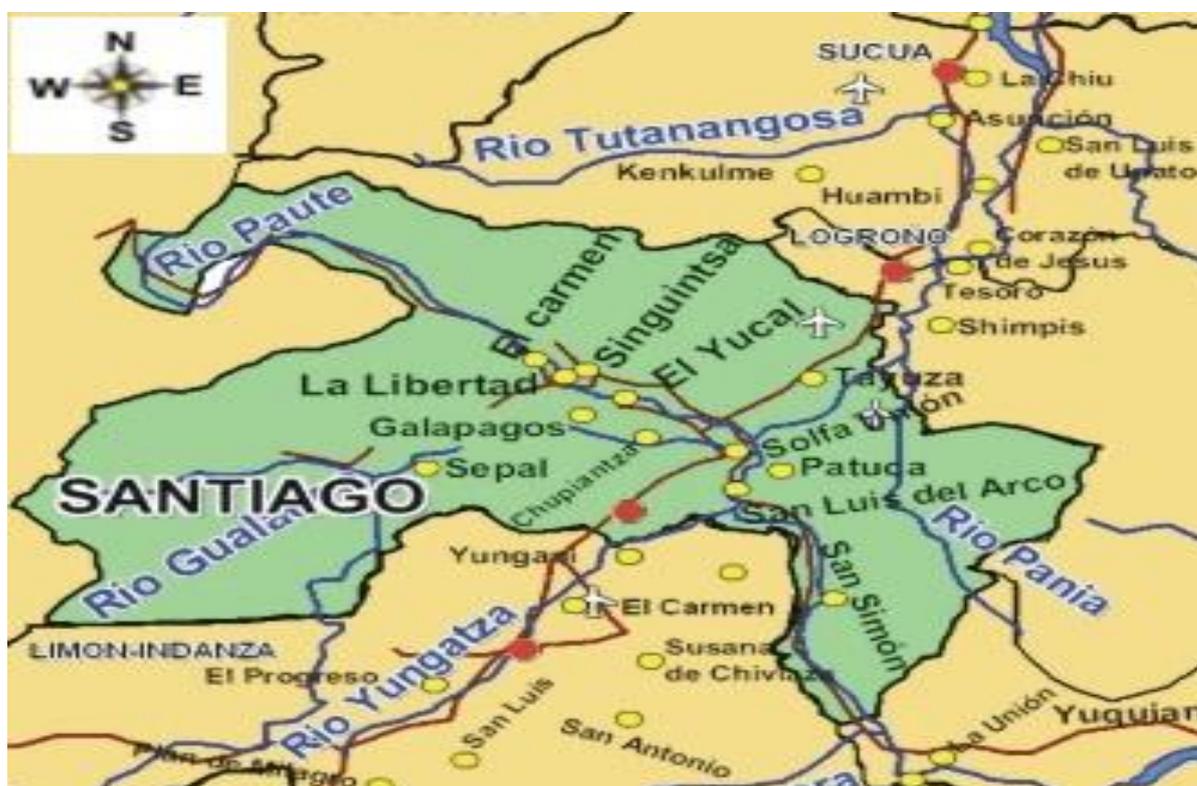
Elaborado por: Mauricio Anrango
Fuente: Investigación Personal

La realidad en lo que se refiere a Infraestructura en Salud es muy diversa presentándose tanto puestos de salud, Sub-centros de Salud, y Centros de Salud, mismos que de acuerdo a la nueva Tipología estarían clasificados como centros tipo "A".

5.6. Santiago de Méndez

El Cantón Santiago se encuentra ubicado en el centro geográfico de la Provincia de Morona Santiago, en el valle del río Upano; a 2°40' latitud Sur y 78° 17' longitud Oeste. Límites: al norte con los cantones de Sucúa y Logroño, al sur con el cantón Limón Indanza, al este con la frontera internacional con el Perú y al oeste por las provincias de Cañar y Azuay. Extensión: 1.981 km^2 aproximadamente. Fecha de Fundación: 12 de julio de 1913.

Figura 3 Santiago de Méndez



Elaborado por: Mauricio Anrango
Fuente: GAD Santiago de Méndez

5.6.1. Población

En los últimos años la población se mantiene con una tendencia de crecimiento, para el 2010 se registro una población de 9295 habitantes componiéndose de 4436 mujeres y 4859 varones (INEC, 2010). Siendo la etnia Shuar con el 10% una de las culturas originarias más extensas (Wikipedia, 2013).

5.6.2. Salud

La realidad en lo que se refiere a Infraestructura en Salud en este cantón está muy abandonada ya que la inversión estatal no ha sido suficiente ya que el presupuesto se envió de acuerdo al número de habitantes si tomar en cuenta la gran dispersión de la población.

Tabla 2 Sc.Ps Santiago de Méndez

Parroquia	Localidad	Tipo de Establecimiento	Personal
Copal	Copal	Subcentro (A)	Medico Enfermera
San Luis del Acho	San Luis del Acho	Subcentro (A)	
San Francisco de Chinimbimi	San Francisco de Chinimbimi	Subcentro (A)	Médico Rural
			Odontología Rural
			Auxiliar de Enfermería
Patuca	Patuca	Subcentro (A)	Médico
			Enfermero Rural
			Auxiliar de Enfermería
			Odontóloga
Tayuza	Tayuza	Subcentro (A)	2 Médicos
			1 Enfermera
			1 Odontólogo
Centro Urbano Méndez	Santiago	Centro de Salud (A") Anidado	3 Médicos
			3 Enfermeras
			2 Auxiliares de Enfermería
			2 Odontólogos

