

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
SISTEMAS DE SALUD PARA EL SIGLO XXI

TESIS DE GRADO

**TRABAJO PRESENTADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE MASTER EN SALUD
PÚBLICA**

**ORGANIZACIÓN DE LA UNIDAD PIO XII DESDE LA CALIDAD DE ATENCIÓN
MIRADA DESDE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS
DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE OCTUBRE A DICIEMBRE DEL
2010**

Lcda. Ángela Cristina Yánez Corrales

Quito, a Febrero del 2011

DEDICATORIA

Esta investigación está dedicada a Dios quien me dio la oportunidad de extender mis estudios.

A mis padres: Víctor Hugo y Martha Cecilia que me han dado la oportunidad de vivir, de quererme, aceptarme y apoyarme incondicionalmente en todos los momentos de mi vida.

A mi esposo Juan quien con su amor y confianza supo respaldar todas mis decisiones.

A mis hijos Anna Christina, Víctor Hugo, Sarita y Juan Pablo quienes toleraron la ausencia de su madre para apoyar deseos de superación y son los que inspiran mis ganas de vivir y de trabajar.

A todos mis familiares y amigos que apoyaron la culminación de mi anhelo.

Cristina.

AGRADECIMIENTO

“Gracias señor por permitirme que te sirva a través de mi profesión”

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, al personal docente y administrativo del Instituto de Salud Pública, quienes me han brindado lo mejor en estos años de estudios.

A Rosa Goyes y Mónica Cañas quienes con su experiencia me brindaron conocimientos y apoyo en el desarrollo y culminación de esta investigación.

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|----|
| 1. RESUMEN..... | 7 |
| ABSTRACT | 8 |
| 2. PRESENTACIÓN | 9 |
| 2.1 CONTEXTO GEOPOLITICO | 9 |
| 2.2 UNIDAD DE SALUD PIO XII-OFERTA DE SERVICIOS..... | 10 |
| 2.3 PERFIL EPIDEMIOLOGICO..... | 12 |
| 3. ANALISIS SITUACIONAL (PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA)..... | 13 |
| 3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 17 |
| 3.2 JUSTIFICACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA..... | 17 |
| 3.3 MODELO DEL PROBLEMA CAUSA-EFECTO | 20 |
| 4. MARCO TEORICO..... | 21 |
| 4.1 CALIDAD DE LA ATENCIÓN | 21 |
| 4.1.1 LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN..... | 22 |
| 4.1.2 LA INTEGRACIÓN DE LA ATENCIÓN..... | 23 |
| 4.1.3 LA GLOBALIDAD DE LA ATENCIÓN | 24 |
| 4.2 OTRAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD | 25 |
| 4.2.1 EL PACIENTE | 25 |
| 4.2.2 LOS MIEMBROS DE SERVICIOS DE SALUD | 25 |
| 4.2.3 EL ADMINISTRADOR DE SERVICIOS DE SALUD..... | 25 |
| 4.3 GARANTIA DE CALIDAD | 26 |
| 4.4 CALIDAD EN EL PROCESO DE DESARROLLO..... | 27 |
| 4.5 GESTION DE RECURSOS HUMANOS | 30 |
| 4.5.1 EL TRABAJO EN EQUIPO | 31 |
| 4.5.2. EQUIPO DE SALUD | 33 |
| 4.6 MARCO CONCEPTUAL..... | 33 |
| 4.8 MODELO DESCRIPTIVO DE LA PROBLEMÁTICA | 39 |
| 4.9 MODELO PRESCRIPTIVO DE LA ATENCIÓN A PACIENTES CON IRAs | 40 |
| 5. CONOCIMIENTOS O EXPERIENCIA PREVIA..... | 42 |
| 5.1 MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL | 43 |

| | | |
|-------|--|----|
| 5.1.1 | MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD (MAIS) | 44 |
| 5.2 | INTEGRACIÓN DE ACTIVIDADES EN LA POBLACIÓN INFANTIL..... | 45 |
| 5.2.1 | ESTRATEGIA AIEPI (ATENCIÓN INTEGRADA PARA ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA)..... | 46 |
| 5.2.2 | MANEJO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DESDE EL AIEPI | 48 |
| 6. | HIPOTESIS DE CAMBIO Y ESTRATEGIAS ELEGIBLES | 49 |
| 6.1 | ESTRATEGIAS DE CAMBIO | 49 |
| 7. | OBJETIVO GENERAL..... | 50 |
| | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 50 |
| 8. | INSTRUCCIONES OPERATIVAS..... | 51 |
| 9. | METODOLOGIA..... | 53 |
| 10. | RESULTADOS Y DISCUSION..... | 55 |
| 10.1 | RESULTADOS..... | 55 |
| 10.2 | DISCUSIÓN..... | 61 |
| 11. | CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 62 |
| 11.1 | CONCLUSIONES..... | 62 |
| 11.2 | RECOMENDACIONES..... | 62 |
| 12. | BIBLIOGRAFIA..... | 63 |
| | ANEXOS | 67 |

INDICE DETABLAS

Tabla 1:

EQUIPO DE SALUD, HORARIO DE TRABAJO Y TIPO DE CONTRATO DEL PERSONAL DE SALUD DE LA UNIDAD OPERATIVA PIOXII 10

Tabla 2:

OFERTA DE SERVICIOS POR HORARIO Y NIVEL DE ATENCIÓN AL QUE CORRESPONDE, DEL AREA DE SALUD N° 4 CHIMBACALLE 11

Tabla 3:

DIEZ PRIMEROS MOTIVOS DE CONSULTA POR MORBILIDAD DE LA UNIDAD OPERATIVA PIO XII, 2010..... 12

Tabla 4:

TIPOS DE PAQUETES OFERTADOS Y POBLACIÓN CUBIERTA DE LA UNIDAD OPERATIVA PIO XII..... 15

Tabla 5:

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DE LA UNIDAD OPERATIVA PIO XII 58

Tabla 6:

FACTORES DE RIESGO SANITARIOS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCION RESPIRATORIA AGUDA DE LA UNIDAD OPERATIVA PIO XII..... 59

Tabla 7:

FACTORES DE RIESGO SOCIOECONOMICOS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCION RESPIRATORIA AGUDA DE LA UNIDAD OPERATIVA PIO XII..... 59

Tabla 8:

FACTORES DE RIESGO FAMILIARES DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA UNIDAD OPERATIVA PIO XII..... 60

INDICE DE ILUSTRACIONES

| | |
|---|----|
| Ilustración 1 MODELO DEL PROBLEMA CAUSA-EFECTO | 20 |
| Ilustración 2 MODELO DE REFERENCIA | 38 |
| Ilustración 3 MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD (MAIS)..... | 44 |
| Ilustración 4 MODELO DE IMPLEMENTACIÓN DEL AIEPI | 46 |

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1:

| | |
|--|----|
| MEDIDAS QUE APLICAN LOS TRABAJADORES DE SALUD AL EJECUTAR LA ESTRATEGIA DE AIEPI EN LA ATENCIÓN DE LOS NIÑOS..... | 47 |
|--|----|

Cuadro 2:

| | |
|---|----|
| LAS SEIS ACCIONES QUE COMPRENDEN EL TRATAMIENTO DEL NIÑO CON IRAS | 48 |
|---|----|

INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1:

| | |
|---|----|
| GUIA DE ENTREVISTA PARA LA POBLACIÓN..... | 67 |
|---|----|

ANEXO 2:

| | |
|--|----|
| GUIA DE ENTREVISTA PARA EL EQUIPO DE SALUD | 68 |
|--|----|

ANEXO 3:

| | |
|--|----|
| ENCUESTA SOBRE APLICACION DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PIO XII..... | 69 |
|--|----|

ANEXO 4:

| | |
|--|----|
| ENCUESTA SOBRE ATENCIÓN DE SALUD PARA LOS USUARIOS QUE ASISTEN A LA UNIDAD OPERATIVA PIO XII..... | 75 |
|--|----|

ANEXO 5:

| | |
|---|----|
| CHECK LIST -SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA UNIDAD OPERATIVA PIO XII | 79 |
|---|----|

ANEXO 6:

| | |
|--|----|
| HOJA DE OBSERVACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA UNIDAD OPERATIVA PIO XII..... | 85 |
|--|----|

ANEXO 7:

| | |
|--|----|
| FLUJOGRAMA DE PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA QUE ACUDEN A LA UNIDAD OPERATIVA PIO XII..... | 87 |
|--|----|

ANEXO 8:

| | |
|--|----|
| FLUJOGRAMA DE PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA QUE ACUDEN A CONTROL DE SU ENFERMEDAD EN LA UNIDAD OPERATIVA PIO XII..... | 88 |
|--|----|

ANEXO 9:

| | |
|--|----|
| FORMULARIO EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN..... | 89 |
|--|----|

ANEXO 10:

| | |
|---|----|
| FORMULARIO DE REGISTRO DE FACTORES DE RIESGO..... | 91 |
|---|----|

ANEXO 11:

| | |
|---|----|
| GUIA DIAGNÓSTICA DE LAS DIFERENTES ENTIDADES CLINICAS DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS..... | 91 |
|---|----|

ANEXO 12:

| | |
|---|----|
| PLANTILLA DE ACTIVIDADES EN PREPARACIÓN DE PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS..... | 93 |
|---|----|

ANEXO 13:

| | |
|---|----|
| PLANTILLA DE ACTIVIDADES EN LA CONSULTA MÉDICA. PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS CON IRAs..... | 94 |
|---|----|

ANEXO 14:

| | |
|---|----|
| PLANTILLA DE ACTIVIDADES EN POS-CONSULTA. PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS CON IRAs..... | 95 |
|---|----|

ANEXO 15:

| | |
|---|----|
| PLANTILLA DE ACTIVIDADES EN EL CONTROL DE PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS IRAs..... | 96 |
|---|----|

ANEXO 16:

PLANTILLA DE ACTIVIDADES EN LA VISITA DOMICILIARIA. PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS IRAs..... 97

ANEXO 17:

FOTOGRAFÍAS DEL EQUIPO DE TRABAJO DE LA UNIDAD OPERATIVA PIO XII..... 98

ANEXO 18:

JUSTIFICACIÓN PERSONAL..... 100

a) RESUMEN

Esta investigación fue realizada en la Unidad Operativa Pio XII, perteneciente al área de salud número 4 Chimbacalle del Ministerio de Salud Pública, entre Octubre a diciembre del 2010. La unidad es un servicio de salud de primer nivel, que además de actividades promocionales, preventivas y curativas, brinda atención en fisioterapia y terapia de lenguaje.

El objetivo general de la investigación fue contribuir a la organización del servicio, desde la calidad de atención, tomando en cuenta criterios de continuidad, integración e integralidad, mirada desde las infecciones respiratorias agudas que son la principal causa de consulta de morbilidad infantil en la unidad y que a demás permitió organizar el servicio desde la estrategia AIEPI (atención integral para enfermedades prevalentes de la infancia).

El conformar un equipo de trabajo, identificar y analizar la problemática de la unidad de acuerdo a criterios de organización de sistemas y servicios de salud; construir estrategias de cambio; capacitar al equipo de salud en base a las necesidades locales, redefinir funciones, tareas y procesos para el trabajo, constituyeron los objetivos específicos de la investigación.

La metodología empleada fue la investigación –acción, por su carácter participativo, por demandar un análisis situacional, conocimientos y experiencias previas, por definir un marco conceptual de referencia, por proponer una hipótesis dinámica y provocar cambios.

Para el desarrollo de la investigación fue necesario recoger la información mediante revisión de historias clínicas, entrevistas, y observación directa.

El proceso de cambio consistió en implementar un sistema de citas control, construir formularios para registro de datos y elaborar flujogramas de atención, lo que contribuyó a reunir elementos que indican que los servicios deben organizarse de manera que la calidad de atención sea un factor fundamental en el manejo de enfermedades.

Como resultado se obtuvo mejora en: la búsqueda de atención y utilización del servicio; en las prácticas preventivas y promoción de estilos de vida saludable; en el cumplimiento y la atención en casa; además, mayor cobertura de intervenciones preventivas y curativas.

PALABRAS CLAVE

Organización, Calidad de la atención, continuidad, integración, integralidad, trabajo en equipo, AIEPI.

ABSTRACT

This research carried out in the Operating Unit Pio XII, belonging to the health area number 4 Chimbacalle the Ministry of Public Health, from October to December 2010. The unit is a health class, in addition to promotional activities, preventive and curative care provides physical therapy and speech therapy.

The overall objective of this research was to help organize the service from the quality of care taking into account criteria of continuity, integration and comprehensiveness, viewed from acute respiratory infections are the leading cause of infant morbidity query the unit and allowed to arrange other services from strategy AIEPI (Comprehensive Care for Diseases of Childhood).

The form a team, identify and analyze the problems of the unit according to criteria of organization of systems and services, build change strategies, training of health team based on local needs, redefine roles, responsibilities and processes for work, were the specific targets of the investigation.

The methodology used was action research, for to be participatory, to sue a situational analysis, knowledge and experiences, to define a conceptual framework for proposing a hypothesis and lead to dynamic changes.

For the development of research was necessary to gather information through review of medical records, interviews and direct observation.

The change process was to implement an appointment system control, build tools for data entry and attention to develop flow charts, helping to gather evidence indicating that services should be organized so that the quality of care is a fundamental factor in disease management.

The result was improved: the search for care and use of the service, preventive practices and promotion of healthy lifestyles; on compliance and home care; addition, greater coverage of preventive and curative interventions.

KEY WORDS

Organization, Quality of care, continuity, integration, integrity, teamwork, AIEPI.

2. PRESENTACIÓN

2.1 CONTEXTO GEOPOLITICO POBLACIÓN ASIGNADA A LA UNIDAD PIO XII

En 1960, en la presidencia del Dr. Velasco Ibarra, se considera la creación de un centro de salud que atienda la demanda de los pacientes del sur de Quito y como programa piloto de salud dependiendo del Ministerio de Previsión Social, se crea el hoy Centro de Salud N°4.

El Centro de Salud N° 4 fundado en el año 1960 mediante decreto Ejecutivo N° 3292 del 29 de abril de 1992, publicado en Registro Oficial N° 932 de Mayo de 1992 se le designa como AREA DE SALUD, del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), con la responsabilidad de organizar, operacionalizar 29 unidades de Salud de nivel básico de atención, dividida en tres Sub áreas: Guamaní, Epicachima y Chimbacalle. En el año de 1994 se descentraliza la Sub área Guamaní y en el año 2000 Epicachima.

El Área de Salud N°4 Chimbacalle, cuenta con 18 Unidades Operativas, cumple funciones de primer y segundo nivel; sus unidades forman parte del primer nivel de atención que en el espíritu de la Atención Primaria de salud constituye el punto de encuentro entre la población y el sistema de salud, esta responsabilidad implica el manejo de todos los problemas de salud de la población es sus aspectos curativos, preventivos y promocionales así como asegurar que la atención sea continua, integrada, global y eficiente; además implica la participación de la población y la integración dentro del desarrollo multisectorial.

La unidad operativa (UO) PIO XII de primer nivel de atención, forma parte de las 18 unidades del área de salud N° 4, está ubicada en la zona urbana del sur oriente de la ciudad de Quito, parroquia Eloy Alfaro, en la calle Cangona S6-746 y Bobonaza), sus límites son:

Norte.- Barrio Obrero Independiente y Autopista General Rumiñahui.

Sur.- Quebrada "El Conejo".

Este.- Quebrada "El Conejo".

Oeste.- Vía antigua a Conocoto.

Cuenta con una población asignada de 10733 habitantes, de acuerdo a proyecciones del INEC (2001), en el cual incluye los barrios de: Pio XII, San Vicente, Chaguarquingo y Jaramillo Arteaga, barrios de características urbanas populares.

La población predominante es joven comprendida entre los 20 y 64 años (57.50%), seguidamente el grupo de escolares y adolescentes población entre 5 y 19 años (27.06%). Entre los grupos vulnerables se encuentra los adultos mayores con 6.66%, los menores de 5 años con 8.74%, mujeres en edad fértil 28.29% y mujeres embarazadas con 2.19%.

De acuerdo a datos nacionales la población de cobertura de la UO PIO XII está provista de servicios básicos en lo que se refiere agua, alcantarillado y energía eléctrica; según los datos socio económicos, la población es de ingresos medios, sin embargo un gran porcentaje vive en condiciones de pobreza especialmente los ubicados en zonas periféricas, además el 60% de la población habita en viviendas arrendadas y un 20 % vive en condiciones de hacinamiento.

La población cuenta con un comité barrial, conformado por presidentes de cada barrio.

2.2 UNIDAD DE SALUD PIO XII-OFERTA DE SERVICIOS

La unidad operativa PIO XII, oferta servicios de Medicina general, Obstetricia, Odontología, Enfermería, Psicología, Terapia de lenguaje y Fisioterapia, en un horario de atención por profesional (Lunes a Viernes). Observar tabla 1.

Tabla 1: EQUIPO DE SALUD, HORARIO DE TRABAJO Y TIPO DE CONTRATO DEL PERSONAL DE SALUD DE LA UNIDAD OPERATIVA PIOXII

| EQUIPO DE TRABAJO | HORARIO DE TRABAJO | TIPO DE CONTRATO |
|-----------------------|--------------------|------------------|
| Médico | 8 horas | Contrato |
| Enfermera | 6 horas | Nombramiento |
| Obstetra | 4 horas | Contrato |
| Odontóloga | 4 horas | Nombramiento |
| Fisioterapeuta | 8 horas | Contrato |
| Terapeuta de lenguaje | 8 horas | Contrato |
| Servicios Generales | 8 horas | Contrato |

FUENTE: Equipo de salud Unidad Operativa PIO XII

ELABORADO POR: Cristina Yáñez

EL servicio de fisioterapia fue creado en el año 2006, su contrato hoy es asumido por el área, al igual que terapia de lenguaje. Cabe mencionar que es el único sub-centro dentro del área de atención que cuenta con el servicio de fisioterapia y tiene muy buena acogida por la población.

Como parte del MSP y para operacionalizar las políticas de salud, el recurso humano de la unidad operativa realiza actividades intra y extramurales que están al servicio de la comunidad y de grupos vulnerables, a través del Modelo de atención Integral y la ejecución de programas verticales con enfoque de promoción, prevención y recuperación de la salud.