Elaborado: Mauricio Anrango
Fuente: Archivos del Distrito

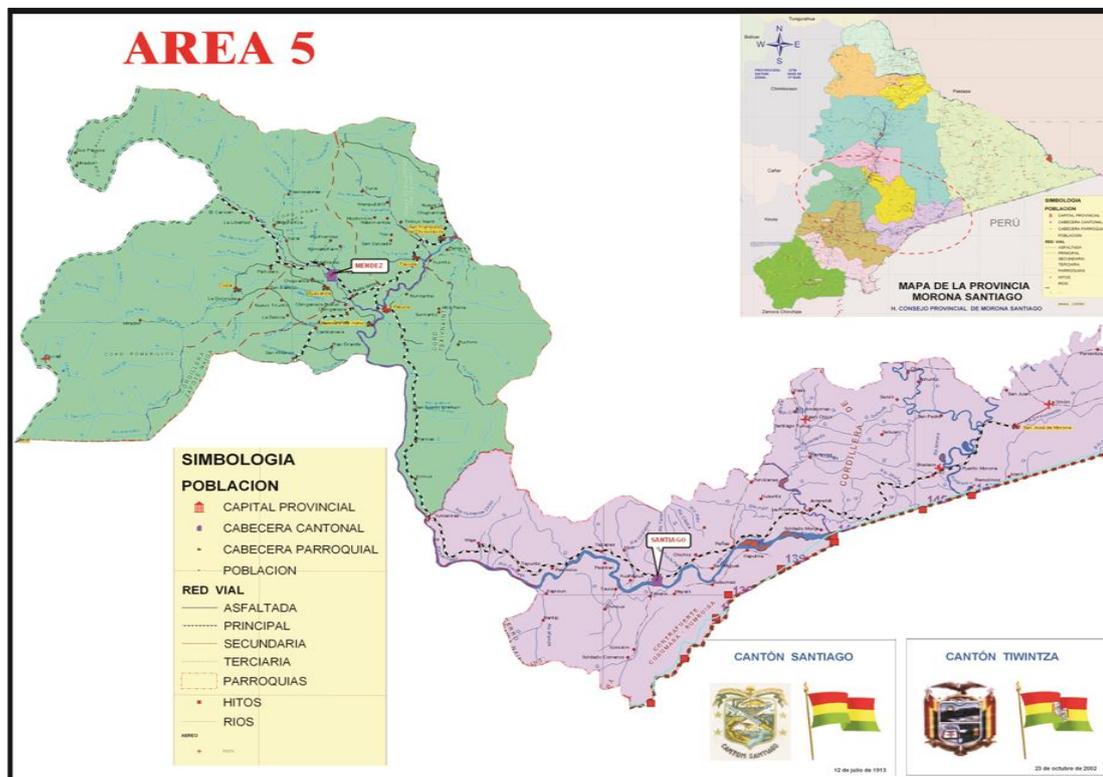
La infraestructura es muy diversa, está conformada por puestos de salud, Sub- centros de Salud, y Centros de Salud, mismos que de acuerdo a la nueva Tipología estarían clasificados como centros tipo "A".

5.7. Tiwintza

El cantón Tiwintza, se encuentra localizado al sureste del Ecuador en la jurisdicción de la provincia de Morona Santiago, su territorio se extiende entre los valles de los ríos Santiago y Morona desde la parte baja de las estribaciones de la cordillera del

Cutucú hasta la frontera con la República del Perú en la cordillera del Cóndor (Fundacion Atasim, 2012).

Figura 4 Tiwintza



Elaborado por: Mauricio Anrango
Fuente: IGM

En 1197 Km cuadrados están asentados dos parroquias San José de Morona, y Tiwintza, creadas en 1958 como una necesidad a frenar los intentos expansionistas de Perú.

5.7.1. Población

“Está conformado por un 70% de la Etnia Shuar con una población de 6995 habitantes. Es cantón más pobre de la provincia, se observa que solo el 45% de los niños Shuar tiene acceso a los servicios de Salud, el 355 de los niños menores de 5 años esta desnutrido, el 25%b de niños que cumplieron 5 años no está en la escuela. (Obcervatorio de Derechos de la Niñez, 2007)

5.7.2. Salud

Se puede hablar muy poco de salud ya que la infraestructura es deficiente y en mal estado, que no cumple ni los mínimos requerimientos, incluso la población que desconoce

de estándares internacionales sabe que es deplorable. Esta situación ha llevado a que la población Shuar catalogue a los centros de salud como lugares donde se muere la gente.

Tabla 3 Sc.Ps Tiwintza

Parroquia	Localidad	Tipo de Establecimiento	Personal
Santiago	Santiago	Subcentro (A)	3 Médicos
			1 Enfermero
			2 Auxiliar de Enfermería
			2 Odontóloga
San José de Morona	San José de Morona	Subcentro (A)	2 Médicos
			1 Enfermero
			2 Auxiliares de Enfermería
	Kashpaimi	Puesto de Salud	No hay personal

Elaborado por: Mauricio Anrango
Fuente: Archivos del Distrito

Se debe de manifestar como un factor negativo para mejorar los servicios de salud la distancia respecto a las grandes ciudades lo que ha restado competitividad para la contratación de personal, a su vez la construcción no se puede realizar debido a que los materiales de construcción son en ocasiones hasta tres veces superior al mercado de las ciudades grandes.

5.8. Instrumentos de recolección de datos

5.8.1. Matriz de observación

Se propone realizar la siguiente matriz de observación:

Se basa en los criterios de licenciamiento del ministerio de Salud Publica, consta de 178 ítems, con un modelo de respuesta de:

No posee = 0; Posee = 1, el valor mínimo es de 150, y un valor máximo de 167 puntos, el puntaje más alto corresponde a criterios de licenciamiento correcto.

Se subdivide a su vez en 142 items de infraestructura y equipamiento, 13 items de talento humano, y 12 de normativas, 3 items de epidemiología, 8 items de financiero.

Anexos

5.8.2. Variables a determinar

DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE
Calidad funcional	<ul style="list-style-type: none"> - Administración y Normativas - Financiero Contable - Recursos Humanos - Infraestructura y Equipamiento. - Epidemiología

Elaborado por: Mauricio Anrango
Fuente: Archivos del Distrito

5.9. Técnica de procesamiento de información

De los resultados a obtener, a través de la aplicación de la ficha de observación propuesta, se realizará una base de datos procesada a través del software estadístico “Excel versión 2010”.

5.10. Fuentes de información

Fuentes primarias: Datos obtenidos a través de la aplicación de la ficha de observación.

Fuentes secundarias: Información obtenida de libros, revistas y fuentes de información en línea.

5.11. Operacionalización de variables.

Tabla 4 Administrativo y normativas

Objetivos	Clasificación de Variables	Categorías	Variable Conceptual	Variable Real Dimensional	Indicadores	Escala
Determinar si el área Administrativa del Distrito 14D06 cuenta con los manuales de funciones y procedimientos administrativos, normas y protocolos de atención al paciente.	Independiente	Administrativo y normativas	Documentos	Documentos legales	Numero de Documentos	si
						No

Elaborado por Mauricio Anrango

Tabla 5 Financiero contable

Objetivos	Clasificación de Variables	Categorías	Variable Conceptual	Variable Real Dimensional	Indicadores	Escala
Determinar la suficiencia del presupuesto asignado desde planta central al distrito 14 D06 para cumplir con todos los objetivos y metas trazadas durante un periodo fiscal.	Independiente	Financiero Contable	Gastos en personal	Salario del personal estable	Inversión	Si
						No

Elaborado por Mauricio Anrango
Fuente: Investigación Personal

Tabla 6 Recursos Humanos

Objetivos	Clasificación de Variables	Categorías	Variable Conceptual	Variable Real Dimensional	Indicadores	Escala
Determinar si el Distrito 14D06 cuenta con el personal necesario en todas las unidades operativas del de acuerdo a la estandarización de un centro de salud tipo A.	Independiente	Recursos Humanos	Servidor Publico	Medico profesional, Enfermero/a, Odontología	Número de profesionales	Si
						No

Elaborado por Mauricio Anrango
Fuente: Investigación Personal

Tabla 7 Infraestructura y equipamiento

Objetivos	Clasificación de Variables	Categorías	Variable Conceptual	Variable Real Dimensional	Indicadores	Escala
Determinar si la infraestructura y equipamiento está acorde a la estandarización de un centro de salud tipo A.	Independiente	Infraestructura y equipamiento	Anexo Ficha de Observación	Extensión de las áreas Anexo Ficha de Observación	Numero de áreas	Si
						No

Elaborado por Mauricio Anrango
Fuente: Investigación Personal

Tabla 8 Epidemiología

Objetivos	Clasificación de Variables	Categorías	Variable Conceptual	Variable Real Dimensional	Indicadores	Escala
Determinar las dos primeras causas de Morbimortalidad en las 16 unidades operativas tipo A del Distrito 14D06 en el año 2013.	Independiente	Epidemiología	Morbimortalidad	Se refiere a la muerte y enfermedad de seres vivos	EDAS	Si
					IRAS	No

Elaborado por Mauricio Anrango
Fuente: Investigación Personal

5.12. Marco administrativo

5.12.1. Recursos Humanos

En el presente estudio se necesitará la colaboración del Director de tesis, de los Coordinadores del Distrito: Servicios Institucionales, Provisión de Servicios, Coordinador Médico, Coordinador Odontológico y de los médicos de las unidades Operativas.

5.12.2. Técnicos

Para el presente estudio se ve necesaria la utilización de guías de observación, mismas que se ha tomado las elaboradas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

5.12.3. Físicos

Para la presente investigación se requiere de:

Materiales de Oficina:

- Esferográficos.
- Lápices.
- Borradores.

- Resaltadores.

Papelería

- Papel bond.
- Carpetas.

Movilización: transporte público.

Alimentación:

Desayuno.

Almuerzos.

Merienda.

5.12.4. Tecnológicos:

- Computadora
- Impresora
- Cámara de fotos

5.13. Presupuesto del estudio.

5.13.1. Presupuesto del proyecto

Tabla 9 Presupuesto del proyecto

DESCRIPCIÓN	VALOR
Total general (suma de 1y 2)	2000,00

Elaborado: Mauricio Anrango
Fuente: Investigación personal.

5.13.2. Desglose del presupuesto.

5.13.3. Misceláneos

Tabla 10 Misceláneos

DESCRIPCIÓN	VALOR
Transporte y subsistencia	600,00
Útiles de oficina.	70,00
Servicios básicos (Luz, teléfono, correo electrónico, internet)	200,00
Fotocopias	40,00
Bibliografía	80,00
Computadora Personal	950,00
Total 1	1740,00

Elaborado: Mauricio Anrango
Fuente: Investigación personal

5.13.4. Imprevistos:

Tabla 11 Imprevistos:

DESCRIPCIÓN	VALOR
Imprevistos	260,00
Total 2	260,00

Elaborado: Mauricio Anrango
Fuente: Investigación personal

5.13.5. Financiamiento

Para la elaboración y aplicación de este trabajo es a base de Autofinanciamiento.

5.14. Cronograma

El cronograma de trabajo se divide en dos segmentos: la primera que consta hasta la presentación del trabajo de titulación; y la segunda parte inicia desde la aplicación de la ficha de observación propuesta, hasta la elaboración de la propuesta de intervención de los resultados arrojados por la ficha de observación.

Tabla 12 Cronograma

ACTIVIDAD	MES	Abril				Mayo				Junio				Julio			
	SEMANA																
Revisión bibliográfica relacionada con el tema de investigación		■	■	■	■												
Diseño del perfil de proyecto						■	■										
Revisión y aprobación del perfil						■	■										
Presentación del trabajo de Titulación.							■										
Aplicación de la ficha de observación, en cada una de las 16 unidades operativas										■	■						
Recolección y procesamiento de la información											■	■	■				
Análisis e interpretación de la información.														■			
Elaboración de la propuesta de intervención.															■	■	

Elaborado: Mauricio Anrango
Fuente: Investigación Personal.

BIBLIOGRAFIA

7 VOURI, H. (s.f.). “*Garantía de calidad en atención primaria de la salud*”. Monografías clínicas en Atención .

BARRENECHES, J. T. (2000). “*Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud*”. En J. T. Barreneches, E. Salud para todos . Colombia: Editorial de la Universidad de Antioquia.

CENSOS, I. N. (2010). Censo. *INEC* .

CROSBY, P. B. (1987). “*Calidad sin lágrimas*”. Calidad Sin Lagrimas , 50.

DONABEDIAN, A. (1984). “*La calidad de la Atención médica*”. En L. c. médica., *La calidad de la Atención médica*. México: Prensa Médica .

GUZMAN, D. R. (abril - 2007). “*Estudio caso-control sobre factores de riesgo de la leucemia infantil en Ciudad de La Habana*”. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, 8.