En el paquete de actividades preventivo oferta: atención a niños, en control de crecimiento y desarrollo, Inmunizaciones; atención a embarazadas y mujeres

en edad fértil, en control del embarazo, planificación familiar, DOC (Detección oportuna del cáncer cervico-uterino) y profilaxis dental.

En el paquete curativo oferta: Atención a la morbilidad general, niños y adultos por demanda espontánea, atención a la morbilidad de la mujer, atención a la morbilidad odontológica, terapia de lenguaje y rehabilitación física.

La unidad está provista de farmacia con medicamentos básicos distribuidos sin costo por la ley de gratuidad vigente desde el 2008.

Este servicio implementa programas verticales asignados desde el Ministerio de Salud: Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI, Nutrición, Tuberculosis, VIH-Sida, Salud intercultural, Atención Integral al adolescente, Adulto Mayor, Maternidad gratuita y atención a la infancia, salud del adulto-enfermedades crónicas no transmisibles y salud mental.

De una manera complementaria en relación a la capacidad resolutive, esta unidad refiere los pacientes al Área 4, en el que se oferta servicios de consultas por especialidades, servicio de emergencia, maternidad de corta estancia, trabajo social, laboratorio, Rx, ecosonografías, farmacia, servicio de vigilancia y control epidemiológico. Adicional en la misma estructura tiene un convenio con Fundación Vista Para Todos, que da varios servicios de consulta oftalmológica, cirugía, laboratorio, venta y reparación de lentes.

Tabla 2: OFERTA DE SERVICIOS POR HORARIO Y NIVEL DE ATENCIÓN AL QUE CORRESPONDE, DEL AREA DE SALUD N° 4 CHIMBACALLE

| ESPECIALIDAD | HORARIO | NIVEL |
|--|----------|------------|
| Emergencia | 24 Horas | 2do nivel |
| Pediatría | 8 Horas | 2do nivel |
| Ginecología | 8 Horas | 2do nivel |
| Medicina General | 8 Horas | 1mer nivel |
| Centro Obstétrico | 24 Horas | 2do nivel |
| Atención Especialidad *Medicina Interna | 4 Horas | 2do nivel |
| Odontología | 8 Horas | 1mer nivel |
| Laboratorio | 8 Horas | 1mer nivel |
| Imagenología | 8 Horas | 2do nivel |
| Psicología | 8 horas | 1mer nivel |

FUENTE: Recursos humanos del Área de Salud 4

ELABORADO POR: Cristina Yáñez

Su nivel de referencia es el Hospital Enrique Garcés que pertenece al MSP y el Hospital Patronato San José del Sur parte de la administración del Municipio de Quito (Instituciones de segundo nivel de atención, que proveen diagnóstico y atención intermedia especializada).

2.3 PERFIL EPIDEMIOLOGICO

La unidad operativa PIO XII durante el año 2010 presentó las siguientes morbilidades:

Tabla 3: DIEZ PRIMEROS MOTIVOS DE CONSULTA POR MORBILIDAD DE LA UNIDAD OPERATIVA PIO XII, 2010

| MORBILIDAD | PORCENTAJE |
|----------------------------------|------------|
| INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS | 17,56% |
| VAGINITIS | 7,18% |
| DESNUTRICIÓN | 7,07% |
| INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS | 6,27% |
| PARASITOSIS | 4,56% |
| ANEMIA | 3,99% |
| ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA | 3,08% |
| CANDIDIASIS | 2,17% |
| HIPERTENSIÓN ARTERIAL | 1,03% |
| ANEXITIS | 0,91% |
| OTRAS | 46,18% |

FUENTE: Estadística de la unidad de salud

ELABORADO POR: Cristina Yáñez

La demanda atendida por Infecciones respiratorias agudas (IRAs) principal causa de morbilidad en la unidad, se encuentra entre los menores de cinco años con un 55, 71% y de acuerdo a datos estadísticos de la unidad, ha ocupado el primer lugar en los últimos 3 años.

3. ANALISIS SITUACIONAL (PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA)

Entre Octubre a Diciembre del 2009, con la aprobación de la directora del área y de la unidad operativa se inició la recolección de datos necesarios para la elaboración del análisis situacional de la unidad, en la que se pudo determinar lo siguiente:

- **CONTINUIDAD**

CONTINUIDAD INTRAEPISODIO: La tasa de re consulta de morbilidad es 1,09 lo que implica que los pacientes acuden 1 sola vez por la morbilidad. (Referencia IRAs en menores de 5 años)

CONTINUIDAD INTER-EPISODIO: -PROMEDIO DE EPISODIOS DE ENFERMEDAD PREVALENTE (IRAs)- El promedio de episodios de enfermedad prevalente¹ es de 7 (de acuerdo a la revisión de historias clínicas tomadas como muestra).

CONTINUIDAD INTER-NIVELES: La tasa de referencia es de 0,86%, la tasa de contra-referencia es nula.

- **INTEGRACIÓN:** Mediante la observación directa se evidenció que durante la consulta (desde que ingresa el paciente a la unidad operativa hasta que sale del mismo), cada recurso humano cumplía actividades de requerimientos por el MSP, como son el registro de datos para programas verticales y la entrega de productos, el registro de atención diaria, y el registro de datos en la historia clínica de acuerdo a su función: No se evidencia integración de actividades.

El MSP realiza evaluaciones por profesional y no por procesos, son valorados de acuerdo a coberturas.

- **ACCESIBILIDAD**

ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA: La unidad operativa se encuentra en una zona urbana y el acceso a las poblaciones asignadas es de aproximadamente 5 minutos al punto más distante en transporte urbano, existe todo tipo de transporte, municipal y público, por lo que no es un impedimento para su acceso, es por ello que no solo se atiende la población asignada, acuden pacientes de diferentes sectores de Quito.

ACCESIBILIDAD ECONÓMICA: Las prestaciones que se ofertan en el servicio son gratuitas, aunque, de acuerdo a la encuesta realizada, los usuarios gastan en exámenes de laboratorio que escasamente son enviados al área; los medicamentos actualmente son entregados gratuitamente; sin embargo cuando no existe en stock son parte del gasto de bolsillo del usuario. El gasto promedio que los pacientes emplean en la atención es de 2 a 5 dólares.²

- **PERMANENCIA:** La unidad operativa permanece abierta de 07h00 a 16h00 de lunes a viernes; sin embargo, no todos los profesionales están disponibles en este horario de acuerdo a su contrato o nombramiento (ver cuadro1). Este horario no es acorde con

¹ Dicho de una enfermedad de mayor incidencia o frecuencia

² Encuesta realizada a pacientes que acudieron a la unidad operativa PIO XII, entre Octubre y Diciembre del 2009. (n=20)

las características poblacionales del sector. “Se atiende usuarios de otros sitios en un porcentaje considerable”³.

PERMANENCIA FUNCIONAL: El tiempo promedio de espera desde la llegada del usuario a la unidad operativa y el tiempo al ser atendido, son de 3 a 4 horas.⁴

PERMANENCIA ESPACIAL: En cuanto al flujo de pacientes en la consulta, a la entrada de la unidad existe información (cartelera) acerca de los servicios que brinda la unidad, pero no existe un flujograma de pacientes, ni señalización completa de servicios; la función de información la realiza la enfermera y la persona de servicios varios.

- **FUNCIONES UNIDAD OPERATIVA -PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN-:**

CONTACTO CON LA COMUNIDAD (PUERTA DE ENTRADA): La cobertura de atención es baja (cuadro 4), por lo que no existe una verdadera puerta de entrada.

ESTRATEGIAS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA, no existen documentos en el que se evidencie reuniones con la comunidad; sin embargo, los presidentes de los barrios son comunicados para cuando se requiere su participación. Cumplen el papel de voceros o colaboran en base a las necesidades de la unidad.

SÍNTESIS DE LA INFORMACIÓN: En el manejo de historias clínicas se evidencia que en un 99,78% tienen registros incompletos, demostrando un limitado manejo de la información.

- **OFERTA DE SERVICIOS**

En relación al manejo de crónicas todos los pacientes son referidos al área de salud por disponer de consulta de especialidad.

EDUCACIÓN NUTRICIONAL: En cuanto a los beneficios de los programas de educación nutricional, el 100% de entrevistas se han beneficiado alguna vez del PANN 2000, indicando que existe un adecuado cumplimiento en la entrega del programa, sin embargo, no existen datos en el que se indique educación nutricional extra a los beneficios del PANN (Programa Nacional de alimentación y nutrición).

EDUCACIÓN COMUNITARIA: En el programa de educación comunitaria, los grupos de beneficio son la población del barrio Pio XII, San Vicente y Chaguarquingo, Escuela Pio XII, Escuela EMAUS y Jardín Carlos Rosales.

No poseen una planificación documentada de actividades comunitarias, sin embargo realizan *ferias de salud, barridos en vacunación, vacunación canina*, pero dirigidos desde el área.

PAQUETES DE ATENCIÓN: Los paquetes de atención están dados de acuerdo a la responsabilidad en promoción, prevención y curación. (Tabla 4)

³ Dato referido por equipo de salud.