IBID. (2010). “*Calidad de salud*”.

K., L. (1990). “*Strategic for Quality Assurance*”. En S. f. Assurance.. Washington: Institute of Medicine.

GRETEL González Gilart MsC., 1. D. (2011/12/15). “*Características clinicoepidemiológicas de las leucemias en el niño*”. http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_15_12_11/san051211.pdf , 6.

R., U. (2004;7). “*Conceptos de Calidad en Salud*”. Publicación actual prácticas ambulatorias, 152-155.

R., U. (2007). “*Conceptos de Calidad en Salud*”. En U. R., *Conceptos de Calidad en Salud* (pág. 153).

RUBIO Cebrián, S. (1995). “*Glosario de Economía de la Salud* ”. Recuperado el 2 de Septiembre de 2013, de Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción

(PALTEX) de la “*Organización Panamericana de la Salud*”.:
www.sld.cu/galerias/doc/sitios/infodir/que_es_calidad_en_salud.doc

Salud, O. P. (1991). “*Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe*”.
Serie de Desarrollo de Sistemas Locales de Salud N 13 .

SENPLADES. (2013). “*Plan nacional del buen vivir*”. Plan nacional del buen vivir,
137.

SENPLADES. (s.f.). *Plan del buen vivir*. Plan del buen vivir .

SERVICES, C. f. (1999). “*Garantía de Calidad de la Atención de Salud en los Países en Desarrollo*”. Serie de perfeccionamiento de la metodología de Garantía de Calidad .

WHO. (2006). *Calidad en salud*. EE.U

ANEXOS

Ficha de Observación (Ministerio de Salud Pública, 20013)

Administración y Normativas

Ficha de observación 1 Administrativo y normativas

UNIDAD OPERATIVA:		DISTRITO:	CANTON:	
FECHA DE APLICACIÓN:		FIRMA :		
RESPONSABLE:				
Normativa				
Constitución del Ecuador	Documentos legales	Presencia o Ausencia	Si	
			No	
PNBV	Documentos legales	Presencia o Ausencia	Si	
			No	
Código Orgánico de Planificación	Documentos legales	Presencia o Ausencia	Si	
			No	
Ley Orgánica de Salud	Documentos legales	Presencia o Ausencia	Si	
			No	
Registro Oficial de Creación de Distritos	Documentos legales	Presencia o Ausencia	Si	
			No	
Estatuto Orgánico por Procesos	Documentos legales	Presencia o Ausencia	Si	
			No	
Modelo de Atención Integral en Salud	Documentos legales	Presencia o Ausencia	Si	
			No	
CIE 10	Documentos legales	Presencia o Ausencia	Si	
			No	
Manual del CONE	Documentos legales	Presencia o Ausencia	Si	
			No	
Protocolos del MSP	Documentos legales	Presencia o Ausencia	Si	
			No	
Manual del RPIS	Documentos legales	Presencia o Ausencia	Si	
			No	
Manual de Referencia y Contrareferencia	Documentos legales	Presencia o Ausencia	Si	
			No	

Ficha de observación 2 Financiero Contable

Variable Conceptual	Variable Dimensional	Real	Indicadores	Escala	
Gastos en personal	Salario del personal estable		Inversión	Si	
				No	
Bienes y servicios de consumo corriente	Consumos diarios		Inversión	Si	
				No	
Bienes y servicios de Consumo de inversión	Consumos mensuales		Inversión	Si	
				No	
Transferencias y donaciones	Inversión que no viene del MSP		Inversión	Si	
				No	
Gastos en personal	Salario a personal de contrato		Inversión	Si	
				No	
Bienes de Larga Duración	Equipos mobiliario y		Inversión	Si	
				No	
Gastos en Prevención	Casas abiertas, jornadas medicas, Clubs.		Inversión	Si	
				No	
Gastos en Capacitación	Cursos, seminarios		Inversión	Si	
				No	
Inversión en obra nueva	Infraestructura Nueva		Inversión	Si	
				No	
Reparación	Equipos mobiliario y		Inversión	Si	
				No	
Renovación	Equipos mobiliario y		Inversión	Si	
				No	

Ficha de observación 3 Recursos Humanos

Talento Humano				
Medico profesional	Servidor Publico	Número de profesionales	1	
			2	
Psicólogo	Servidor Publico	Número de profesionales	1	
			2	
Obstetriz	Servidor Publico	Número de profesionales	1	
			2	
Enfermería	Servidor Publico	Número de profesionales	1	
			2	
Odontólogo	Servidor Publico	Número de profesionales	1	
			2	
Auxiliares de Odontología	Código de Trabajo	Número de Trabajadores	1	
			2	
Director - Jefe de la unidad	Servidor Publico	Número de profesionales	1	
			2	
Asistente administrativo	Servidor Publico	Número de profesionales	1	
			2	
Admisión (1 x profesional de estadística + asistente de estadística)	Código de Trabajo	Número de Trabajadores	1	
			2	
Seguridad	Código de Trabajo	Número de Trabajadores	1	
			2	
Limpieza	Código de Trabajo	Número de Trabajadores	1	
			2	
Choferes de Ambulancias	Código de Trabajo	Número de Trabajadores	1	
			2	
Auxiliar de Servicios administrativos	Código de Trabajo	Número de Trabajadores	1	
			2	

Ficha de observación 4 Infraestructura y equipamiento.