⁴ Datos de la guía de observación del investigador

Tabla 4: TIPOS DE PAQUETES OFERTADOS Y POBLACIÓN CUBIERTA DE LA UNIDAD OPERATIVA PIO XII

| PAQUETE DE ATENCIÓN | PORCENTAJE |
|--|------------|
| Consultas de morbilidad, medicina general, odontología, terapia física, terapia de lenguaje | 8,17% |
| Consulta preventiva a niños: PAI, control de crecimiento y desarrollo, salud escolar | 4,50% |
| Consulta preventiva de embarazadas: Control prenatal, detección de morbilidades, prevención con toxoide tetánico | 1,27% |
| Promoción de la salud: DOC, Educación nutricional, planificación familiar | 1,66% |
| Actividades comunitarias: visitas domiciliarias, coordinación con instituciones para salud escolar | 0,23% |

FUENTE: Estadística de la unidad de salud

ELABORADO POR: Cristina Yáñez

Los indicadores son bajos en relación a la población asignada, dato relativo al tipo de consulta curativa (mayor) Vs preventiva.

TRABAJO EXTRAMURAL: El servicio es deficiente en la promoción y prevención colectiva, las visitas domiciliarias se cumplieron en un 0,23%.

- **GESTION DE RECURSOS:** El número de pobladores 10734 no es coherente con el número de médicos que debe tener. Estándar 1 médico por cada 3000 habitantes, esta coherencia tampoco aplica al resto de profesionales.

RENDIMIENTO: El desempeño de médico, obstetra, odontóloga es en un 65%, mínimo del 85%. Los profesionales de fisioterapia, terapia de lenguaje y enfermería no existen datos que determinen el rendimiento.

- **SISTEMA DE INFORMACIÓN:** No existe integración de actividades con otros profesionales de la unidad operativa. Existe un sub-registro entre actividades cumplidas y ejecutadas. El tiempo de llenar documentos al momento de la consulta dura aproximadamente entre 7 a 10 minutos.⁵

- **GESTIÓN DE MEDICAMENTOS E INSUMOS:** En cuanto a la selección de medicamentos, existe un comité de farmacología en el área, capacitado y con experiencia en su manejo. Los medicamentos son escogidos en un 50% de acuerdo al perfil epidemiológico y el otro 50% con respecto a las necesidades de los servicios de segundo nivel que oferta el centro de salud, los cuales son distribuidos a las respectivas unidades operativas. Se observa que un 80% del abastecimiento de los medicamentos de la unidad son genéricos. Del total de medicamentos solicitados el 75% son recibidos.

⁵ Datos de la guía de observación del investigador

La ruptura de stock demora tres para su reposición.

- **GESTIÓN ADMINISTRATIVA:** Las decisiones son tomadas en reuniones de equipo, el tipo de gerencia es vertical, pero con matices de mutuo acuerdo. No existen planificaciones documentadas de ningún tipo. Las evaluaciones son realizadas por el área.
- **MOTIVOS DE CONSULTA:** Para el año 2009 en la UO PIO XII, las IRAs son la principal causa de morbilidad con 17.55%, de esta frecuencia el 55.71% corresponde a menores de cinco años (939 niños). Por otro lado, el 46,18% de referencia de otras enfermedades, representa una falta de claridad en el manejo de morbilidades, considerando como referencia a herramientas de gestión como el diagrama de Pareto⁶.

Ante el problema de salud específicamente de la población infantil que acude a la consulta diaria de la unidad operativa, motivaron a tomar como referencia la morbilidad, para determinar la organización del servicio de salud, partiendo de criterios de calidad y del manejo de acuerdo a la estrategia de Atención Integral para enfermedades prevalentes de la infancia –AIEPI-. Es así que se evaluó:

En la planificación anual de actividades no se evidencia acciones referentes al control de la enfermedad, seguimiento y prevención.

No se demostró el registro de actividades preventivas en las historias clínicas revisadas en referencia a las IRAs, como: (1) Detectar y actuar sobre factores biológicos, sanitarios y socioeconómicos en pacientes 2) Realizar un diagnóstico y tratamiento cuya finalidad consiste en evitar el avance de la enfermedad en los que ya están afectados 3) Realizar seguimiento a las personas diagnosticadas para evitar complicaciones) como lo refiere el AIEPI

En ninguna historia clínica se evidencia el registro de factores de riesgo BIOLÓGICOS (malnutrición, vacunación incompleta), SANITARIOS (consumo de agua insegura, mala eliminación de basura y excretas, mala eliminación de desechos líquidos, contaminación ambiental, presencia de animales intra domiciliarios) y SOCIOECONÓMICOS (pobreza, analfabetismo, destrucción familiar, violencia, alcoholismo, drogadicción, malas condiciones de la vivienda, hacinamiento)

La tasa de concentración para IRAs corresponde a 1,09 (estándar 2)

Se evidenció en un 90% del recurso humano la falta de conocimiento sobre roles y funciones en actividades para el manejo de las IRAs de acuerdo al componente clínico AIEPI, únicamente el médico es responsable de la morbilidad del paciente⁷

⁶El principio de Pareto es también conocido como **la regla del 80-20**, es utilizada como herramienta de gestión de calidad. El 20% de los defectos radican en el 80% de los procesos, así, de forma relativamente sencilla, aparecen los distintos elementos que participan en un fallo y se pueden identificar los problemas realmente relevantes, que acarrearán el mayor porcentaje de errores. En el caso de salud el 80% debe considerarse distribuido en las 9 primeras causas de morbilidad, y el 20 % en otras.

⁷⁻⁹ Entrevistas al equipo de salud

El 90% de personal no estaba capacitado en el componente clínico de AIEPI.⁸

El 46% de familias relacionadas al paciente presentan algún tipo de riesgos sanitarios; el 87% presenta algún tipo de riesgos socioeconómicos; el 59% refieren haber resuelto episodios seguidos de IRAs comprando el mismo medicamento en alguna farmacia privada; el 23% busca otra ayuda profesional; el 18% restante lo soluciona con remedios caseros⁹.

En cuanto al control de la enfermedad, el 90% de acompañantes de pacientes con IRAs que fueron atendidos por primera vez, no desearían volver a un control por el tiempo de espera en la entrega de turnos y en la atención¹⁰.

Ante esta problemática, el equipo menciona la falta de tiempo para abordar y registrar acciones preventivas (atribuidas al exceso de formularios para registrar información), el exceso de pacientes y la falta de recursos humanos. "imposible de realizar seguimiento a todos - otros pacientes perderían sin atención"¹¹.

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El trabajo individualizado del recurso humano de la unidad operativa Pio XII, se focaliza en actividades de programas verticales, cumplimiento de coberturas y exigencias del nivel central para tareas políticas, lo que dificulta la integración, continuidad e integralidad de actividades, en la atención de pacientes; esta situación mirada desde las Infecciones Respiratorias Agudas en menores de cinco años (primera causa de morbilidad en la unidad) la cual permite visibilizar los problemas relacionados a la calidad de la atención desde la estrategia AIEPI.

3.2 JUSTIFICACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA

Cada día en todo el mundo aumenta la preocupación por la forma en que se organizan los servicios de salud en virtud de la calidad¹², ya que de ello depende en gran medida el acceso de la población a dichos servicios, la eficiencia y la equidad que tengan sus acciones.

⁸ Ibid 5

⁹ Encuesta realizada a pacientes que acudieron a la unidad operativa PIO XII, entre Octubre y Diciembre del 2009. (n=20)

¹⁰ Ibid 9

¹¹ Ibid 9

¹² La calidad consiste en maximizar beneficios para la salud sin aumentar riesgos, es por consiguiente la medida en que se espera que la atención logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios.

El organizar los servicios de salud desde una perspectiva de calidad, permite desarrollar procesos de gestión del recurso humano y técnicos, que facilitan la atención no solo de enfermedades sino también de las condiciones que afecta el bienestar físico, psicológico y social de la población.

En esta óptica, la organización de la atención de salud se convierte en un modelo útil de desarrollo ya que no solo se abordarán los problemas presentes sino la posibilidad de organización ante las necesidades poblacionales con soluciones técnicamente óptimas.

En el Ecuador, el Ministerio de Salud Pública, se ha basado en el Modelo de Atención Integral para la organización de los servicios de salud. Este consiste en llevar a cabo acciones que permitan dar solución a las necesidades o problemas de salud de la comunidad, contribuyendo de esta manera a mejorar su calidad de vida, sin embargo, la aplicación de este modelo por parte de las unidades de salud, en particular de la unidad operativa PIO XII tiene una visión con énfasis en las actividades extramurales y en la que al individuo que acude a las unidades operativas se le atiende de acuerdo a su componente biológico y que para cumplir actividades del modelo de atención cada profesional individualmente realiza prevención, curación y rehabilitación sin que exista un enfoque de atención de calidad, además de tener un serio compromiso con las actividades en programas verticales y el cumplimiento de coberturas.

Ante esta realidad el organizar el servicio de salud de la PIO XII con criterios de calidad de la atención a través del trabajo en equipo es muy importante, ya que con ello se mejorará la capacidad resolutoria y la utilización de los servicios, las prácticas preventivas y promoción de estilos de vida saludables, además de mejorar parte del sistema de salud, mejorar las habilidades del personal y mejorar las prácticas familiares y comunitarias, partiendo de la participación activa de la misma comunidad y del equipo de salud.

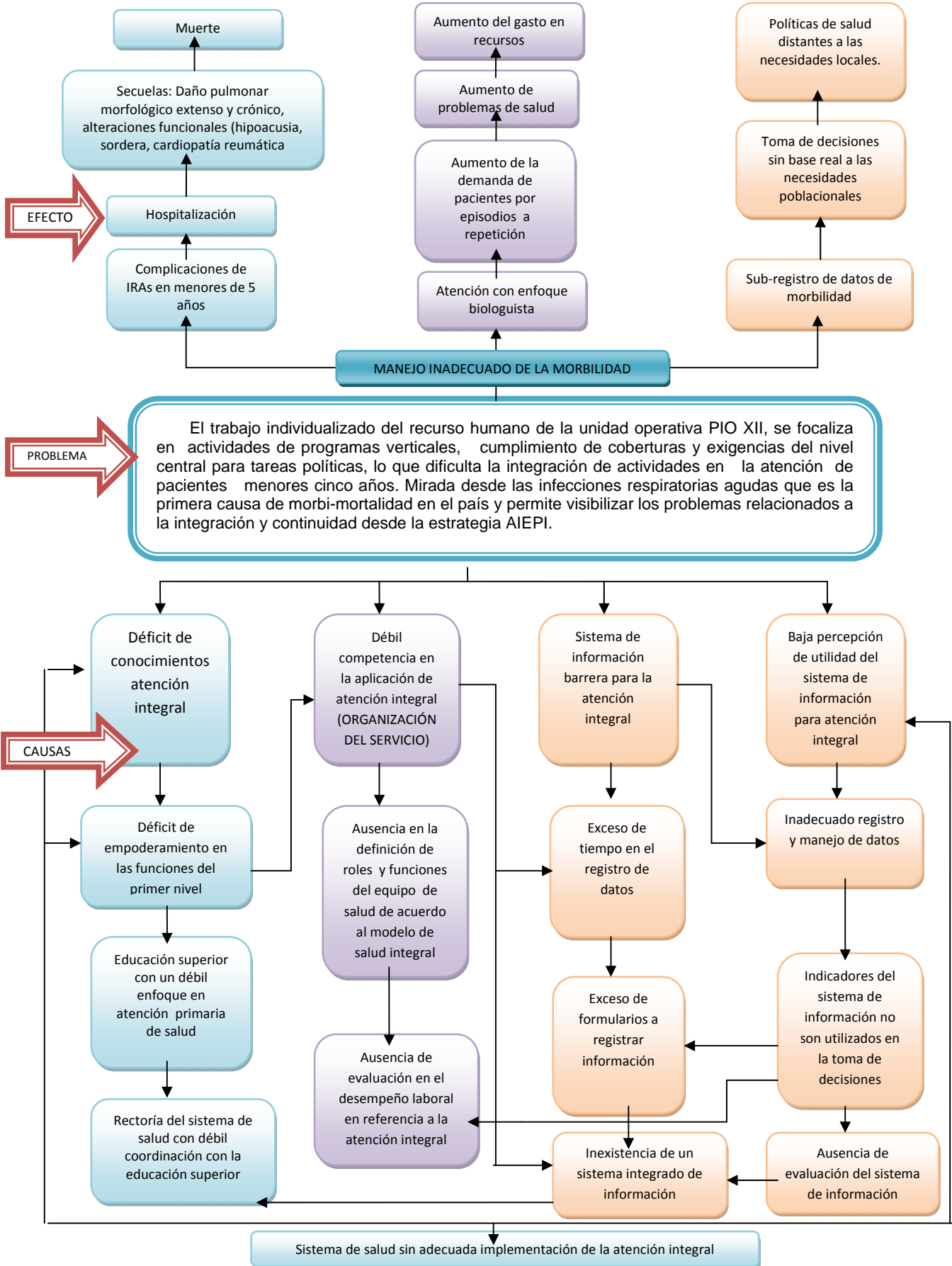
Los criterios de calidad en la atención: continuidad, integralidad e integración de actividades, ameritan ser abordados desde un episodio de morbilidad ya que a través de ello se puede identificar procesos de mejora, capaces de ser evaluados y por consiguiente replicados en todas las atenciones a pacientes.

En el caso de esta investigación el abordaje desde las infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años, es justificado ya que constituye no solo un problema local sino de salud pública prioritaria, con un costo en salud elevado en términos económicos. En relación a los servicios de salud, la participación interdisciplinaria del recurso humano basado en decisiones acertadas respecto al manejo correcto del padecimiento, es muy importante: con ello evitará las complicaciones y por lo tanto la muerte del niño.

Como apoyo para el desarrollo de la organización de los servicios de salud, la OMS/OPS y UNICEF ha unido esfuerzos en el desarrollo de la estrategia denominada Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) una iniciativa establecida con el propósito de coordinar todos los posibles recursos y las actividades hacia la consecución de objetivos específicos que incluyen la reducción de la mortalidad por estas enfermedades así como su ocurrencia y gravedad; y principalmente, el **mejoramiento de la calidad de la atención** del niño en los servicios.

La aplicación de esta estrategia es muy significativa, ya que al enfocar la calidad de atención, permite la organización de los servicios con procesos ya planteados; y por consiguiente, la solución de problemas de salud y fomento del desarrollo de la población.

3.3 Ilustración 1 MODELO DEL PROBLEMA CAUSA-EFECTO



4. MARCO TEORICO

Esta investigación parte de la necesidad de mejorar la atención de un servicio de salud. Para ello se adoptará los conceptos de Mercenier 1997, en la que enfoca la organización de los servicios como la responsabilidad de proveer a la población una atención de calidad, que está completamente distante de una ingenua visión de calidad definida solamente en términos de técnicas sofisticadas y modernas. Este concepto enfoca variables de continuidad, integración e integralidad con el único objetivo de recuperar la salud a través de la prevención, curación, seguimiento y mirar al individuo como un ente psicosocial.

4.1 CALIDAD DE LA ATENCIÓN

La calidad es uno de los elementos estratégicos en que se fundamenta la transformación y mejora de los sistemas sanitarios modernos, su estudio en la asistencia sanitaria, supone abordajes diversos dado que entraña, tradicionalmente, significados distintos para los pacientes, profesionales y gestores. La calidad de los servicios sanitarios será el resultado de las políticas sanitarias: de hacer lo correcto, de la imagen de la organización que perciben los prestadores y receptores de los cuidados, de la definición del servicio atendiendo al cliente interno y externo y de su adecuada interacción.

Los profesionales aportan habitualmente una perspectiva individual de la calidad a su práctica clínica, su pretensión legítima no es otra que hacer lo correcto de manera correcta. Los pacientes aportan una perspectiva individual, al plantear como atributos de la asistencia de calidad la adecuada comunicación interpersonal con los profesionales, a los que exigen competencia técnica, a la vez que desean una accesibilidad conveniente a los servicios. Tanto la administración como las organizaciones sanitarias son más proclives a la perspectiva comunitaria, exigen en la prestación de los cuidados un adecuado rendimiento técnico, que sea satisfactorios para los pacientes y mejore el nivel de salud de la comunidad.

El abordaje más sistemático para el análisis de la calidad de la asistencia, se debe a Donabedian, autor que formuló la clasificación de los métodos de análisis de la calidad: de la asistencia en calidad de los medios (evaluación de la estructura), análisis de la calidad de los métodos (evaluación del proceso) y análisis de la calidad de los resultados (evaluación de los resultados).

“La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios”¹³.

¹³ Donabedian A, *“The Quality of Medical Care”*, Science, sd, 2001

Este análisis de calidad parte de la organización de los servicios de salud que apuntan a proveer atención **continua, integrada y global**, como parte de la calidad y desde un enfoque sistémico planteado por Donabedian.

4.1.1 LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

La atención de base debe ser continua, es decir no debe limitarse al momento de la consulta, sino que supone que el servicio de salud asuma la responsabilidad por el individuo hasta que finalice el episodio de enfermedad o el riesgo, es decir hasta la recuperación total, o hasta que haya desaparecido el riesgo. El servicio de salud se responsabiliza de la salud de los individuos, idealmente desde el nacimiento hasta la muerte. Esta es una de las condiciones de la calidad de la atención.

La ruptura de continuidad pone a quien debe realizar la atención en una situación desfavorable: falta de información fiable sobre los antecedentes sanitarios del individuo, de su estado de salud, de su enfermedad, de los exámenes que se le han realizado, de las terapéuticas anteriores, entre otros.

La falta de continuidad impide al responsable de la atención conocer el resultado de su intervención; es decir que impide la evaluación necesaria a la calidad de atención.

“La continuidad de la atención asegura al individuo sano o enfermo la atención responsable de un equipo sanitario, lo que es esencial no sólo para desarrollar las acciones preventivas, sino también para hacer seguimiento de los enfermos crónicos”¹⁴.

La continuidad trata de prevenir las situaciones en las que el individuo por falta de seguir en contacto con el personal sanitario, se complica.