Variable Conceptual	Variable Real Dimensional	Indicadores	Escala	
Mostrador Recepción	Es una área de 10 mts*2	áreas	Si	
			No	
Archivo de Historias de Salud	Es una área de 15 mts*2	áreas	Si	
			No	
Sala de Espera General	Es una área de 25 mts*2	áreas	Si	
			No	
Sanitarios	Es una área de 3 mts*2	áreas	Si	
			No	
Sanitario Adaptado	Es una área de 5 mts*2	áreas	Si	
			No	
Local de Enfermería	Es un área de 16 mts*2	áreas	Si	
			No	
Consultorio Polivalente	Es una área de 16 mts*2	áreas	Si	
			No	
Consultorio de Odontología	Es una área de 18 mts*2	áreas	Si	
			No	
Sala de actividades Grupales	Es una área de 24 mts*2	áreas	Si	
			No	
Sala de Espera de Procedimientos	Es una área de 12 mts*2	áreas	Si	
			No	
Sanitario de Procedimientos	Es una área de 3 mts*2	áreas	Si	
			No	
Sanitario Adaptado de procedimientos	Es una área de 5 mts*2	áreas	Si	
			No	
Despacho de Información	Es una área de 10 mts*2	áreas	Si	
			No	
Sala de Procedimientos	Es una área de 24 mts*2	áreas	Si	
			No	

Área de esterilización	Es una área de 15 mts*2	áreas	Si	
			No	
Utilería Limpia	Es un área de 4 mts*2	áreas	Si	
			No	
Utilería Usada	Es una área de 3 mts*2	áreas	Si	
			No	
Lencería	Es una área de 3 mts*2	áreas	Si	
			No	
Sala de espera Toma de Muestras	Es una área de 10 mts*2	áreas	Si	
			No	
Toma de Muestras	Es una área de 5 mts*2	áreas	Si	
			No	
Toma de Muestras Especiales	Es una área de 9 mts*2	áreas	Si	
			No	
Mostrador doble repisa en U	Es un mueble para mostrador	áreas	Si	
			No	
Silla giratoria con brazos	Es mueble de oficina	áreas	Si	
			No	
Papelería oficina	Es un implemento de oficina	áreas	Si	
			No	
Cartelera de corcho	Es una herramienta para anunciar	áreas	Si	
			No	
Armario alto todo puertas	Es un mueble para guardar	áreas	Si	
			No	
Ordenador completo	Es un equipo de oficina	áreas	Si	
			No	
Sistema de archivo Móvil (para previsión de 150000 historias clínicas de 500 x 25 x 400 mm)	Es un mueble de oficina	áreas	Si	
			No	

Mesa con ala para PC con divisor	Es un mueble de oficina	áreas	Si	
			No	
Silla giratoria con brazos y respaldo regulable en altura	Es un mueble de oficina	áreas	Si	
			No	
Ordenador completo	Es un equipo de oficina	áreas	Si	
			No	
Bancas 3 plazas	Mueble de oficina	áreas	Si	
			No	
Banca 4 plazas	Mueble de oficina	áreas	Si	
			No	
Equipo audiovisual	Equipo electrónico	áreas	Si	
			No	
Basurero general	Recipiente para basura	áreas	Si	
			No	
Reloj de pared	Equipo electrónico	áreas	Si	
			No	
Sistema de música ambiental	Equipo electrónico	áreas	Si	
			No	
Dosificador de jabón en acero inoxidable	Es accesorio de aseo	áreas	Si	
			No	
Dispensador de papel mecha	Es accesorio de aseo	áreas	Si	
			No	
Cubeta higiénica, 5 L	Es accesorio de aseo	áreas	Si	
			No	
Percha doble	Es un mueble	áreas	Si	
			No	
Dispensador de preservativos	Equipo electrónico	áreas	Si	
			No	
Dosificador de jabón en acero inoxidable	Es accesorio de aseo	áreas	Si	
			No	
Dispensador de papel mecha	Es accesorio de aseo	áreas	Si	
			No	

Cubeta higiénica, 5 L	Es accesorio de aseo	áreas	Si	
			No	
Percha doble	Es un mueble	áreas	Si	
			No	
Dispensador de preservativos	Equipo electrónico	áreas	Si	
			No	
Mobiliario para local de enfermería (ver anexo de med-enferm)	Equipo de manipulación de Enfermería	áreas	Si	
			No	
Set de desechos (ver anexos)	Equipo de manipulación de Enfermería	áreas	Si	
			No	
Paquete de lencería básico (ver anexo med-enferm)	Implementos de lencería de enfermería	áreas	Si	
			No	
Equipo de Curaciones (ver anexo)	Diversos componentes de curación	áreas	Si	
			No	
Stock de insumos de enfermería (ver anexo)	Diversos medicamentos	áreas	Si	
			No	
Equipo de red de frio /inmunizaciones (ver anexo)	Componentes de la cadena de frio	áreas	Si	
			No	
Equipo de Sutura (ver anexo)	Componentes de sutura	áreas	Si	
			No	
Coche de Curaciones (ver anexo)	Componentes para curaciones	áreas	Si	
			No	
Equipo de perifoneo (ver anexo)	Componentes de perifoneo	áreas	Si	
			No	
Mobiliario para consultorio polivalente (ver anexo de med-enferm)	Equipo médico menor	áreas	Si	
			No	

Equipo de diagnóstico médico (ver anexo de med-enferm)	Equipo médico menor	áreas	Si	
			No	
Equipo de computación(ver anexo de med-enfer)	Equipo electrónico	áreas	Si	
			No	
Maletín para visita domiciliaria (ver anexo)	Equipo médico menor	áreas	Si	
			No	
Equipo de planificación familiar y detección oportuna de cáncer de cérvix	Equipo médico menor	áreas	Si	
			No	
Unidad dental completo con manguera por sistema Colibrí. (ver anexo)	Equipo odontológico	áreas	Si	
			No	
Mobiliario de oficina (ver anexo de odontología)	Mueble de oficina	áreas	Si	
			No	
Set de desechos (ver anexo de odontología)	Equipo de desechos	áreas	Si	
			No	
Instrumental para Operatoria dental (ver anexo odontología)	Equipo quirúrgico menor	áreas	Si	
			No	
Equipo instrumental de cirugía menor dental (ver anexo de odontología)	Equipo quirúrgico menor	áreas	Si	
			No	
Equipo instrumental de diagnostico dental (anexo de odontología)	Equipo odontológico	áreas	Si	
			No	
Equipo instrumental de profilaxis dental (anexo de Odontología)	Equipo odontológico	áreas	Si	
			No	
Mesa para reuniones	Mueble de oficina	áreas	Si	
			No	
Pantalla de proyección mural eléctrica	Equipo electrónico	áreas	Si	
			No	