Según Mercenier (1997), diversas modalidades pueden utilizarse:

- En la delegación de tareas las instrucciones deben prever la conducta a observar hasta el fin del episodio o al momento de la referencia del paciente y no limitarse al primer contacto.
- El tipo de financiamiento influye sobre la continuidad: el pago por acto es una barrera para la continuidad ya que la provisión continua del tratamiento depende de las posibilidades que tiene el paciente para pagarlo. Por el contrario, el pago por episodio o por abono favorece la continuidad.
- Otra condición de la continuidad es que las referencias del paciente entre los diferentes elementos del sistema de salud, dispensarios, centros de salud,

¹⁴ Mercenier, Van Balen, Base de organización de los Servicios de Salud, Instituto de Medicina Tropical Príncipe Leopoldo, Amberes-Bélgica, 1997

hospitales, funcionen adecuadamente, con una real transferencia de responsabilidades e informaciones.

- Finalmente puede ser necesario, para asegurar la continuidad, un sistema de citas y medidas de recuperación: ficheros u otros sistemas de registro acompañados de una gestión racional de este sistema.

Asegurar y mejorar la continuidad es también comprender los obstáculos cualquiera sea su tipo. Eso requiere capacidad de empatía, es decir, una comprensión entre el individuo y el servicio de salud; y, entre la población y el servicio de salud.

4.1.2 LA INTEGRACIÓN DE LA ATENCIÓN

La salud es un todo y es necesario elegir en cada momento el mejor enfoque para incrementarla, mantenerla o recuperarla. Por lo tanto, la atención debe igualmente ser integrada por todos los tipos de atención (curativa, preventiva, promoción, rehabilitación) que deben hacerse idealmente por el mismo personal de salud.

Según Mercenier (1997), hay dos formas de concebir la integración de la atención: en el tiempo o a nivel del personal.

Algunas personas insisten en una integración en el tiempo, es decir, brindar la atención curativa y preventiva en el mismo momento, aprovechando de la consulta curativa como oportunidad para brindar la atención preventiva. En cualquier contacto con el paciente se brinda todas las formas de atención.

Eso requiere un equipo amplio de personal cada uno con una tarea diferente que le fue asignada. Este tipo de integración favorece la especialización del personal, unos siendo responsables para la atención curativa y otros para la atención preventiva; lo que implica que se hace la integración en el tiempo a expensas de la polivalencia¹⁵ de los miembros del equipo de salud.

Otro enfoque es tener un equipo de personal pequeño y poco diversificado el cual realice todo tipo de actividades, pero a menudo en otro momento. En efecto, es más importante que el comportamiento de cada miembro del equipo de salud refleje la responsabilidad para los diferentes tipos de atención, de acuerdo a las necesidades y los riesgos del paciente.

En ese caso la población a ser servida por el equipo debe ser pequeña y debe existir un sistema interno de referencias de una actividad a otra; por ejemplo, si

¹⁵ **POLIVALENCIA:** El servicio debe ser capaz de manejar todos los problemas presentados por la población ya sea en forma directa o refiriendo al nivel especializado. Producir una síntesis de problemas y las soluciones a ser aplicadas.

una mujer se presenta con una neumopatía, es necesario prever, si está embarazada, una vigilancia del embarazo.

“Una de las razones específicas de la integración es justamente la prevención, ya que ella no responde a las necesidades percibidas directamente por la población, que no aceptará si no es el resultado de un diálogo. La condición más favorable para ello es la relación de confianza que el individuo mantiene con el personal que lo atiende cuando está enfermo”¹⁶.

4.1.3 LA GLOBALIDAD DE LA ATENCIÓN

La atención médica de base debe ser global, es decir que los individuos deben ser comprendidos en su totalidad, tomando en cuenta tanto sus preocupaciones individuales (aspectos psicológicos) como la situación de la comunidad (aspectos socio-económicos y culturales). No basta curar un cuerpo enfermo, es necesario tomar en cuenta lo que lo rodea.

Si bien esto es más característico en las enfermedades a componente psicológico (asma, úlcera en el duodeno), las condiciones de aplicación del tratamiento dependen de él en cualquier enfermedad. ¿Cuántas veces los consejos nutricionales no son seguidos a causa de su dificultad? ¿Cuántas veces los medicamentos prescritos no son aplicados porque el esquema terapéutico es inaceptable? La relación de confianza entre el personal y los enfermos está condicionada a la globalidad de la atención.

Es necesario que el enfermo perciba en el personal una respuesta a su sufrimiento, alguien que siente su problema como él mismo. Esto fortalece una relación de empatía.

La empatía implica conocer y escuchar a la población. Supone, por lo tanto, unidades de atención suficientemente pequeñas como para estar próximas a la población y realmente integradas en ella. Es necesario que el personal de salud salga de sus muros para las visitas a domicilio, reuniones de barrio o del pueblo, en fin, que tenga contacto con la comunidad.

“Se habrá comprendido que sin globalidad se compromete la continuidad de la atención. La no integración de la atención limita las elecciones y por lo tanto la globalidad y continuidad de la atención”.

“El objetivo de la organización médico sanitaria es de incrementar, mantener o recuperar la salud a través de la prevención de atención continua, integrada y global”¹⁷.

¹⁶ Ibid 7

¹⁷ Ibid 7

Para concluir sobre las características de la atención definiremos la calidad de la atención a partir de sus características de continuidad, globalidad e integración y no como se hace tradicionalmente como el tratamiento más sofisticado con el equipamiento más moderno, sin descuidar la calidad técnica de la atención que debe ser considerada también.

4.2 OTRAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD

La calidad es un concepto integral y polifacético. Los expertos en calidad generalmente reconocen varias dimensiones diferentes de la calidad que varían en importancia según el contexto en el cual tiene lugar un esfuerzo de garantía de la misma.

Según Di Pretti Lori (2005), las dimensiones que no se pueden olvidar abordar en la atención de calidad son:

4.2.1 EL PACIENTE

Para los pacientes, la atención de calidad satisface sus necesidades percibidas, se presta de manera amable e inmediata. Desean servicios que alivien los síntomas en forma eficaz y prevengan las enfermedades. *“La perspectiva del paciente es muy importante porque es más probable que los clientes satisfechos cumplan con el tratamiento y continúen utilizando los servicios de salud primaria”*¹⁸. Es por ese motivo que, con respecto a todas las demás dimensiones de calidad, la satisfacción del cliente afecta la salud y el bienestar de la comunidad.

4.2.2 LOS MIEMBROS DE SERVICIOS DE SALUD

Para los miembros de servicios de salud, la atención de calidad implica la libertad de hacer todo lo que sea apropiado para mejorar la condición de salud del paciente y de la comunidad, de acuerdo a normas establecidas, técnicas actuales y los recursos con los que se cuenta. El compromiso y la motivación del proveedor dependen de la capacidad para llevar a cabo su vocación de manera ideal y óptima. Los miembros del grupo de salud tienden a concentrarse en la competencia profesional, la eficacia y la seguridad.

4.2.3 EL ADMINISTRADOR DE SERVICIOS DE SALUD

¹⁸ Di pretti Lori, Garantía de la calidad de la atención de salud en los países en desarrollo, Bethesda, USA, 2005

Los gerentes o administradores de los servicios de salud rara vez participan en la prestación de servicios de atención, pero la atención de calidad es importante en su trabajo diario. La variedad de las demandas de supervisión, administración logística y financiera y asignación de escasos recursos presenta muchos retos y crisis inesperados. Esto puede hacer que un gerente no tenga una idea clara del propósito ni de las prioridades clínicas. Para un gerente, la concentración en la calidad puede ayudarle a organizar la administración del personal, el mejor flujo de los pacientes y el acceso de servicios a la comunidad. Los administradores de los servicios de salud tienden a pensar que el acceso, la eficacia, la competencia profesional y la eficiencia son los aspectos más importantes de la calidad.

4.3 GARANTIA DE CALIDAD

La garantía de calidad comparte varias características. Por ejemplo, cada una de ellas se refiere a un proceso de evolución sistemático que se orienta hacia el mejoramiento del desempeño y la utilización de información en el proceso, ya sea en forma implícita o explícita. *“Fundamentalmente, la garantía de calidad es el conjunto de actividades que se llevan a cabo para fijar normas, vigilar y mejorar el desempeño de tal manera que la atención prestada sea lo más eficaz y segura posible”*¹⁹.

La garantía de calidad no es una nueva “varita mágica,” sino que ha formado parte de la atención de salud durante los últimos 100 años. Su introducción a la medicina moderna se debe a una enfermera británica, Florence Nightingale, quien evaluó la calidad de la atención de los hospitales militares durante la Guerra de Crimea. Ella introdujo las primeras normas de atención sanitaria, las que produjeron una notable reducción de los índices de mortalidad en los hospitales.

Según Di Pretty Lori (2005) La garantía de calidad utiliza información para analizar los procesos de prestación de servicios. Otro aspecto importante de la garantía de calidad son las técnicas cuantitativas para el análisis y la supervisión de problemas. Este enfoque orientado hacia la información sirve para que el equipo de Garantía de Calidad, pruebe sus teorías sobre las causas de fondo — la solución eficaz de los problemas debe basarse en los hechos, no en las suposiciones.

La garantía de calidad alienta un enfoque de trabajo en equipo para la solución de problemas y la mejora de la calidad. La participación del personal y el uso de enfoques de equipo, cuando corresponda, son esenciales para la garantía de calidad. Las perspectivas de participación ofrecen dos ventajas. En primer lugar, el producto técnico de un proceso participativo es probable que sea de mejor calidad porque cada uno de los miembros del equipo aporta perspectiva e información

¹⁹ Fernández Busso, Calidad de la atención médica: Nuevas formas de organizar la salud, sd, Buenos Aires, 2001

originales al esfuerzo de mejora de la calidad. El trabajo en equipo posibilita un análisis completo del problema y una solución factible. En segundo lugar, es más probable que la gente acepte y respalde los cambios en que colaboró. Por ende, la participación genera el consenso y reduce la resistencia que normalmente se experimenta cuando se inician cambios institucionales.

La garantía de calidad puede incluir todo desde investigación aplicada hasta evaluaciones e intervenciones de administración integral. En la práctica, el alcance y la variedad de un esfuerzo de garantía de calidad, depende de las necesidades y la capacidad de la organización de servicios de salud. En la mayoría de los casos, el esfuerzo de garantía de calidad se realizará como una actividad limitada que se integra al sistema de administración existente; sin embargo, si una organización desea un enfoque más integral, se puede elaborar una iniciativa de garantía de calidad dentro del contexto de un esfuerzo de mejora de administración de calidad total, lo que tendría repercusiones para todo el sistema administrativo.

4.4 CALIDAD EN EL PROCESO DE DESARROLLO

Las actividades de los servicios de salud se inscriben en el conjunto de actividades humanas tendientes al bienestar de la comunidad y de sus miembros. Ninguna de estas actividades puede ser concebida de forma aislada y no tomar en cuenta las otras, ya que una actividad sanitaria puede influir sobre el nivel económico, de la misma forma que una actividad agrícola lo hace sobre el estado de salud de una población.

Las actividades sanitarias no representan por lo tanto más que un elemento y no necesariamente el más importante para el desarrollo. Sería irreal no tomar en cuenta el rol que servicios de salud puedan jugar en el desarrollo global de una comunidad. Al revés, sería también irreal ignorar tanto la naturaleza relativa de este rol con relación a otros elementos de desarrollo como la carga considerable para la comunidad que puede significar una actividad de salud muy desarrollada. Mejorar los servicios de salud sólo tiene sentido, si favorece una mejoría del bienestar global.

Introducir técnicas que a causa de su costo, sus necesidades de infraestructura y de personal calificado, así como de sus limitaciones, no podrán aprovechar más que a una pequeña parte de la población, arriesga no solo crear una falsa imagen de las posibilidades de la medicina y una frustración entre las personas que no pueden utilizar estas técnicas, sino también una diversificación de recursos que a veces son cruelmente necesarios a otros sectores del desarrollo, más eficaces para promover el bienestar social.

En la misma forma se debe mantener el equilibrio entre los sectores del desarrollo, entre la distribución de los recursos y entre el centro y la periferia (por ejemplo, nacional vs. regional; urbano vs. rural).

Los servicios de salud deben por lo tanto inscribirse de una manera dinámica en el desarrollo global de la comunidad a la cual sirven.

Como toda otra acción, las actividades sanitarias utilizan los recursos humanos y materiales que existen en la comunidad. Si el personal de salud no relativiza sus posiciones y sus funciones se dilatan para obtener el máximo de estos recursos para sus servicios: siempre le parecerán insuficientes. Los recursos son siempre limitados y habrá un límite al esfuerzo que la población estará dispuesta a hacer por sus servicios de salud, teniendo en cuenta el total disponible y la importancia que la población atribuye a otros problemas.

Por lo tanto lo más importante es utilizar los recursos disponibles de la forma más eficiente, optimizando el esfuerzo que puede hacer la población. Esta necesidad de optimización se refiere:

- al uso de las habilidades profesionales,
- al desarrollo del potencial del personal,
- a la utilización racional de los recursos materiales y financieros; y,
- al desarrollo del conocimiento y las habilidades de la comunidad.

Esta última favorece un aumento del potencial humano, la liberación y la realización de los propios deseos (self-fulfillment), siendo todos, elementos claves del desarrollo.

La utilización óptima de los recursos, decidida unilateralmente por el personal de salud, sobre criterios exclusivamente técnicos, tendrá siempre el riesgo de olvidar los juicios de valor de la población, y por lo tanto de ser poco aceptable.

Las necesidades de la población pueden sobrepasar los medios disponibles y es a la población a quien le corresponde decidir qué aporte de medios suplementarios está dispuesta a proveer; aporte que podrá adoptar diversas modalidades: aumentar los recursos humanos, los materiales (construcciones) o los técnicos (conocimientos, habilidades).

Los esfuerzos para la movilización de esos recursos requerirán generalmente una concientización honesta de la población, sobre sus posibilidades, los esfuerzos posibles y aceptables, y los beneficios que pueden esperarse. Este proceder engendrará un sentimiento de responsabilidad de los involucrados; el cual, bajo ciertas condiciones, podrá extenderse a otros campos del desarrollo.

En general la población tiene expectativas que sobrepasan la realidad con relación a los servicios de salud y sobre valora la eficacia de la actividad médica.

Una excelente comunicación con la población se plantea entonces como necesaria, a fin de permitirle expresar sus percepciones, en primer lugar, e influir las decisiones técnicas y organizacionales de los servicios de salud; y, en segundo lugar, permitir al personal de salud comprender el valor relativo de ciertas técnicas y los esfuerzos complementarios que se solicitan.

“A fin de facilitar la comunicación entre estos dos interlocutores es necesario crear, desarrollar u organizar estructuras de diálogo. Es a nivel de estas estructuras que un cierto número de elecciones y decisiones podrán adoptarse de común acuerdo y en conocimiento de sus implicaciones”²⁰.

Según Mercenier (1997), para que una población pueda juzgar en conocimiento de causa de una actividad o de una acción sanitaria, deberá disponer de los elementos necesarios para determinar su valor. Es, por lo tanto, el servicio de salud, que dispone de los elementos técnicos, quien debe prever estos elementos, y eliminar todos los componentes "mágicos" de la actividad sanitaria.

La comunidad, por el contrario, debe hacer un compromiso sobre el esfuerzo que está dispuesta a contribuir (financiero, material, entre otros.) para obtener un resultado determinado y, a partir de entonces, acatar el uso que se debe hacer de estos recursos.

Así, la estructuración de esta "interface" tendrá como objetivo:

- 1° Proveer al personal de salud una mejor comprensión del significado de los motivos de consulta y los síntomas, de la percepción de los problemas por la población involucrada y responder a cualquier preocupación particular de la población sobre ciertos problemas,
 - Proveer al personal de salud una mejor comprensión de la vida diaria y de los problemas de la población, sus necesidades y sus aspiraciones,
 - Proveer al personal de salud una mejor comprensión de posibles y variadas soluciones para los problemas encontrados; y,
 - Proveer recursos complementarios, cuando será válido hacerlo.
- 2°
 - Explicar a la población el efecto que podrá esperar de una actividad, y "desmitificar" ciertos actos y actividades de salud,
 - Comunicar el costo relativo y la eficacia relativos de las diversas alternativas de solución a los problemas percibidos, y facilitar decisiones con conocimiento de causa y reflexionar sobre la importancia de determinados problemas,
 - Prevenir los riesgos de la salud, incentivando a los individuos, grupos o colectividades su auto cuidado ("self-care"); por ejemplo, automedicación para problemas simples; y,

²⁰ Ibid 7

- Sostener o suscitar esfuerzos en otros campos del desarrollo como la vivienda o la agricultura, que podrían producir una mejoría importante en la salud y el bienestar.

Concretar estos objetivos deberá permitir:

- evitar satisfacer demandas irracionales de parte de la población, las mismas que crean una exagerada dependencia de los servicios de salud,
- evitar la introducción de nuevas actividades cuya eficacia no es superior a las existentes,
- evitar que la aceptación de la responsabilidad de los problemas de salud por el servicio de salud lleve a la negligencia de responsabilidad del paciente o de la población en conjunto, y finalmente,
- prevenir que el desarrollo exagerado de servicios y actividades de salud no sobrepase la capacidad de la población.

Lo último comprometería la sostenibilidad del servicio y el desarrollo de actividades en otros campos.

Para que una población pueda tener la posibilidad de decidir en conocimiento de causa el esfuerzo que está dispuesta a efectuar para obtener un cierto beneficio, es necesario que esté íntimamente implicada en la toma de decisiones y que perciba directamente las consecuencias.

La participación de la población se convertirá así en un instrumento que hará más eficaz y pertinente el funcionamiento del sistema de salud y que podrá cambiar radicalmente sus relaciones entre los servicios de salud y la población.

La contribución esencial de los servicios de salud al desarrollo es responder de manera equilibrada a las aspiraciones crecientes de la población, para que el desarrollo asegure un compromiso significativo. La racionalización realizada por su desarrollo en el proceso de toma de decisiones y por su compromiso, no debe resultar de una limitación circunstancial, sino de una toma de conciencia colectiva. En esta óptica, la organización de los servicios de salud puede convertirse en un modelo útil a otros aspectos del desarrollo.