Mueble para computadora	Mueble de oficina	áreas	Si	
			No	
Proyector multimedia	Equipo electrónico	áreas	Si	
			No	
Silla fija de vinilo con brazo, tapizada	Mueble de oficina	áreas	Si	
			No	
Silla fija de vinilo sin brazo, tapizada	Mueble de oficina	áreas	Si	
			No	
Papelera metálica	Implemento de Oficina	áreas	Si	
			No	
Negatoscopio Digital	Equipo de Transparencia	áreas	Si	
			No	
Negatoscopio 1 cuerpo	Equipo de Transparencia	áreas	Si	
			No	
Equipo de Computación	Equipo de computo	áreas	Si	
			No	
Bancas 3 plazas	Mueble de oficina	áreas	Si	
			No	
Banca 4 plazas	Mueble de oficina	áreas	Si	
			No	
Equipo audiovisual	Equipo electrónico	áreas	Si	
			No	
Basurero general	Recipiente para basura	áreas	Si	
			No	
Reloj de pared	Equipo electrónico	áreas	Si	
			No	
Dosificador de jabón en acero inoxidable	Es accesorio de aseo	áreas	Si	
			No	
Dispensador de papel mecha	Es accesorio de aseo	áreas	Si	
			No	
Cubeta higiénica, 5 L	Es accesorio de aseo	áreas	Si	
			No	

Dispensador de preservativos	Es un mueble	áreas	Si	
			No	
Percha doble	Equipo electrónico	áreas	Si	
			No	
Dosificador de jabón en acero inoxidable	Es accesorio de aseo	áreas	Si	
			No	
Dispensador de papel mecha	Es accesorio de aseo	áreas	Si	
			No	
Cubeta higiénica, 5 L	Es accesorio de aseo	áreas	Si	
			No	
Percha doble	Es un mueble	áreas	Si	
			No	
Dispensador de preservativos	Equipo electrónico	áreas	Si	
			No	
Camilla básica de procedimientos	Equipamiento medico	áreas	Si	
			No	
Flujómetro para oxígeno	Equipo electrónico	áreas	Si	
			No	
Vacuómetro	Equipo electrónico	áreas	Si	
			No	
Carro de curas con 3 cajones y estantes	Equipamiento medico	áreas	Si	
			No	
Lámpara examen rodable consulta	Equipamiento medico	áreas	Si	
			No	
Monitor NIBP & SpO2	Equipo electrónico	áreas	Si	
			No	
Mesón con lavabo (fregadero) con armarios inferiores	Equipamiento medico	áreas	Si	
			No	
Sistema de raíles para separación de pacientes	Equipamiento medico	áreas	Si	
			No	
Monitoreo Fetal	Equipo	áreas	Si	

	electrónico		No	
Autoclave de sobremesa	Equipo médico	áreas	Si	
			No	
Lavadora de material alta desinfección	Equipo electrónico	áreas	Si	
			No	
Dosificador de jabón de uso hospitalario	Equipo de limpieza	áreas	Si	
			No	
Dispensador de papel mecha	Equipo aseo	áreas	Si	
			No	
Mesón con lavabo (fregadero) con armarios inferiores	Equipamiento de aseo	áreas	Si	
			No	
Armario vitrina, 60 cm	Mueble de utilería	áreas	Si	
			No	
Carro de curas con 3 cajones y estantes	Mueble Medico	áreas	Si	
			No	
Porta sueros	Equipo utilería	áreas	Si	
			No	
Refrigerador bajo mesa 1 / 8 °C, 130 L	Equipo electrónico	áreas	Si	
			No	
Armario de estupefacientes, metálico con cierre	Mueble de utilería	áreas	Si	
			No	
Carro de medicación unidosis (manual)	Equipo de utilería	áreas	Si	
			No	
Set de desechos	Equipo de desechos	áreas	Si	
			No	
Mueble en acero inoxidable C/encimera y vertedero.	Mueble de desechos	áreas	Si	
			No	
Estantería rejilla en ac.inox.,105x46x190 cm	Mueble de ropa	áreas	Si	
			No	
Carro ropa sucia / limpia	Mueble de transportar ropa	áreas	Si	
			No	

Carro ropa sucia	Mueble de transportar ropa	áreas	Si	
			No	
Bancas 3 plazas	Mueble de oficina	áreas	Si	
			No	
Banca 4 plazas	Mueble de oficina	áreas	Si	
			No	
Equipo audiovisual	Equipo electrónico	áreas	Si	
			No	
Basurero general	Instrumento de aseo	áreas	Si	
			No	
Reloj de pared	Equipo electrónico	áreas	Si	
			No	
Sillón toma de muestras	Mueble para paciente	áreas	Si	
			No	
Carro de curas con 3 cajones y estantes	Mueble para transporte de equipos	áreas	Si	
			No	
Cubeta higiénica 40 litros	Instrumento de aseo	áreas	Si	
			No	
Esfigmomanómetro rodable	Equipo medico	áreas	Si	
			No	
Papelera en acero inox, 100 L	Implemento de Oficina	áreas	Si	
			No	
Lámpara examen rodable consulta	Implemento medico	áreas	Si	
			No	
Dosificador de jabón de uso hospitalario	Implemento de aseo	áreas	Si	
			No	
Dispensador de papel mecha	implemento de aseo	áreas	Si	
			No	
Carro de curas con 3	Mueble para	áreas	Si	

cajones y estantes	transporte de equipos		No	
Cubeta higiénica 40 litros	Instrumento de aseo	áreas	Si	
			No	
Esfigmomanómetro de pared	Equipo medico	áreas	Si	
			No	
Papelera en acero inox, 100 L	Implemento de Oficina	áreas	Si	
			No	
Lámpara examen rodable consulta	Implemento medico	áreas	Si	
			No	
Mesa de despacho con ala para ordenador (I)	Mueble de oficina	áreas	Si	
			No	
Silla giratoria con brazos y respaldo regulable en altura	Mueble de oficina	áreas	Si	
			No	
Dosificador de jabón de uso hospitalario	Implemento de aseo	áreas	Si	
			No	
Dispensador de papel mecha	Implemento de aseo	áreas	Si	
			No	
Camilla de exploración, 2 cuerpos	Mueble Medico	áreas	Si	
			No	

Elaborado por: Mauricio Anrango.

Ficha de observación 5 Dos primeras causas de Morbimortalidad

Variable Conceptual	Variable Real Dimensional	Indicadores	Escala	
Morbimortalidad	Se refiere a la muerte y enfermedad de seres vivos	EDA	Si	
			No	
		IRA	SI	
			NO	

De acuerdo a la normativa dispuesta por el ministerio de salud pública del Ecuador se debe poseer lo siguiente.

Tabla 13 Odontología.

Ministerio de Salud Pública	
INSTRUMENTAL, BIOMATERIALES, MOBILIARIO Y NORMAS	
UNIDAD DE EQUIPO ODONTOLÓGICO	CANTIDAD
Lámpara de luz fría	1
Micromotor de baja velocidad	1
Sillón odontológico con escupidera	1
Turbina de alta velocidad	2
Trimodular: jeringa de aire y de agua	1
Compresor a pistón seco, 1.5 Kw Con caja de insonorización	1
Lámpara de luz halógena	1
Succión	1
Limpiador de ultrasonidos.	1
Esterilizadora y/o autoclave	1
Ultrasonido (cavitron)	1
Taburete giratorio dental	1
Negatoscopio, 1 cuerpo	1

INSTRUMENTAL PARA OPERATORIO DENTAL	CANTIDAD
Aplicador exclusivo para sellante: plástico o metálico	8
Atacadores	16
bruñidores doble extremo	16
juego de cucharetas (medianas, pequeñas)	16
espátula para cemento doble extremo	2
percheros doble extremo	8
loseta de vidrio	2
porta amalgama	2
porta hidróxido de calcio	8
porta matriz	2
tijera para cortar metal	1
vaso dapen	2
porta desechos	1
porta servilleta	2
porta algodón	1
tallador para amalgama	8
EQUIPO INSTRUMENTAL DE CIRUGIA MENOR DENTAL	CANTIDAD
Fórceps universal superior adultos (150)	4
Fórceps universal inferior adultos (151)	4
Fórceps pediátricos superiores	4
Fórceps pediátricos inferiores	4
Fórceps molares superiores izquierdos	2
Fórceps molares superiores derechos	2
Fórceps molares inferiores	2
Fórceps pico de loro	1
Fórceps bayoneta	1
Elevador plano acanalado fino	2

Elevadores planos acanalados grueso	2
Elevadores curvos izquierdo y derecho	2
Elevadores apexos izquierdo y derecho	2
Jeringa cárpale	2
Pinza gubia pequeña o grande	1
Legra	1
Lima para hueso	1
Pinza porta aguja	1
Tijera quirúrgica curva	1
tijera quirúrgica recta	1
Osteotomo	1
Separadores para labios (set)	1
Tambor para gasa	1
Pinza anatómica	1
Pinza mosquito	1
Mango para bisturí	1
EQUIPO INSTRUMENTAL DE DIAGNOSTICO DENTAL	CANTIDAD
Espejos bucales planos	16
Explorador doble extremo	16
Pinza para algodón	16
Sonda periodontal	16
Termómetro	6
Tensiómetro digital	1
EQUIPO INSTRUMENTAL DE PROFILAXIS DENTAL	CANTIDAD
Puntas para ultrasonido (cavitron)	8
Curetas universales	6

SET DE DESECHOS	CANTIDAD
Recipiente de plástico con tapa de color rojo	1

para desechos infecciosos	
Contenedores de color rojo para material cortopunzante y/o triturador	1
Recipiente de plástico con tapa de color verde para desechos comunes	1
BIOMATERIALES ODONTOLÓGICOS	CANTIDAD
amalgama - capsulas	1
coltosol-frasco	1
eugenol -frasco	1
hidróxido de calcio -estuche	1
hidróxido de calcio puro - frasco	1
ionómero de base - estuche	1
ionómero de restauración estuche	1
barniz de flúor al 5% caja	1
fluoruro de sodio (gel al 2%)- frasco	1
ionómero para sellante -frasco	1
oxido de zinc- frasco	1
resina fluida (sellante)-jeringa	1
resina de fotocurado - kits	1
formocresol -frasco	1
monoclorofenol-frasco	1
apósito alveolar antiséptico (esponjas)-pomo	1
alvogil - pomo	1
hemostático- frasco	1
anestésico con vaso constrictor- cajas	1
anestésico sin vaso constrictor- cajas	1
anestésicos tópico- frasco	1
INSUMOS ODONTOLÓGICOS GENERALES	
Agua destilada - frasco	1

Agua oxigenada de 10 volúmenes _frasco	1
Alcohol-frasco	1
Algodón en rama -libra	1
Algodón en rollos caja/funda	1
Cepillos profilácticos- caja	1
clorexidina al 2% - frasco	1
glutaraldehido al 2% -galón	1
cintas testigo para esterilización -rollo	1
eyectores de saliva _ funda	1
fresas para turbina de pera -set	1
fresas para turbina de fisura-set	1
fresas para turbina cono invertido-set	1
fresas para turbina redonda-set	1
gasa - pieza	1
gorros desechables- caja	1
guantes de caucho - funda	1
guantes desechables- caja	1
hilo para sutura - caja	1
hipoclorito de sodio - frasco	1
hojas para bisturí - varias unidades	3
jeringuillas descartables -varias unidades	3
lubricantes para turbina y micromotor - frasco	1
campos operatorios desechables- caja	1
mascarillas desechables - caja	1
sablón - frasco	1
suero fisiológico- frasco	1
gafas de protección para luz halógena- unidad	1
gafas de protección transparentes - unidad	1

vaselina- pomo	1
copas de caucho - caja	1
pasta profiláctica - pomo	1
cepillos profilácticos - caja	1
cuñas interdetales- paquete	1
discos de lija- cajas	1
matriz metálica - cajas	1
papel de articular - cajas	1
piedra de Arkansas - unidades	1
tiras de celuloide - caja/funda	1
tiras de lija - cajas	1
tiras metálicas - cajas	1
conos de papel absorbente - cajas	1
agujas cortas- cajas	1
toallas desechables - caja	1
dispensador para toallas desechables	1
jabón líquido para manos - galón	1
dispensador para jabón líquido	1
agujas largas - cajas	1
MOBILIARIO DE OFICINA	
Archivador metálico	1
Escritorio	1
Cancel	1
Vitrina	1
Sillas	2
Mesa con ala para PC con divisor	1
Equipo de computación	1

Tabla 14 Médico y Enfermería

Ministerio de Salud Publica

INSTRUMENTAL, BIOMATERIALES, MOBILIARIO Y NORMAS	
EQUIPO PARA ATENCIÓN Y DIAGNOSTICO MÉDICO	CANTIDAD
Fonendoscopio	1
Martillo de percusión	1
Tensiómetro con brazaletes adulto y pediátrico	1
Electrocardiograma	1
Espirómetro	1
Espejo laríngeo	1
Lámpara de repuesto	1
Martillo	1
Otoscopio	1
Oftalmómetro	1
Pilas	1
Campana de Pinar/dopler portatil	1
MALETIN PARA VISITA DOMICILIARIA	CANTIDAD
Balanza romanilla	1
Cinta métrica	1
Linterna mediana	1
Semiluna pequeña	1
Tensiómetro	1
Fonendoscopio	1
Termómetro	3
Equipo de diagnostico simple (otoscopio, lámpara faríngea)	1
Insumos (jeringuillas varios vol., alcohol, guantes estériles, bajalenguas, vendas, torniquete)	CN
COCHE DE CURACIONES	CANTIDAD
Bandeja de acero inoxidable	1
Pinza de aro	1
Frascos de antisépticos	4
Porta termómetros	1
Recipiente porta pinza	1
Semilunas medianas	3
Tambor para gasa	1

Termómetros bucales	5
Torundero	1
EQUIPO DE CURACIONES	CANTIDAD
Pinza hemostática recta	1
Pinza quirúrgica	1
Tijera recta	1
EQUIPO PARA RETIRAR PUNTOS	CANTIDAD
Gasa (paquetes)	CN
Pinza anatómica	1
Tijera quirúrgica	1
Tijera de puntos	1
EQUIPO DE SUTURA	CANTIDAD
Mango de bisturí y hoja	1
Pinza anatómica	1
Pinza mosquito con diente	1
Pinza mosquito curva	1
Pinza quirúrgica	1
Porta agujas	1
Tijera recta	1
EQUIPO DE PARTOS	CANTIDAD
Pinza de aro	1
Pinza hemostática de 15 cmt	4
Pinza Kelly	4
Pinza porta agujas	2
Pinza quirúrgica	1
Pinza tirabalas	1
Pinza de amnioréxis	1
Pocillo para soluciones	1
Semiluna mediana	1
Tijera curva	1
Tijera recta de 25 cmt	1
PAQUETE DE LENCERIA BASICA	CANTIDAD
campos	CN
envolturas	CN
media sabana	CN
toallas	CN
prendas de protección	CN
SET PARA MANEJO DE DESECHOS	CANTIDAD
Recipiente de plástico con tapa para desechos infecciosos	1
Recipiente con tapa para placentas y tejidos patológicos *	1
Recipientes de plástico con tapa para material	1

cortopunzante	
Recipiente de plástico con tapa para desechos especiales	1
Recipiente de plástico con tapa para desechos comunes	1
Prendas de protección: mandil, guantes y mascarilla	1
MOBILIARIO PARA CONSULTORIO MÉDICO (POLIVALENTE)	CANTIDAD
Mesa de despacho con ala para ordenador (I)	1
Silla giratoria con brazos y respaldo regulable en altura	1
Silla confidente I	2
Balanza con tallímetro	1
Balanza Pesa bebés	1
Armario con cajones y estantes	1
Perchero de pie	1
Papelera metálica	1
Armario vitrina, 60 cm	1
Camilla de exploración, 2 cuerpos /Tallímetro	1
Escabel doble	1
Lámpara cuello de ganzo	1
Coche de curaciones	1
ventilador/aire acondicionado(costas y oriente)/ calefactor(sierra)	1
Biombos de 3 cuerpos	1
EQUIPO DE COMPU	CANTIDAD
CPU	1
Monitor	1
Teclado y mouse	1
Regulador de voltaje	1
Impresora	1
MOBILIARIO PARA LOCAL DE ENFERMERÍA	CANTIDAD
Mesa de despacho con ala para ordenador (I)	1
Silla giratoria con brazos y respaldo regulable en altura	1
Silla confidente I	2
Armario con cajones y estantes	1
Perchero de pie	1
Papelera metálica	1

Mueble bajo con encimera , pileta y puertas bajas.	1
Portasueros	1
Armario vitrina, 60 cm	1
Camilla de exploración, 2 cuerpos/Tallímetro	1
Escabel doble	1
Lámpara cuello de ganzo	1
Coche de curaciones	1
Balanza con tallímetro	1
Balanza Pesa bebés	1
Cartelera de corcho	1
Monitor NIBP & SpO2	1
EQUIPO DE PLANIFICACION FAMILIAR Y DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER DE CÉRVIX	CANTIDAD
Espátula de Ayre	1
Espéculos vaginales (Descartables)	2
Histerómetro	1
Pinza de aro	1
Pinza uterina o tirabalas	1
Tijera curva	1
Semiluna	1
EQUIPO DE RED DE FRIO / INMUNIZACIONES	CANTIDAD
Frigos por termo	8
Refrigerador	1
Regulador de voltaje	1
Termos	4
Termómetro para refrigeradora	1
STOCK DE INSUMOS DE ENFERMERIA	CANTIDAD
Alcohol	CN
Algodón	CN
Bajalenguas	CN
Cetrimide	CN
Esparadrapo	CN
Fijador en spray	CN
Gasa	CN
Guantes quirúrgicos estériles	CN
Hilos de sutura (vicril, catgut y sedas) (varios números)	CN
Hojas de bisturí (varios números)	CN
Jeringuillas descartables: insulina,1,3,5,10,20,50 cc	CN

Lencería para personal, usuarios y equipos	CN
Material para limpieza, aseo y desinfección	CN
Placas de vidrio	CN
Vendajes: gasa, elásticas, guata, yeso, clamps	CN
Espéculos vaginales (Descartables)	CN
EQUIPO DE PERIFONEO	CANTIDAD
Amplificador	1
Corneta	1
Micrófono	1
Grabadora	1

CN= Cantidad necesaria

* = Aplica para sala de procedimientos/partos/emergencia.