4.5 GESTION DE RECURSOS HUMANOS

El modelo competente de gestión de personas para la actualidad es aquel orientado hacia la solución de problemas, el enfrentamiento de los desafíos de la organización y la presentación de resultados. Inversiones en recursos humanos deben enfocar la fuerza intelectual, ya que la creación y la manutención de ventajas competitivas sostenibles dependen de este activo.

“La alta valorización de ideas, de respuestas diversificadas, de innovación y de resultados esperados proviene de la optimización de la productividad cerebral; así, ha sido frenética la búsqueda de talentos para actuar en diferentes campos de trabajo. Por eso, hoy, los activos organizacionales más importantes son las personas”²¹.

En el campo de salud nos deparamos con una crisis resultante de problemas relacionados a sus recursos humanos con respecto al contexto y al contenido del trabajo, o sea: escasez, mala distribución, condiciones inadecuadas de trabajo, conocimiento y competencias limitadas; estrategias equivocadas de gestión de recursos humanos ante las realidades de los servicios y demandas de la población, redundando en estrés, infelicidad y baja auto-estima del trabajador, aliados a la atención insuficiente y de calidad muy cuestionada.

Para el desarrollo de la investigación, dentro de lo que es gestión de recursos humanos se abordará el tema de trabajo en equipo, el cual permitirá visualizar los componentes para la integración de actividades.

4.5.1 EL TRABAJO EN EQUIPO

El equipo de salud debe tener como una de las características principales, la interdisciplinaria, es decir “diferentes disciplinas profesionales y técnicas, cuyos conocimientos específicos, capacidades habilidades y experiencias se complementen agilizando un trabajo integral”²²

La atención de la salud desde la perspectiva integral, necesita acciones que van más allá de la atención de la enfermedad o de los aspectos preventivos. Es necesario que los miembros del equipo de salud, conozcan los principios y propósitos del modelo de atención, para sentirse identificados con las acciones que se desarrollan.

Pritchard (2007) define al equipo como un grupo de gente que realiza distintas tareas de aportaciones hacia el logro de un objetivo común.

Davis y Newstrom (2007) define el equipo operativo como un grupo pequeño cuyos miembros colaboran entre sí, están comprometidos en una acción coordinada y responden en forma responsables y entusiásticamente a la tarea.

²¹ Roa R, Siede J, Ruiz Morosini ML. Medicina familiar. Bases para un nuevo modelo de atención. Editorial Akadia. Buenos Aires, 2007

²² Organización Panamericana de la Salud. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington: OPS, 1992

Para Polliack, 2008, como modelo organizacional que es, el equipo puede ser considerado como un sistema de trabajo que permite a varias personas de diferentes profesiones y habilidades coordinar sus actividades: cada uno contribuye con sus conocimientos al logro de un propósito común.

Bajo esta perspectiva, en un equipo deben cumplirse los principios básicos de la teoría organizacional, a saber:

- Debido a que cada miembro del equipo posee diferentes habilidades, no deberá haber duplicidad de funciones.
- Un miembro no puede reemplazar a otro, por lo que se espera que cada uno desempeñe el papel que le corresponda.
- La necesidad de coordinación requiere la existencia de canales adecuados de comunicación que favorezca el trabajo conjunto y eficiente.

Como cada miembro debe contribuir con sus conocimientos específicos, es de suponer que asumirá también su responsabilidad y dirigirá los aspectos propios a su área.

“Es esencial que todos los miembros del equipo se pongan de acuerdo sobre los objetivos comunes y acepten, como grupo, la responsabilidad de alcanzar dichos objetivos. La eficiencia total del equipo debe ser mayor que de la suma de sus componentes”²³.

Una buena relación interpersonal, la correcta clasificación de los roles profesionales; la existencia de objetivos comunes y en relación de éstos, el conocimiento de las propias funciones y de los demás; por último, una buena comunicación entre los miembros del equipo.

Las fórmulas de trabajo en equipo aportan una serie de ventajas tanto para los propios profesionales, como para los usuarios del sistema de salud.

El enfermo recibe una mejor atención; disminuye la prevalencia de enfermedades en la comunidad; estimula para realizar la educación para la salud de una forma coordinada; proporciona mayor satisfacción laboral a los miembros del equipo; el cuidado que presta el equipo es mayor que la suma de los cuidados individuales de sus miembros; permite afrontar los problemas desde una óptica multicausal, pero manteniendo la unidad de acción para su resolución; Unifica conceptos y técnicas; evita contradicciones entre los distintos profesionales; previene las duplicidades de esfuerzo, rentabilizando la utilización, tanto de locales, como de materiales, e incluso, de los mismos profesionales; permite dar cohesión a los programas de salud en sus diferentes facetas, logrando una mayor eficiencia de los mismos; el trabajo conjunto con otros profesionales de la misma

²³ . Ardanza, P., Hattim, A. Métodos, técnicas e instrumentos para el análisis del desempeño. Ciudad de La Habana: MINSAP, 1992.

disciplina permite el intercambio de conocimientos y pautas de actuación, así como mantenerse al día más fácilmente; el trabajo con otro tipo de profesionales (enfermeros / as, trabajadores sociales, personal no sanitario, etcétera) aporta unas perspectivas muy diferentes, facilitando el enfoque biopsicosocial y permitiendo al equipo poder realizar todas las funciones intrínsecas a la Atención Primaria: promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de la población adscrita.

Es obvio que en la realidad de cada día los equipos no funcionan siempre tan coordinadamente ni el trabajo en equipo reúne todas las características que se han descrito; además, sería ingenuo suponer que varias personas con distintas formaciones e intereses profesionales puedan trabajar juntas sin fricciones ante esto las principales dificultades encontradas según Ardanza 1992, son la escasa experiencia, falta de incentivos, exceso de rigidez en algunos integrantes, falta de interés y dificultad en el control de gestión, en tiempos de estudio e investigación.

Ante esto, la motivación y el compromiso del equipo de salud por la solución de problemas deben progresivamente ir resolviendo dichas dificultades.

4.5.2. EQUIPO DE SALUD

El royal College of General Practitioners, en el año 1970, al hacer una valoración del estado actual y de las necesidades futuras de la }medicina general, ya se pronunciaba de la siguiente forma: el concepto de atención médica integral comunitaria, orientada a la familia, exige un enfoque multidisciplinario, e implica comunicación y cooperación entre varios profesionales de la salud, dentro de un marco de trabajo que permita centrar la atención sobre las necesidades totales de salud del paciente. Dentro de este contexto estas necesidades ya no pueden ser satisfechas por un médico que trabaje aisladamente, sino que requieren de la formación de un equipo de Atención Primaria, cuyos miembros proporcionen cada uno, una perspectiva diferente de conocimientos, actitudes y habilidades.

El equipo de salud es definido por la OMS, en 1973, como una asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es el de proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible.

De la Revilla (2008) basándose en la definición de equipo de Pritchard, define el equipo de salud como un grupo de profesionales sanitarios y no sanitarios que realizan distintas actividades encaminadas al logro de una elevación de la salud de la comunidad sobre la que actúan.

4.6 MARCO CONCEPTUAL

En el Marco de la Transformación del Sector Salud del Ecuador, se prioriza como línea estratégica el diseño e implementación de un nuevo Modelo de Atención dentro del Sistema Nacional de Salud, el cual debe responder a dos situaciones:

La constitución vigente (aprobada en el año 2008) establece condiciones claras sobre el modelo de atención, el cual debe ser universal, equitativo, gratuito, solidario, contrario a los establecidos en las políticas de reforma del sector iniciadas en los años 90 en un contexto neoliberal, en el mismo marco constitucional se establece que el sistema de salud garantizará actividades de promoción, prevención y atención integral familiar y comunitaria superando el modelo anterior eminentemente curativo, individual con tendencia a la especialización.

Por otro lado, el sistema de salud se encuentra fragmentado y segmentado es poco efectivo e ineficiente con una baja cobertura debido a problemas graves de acceso económico, geográfico, cultural, funcional y de género, entre otros. En estas condiciones, la población ecuatoriana evidencia un proceso de transición epidemiológica en la que las enfermedades carenciales y transmisibles comparten espacio con las crónico-degenerativas y los problemas de salud colectivos. Entre las primeras predominan las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas, la malaria, la tuberculosis pulmonar, las enfermedades inmunoprevenibles, la desnutrición global, la desnutrición crónica y la anemia. Entre las segundas están las enfermedades cerebro vasculares, las cardiopatías isquémicas, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, los tumores malignos, el SIDA y los problemas de salud mental. Los problemas de salud colectivos más frecuentes son los accidentes de transporte y la violencia. Este perfil epidemiológico está relacionado con una serie de determinantes tales como los niveles de pobreza y de inequidad en el país.

Con estos antecedentes se requiere que el diseño del nuevo modelo de atención genere cambios innovadores, los cuales permitan conjugar los lineamientos constitucionales; enfrentar los problemas o necesidades de salud de población; y reducir las brechas de inequidad en la situación de salud de los diferentes grupos poblacionales.

Actualmente la Salud en el país se encuentra separada de la formulación de programas y su implementación y más aún de las políticas públicas, tal es el caso de la Ley de maternidad gratuita, que si bien es cierto logró la equidad en el acceso a la salud, significó un limitante en la capacidad de respuesta de los servicios por el exceso de demanda.

Otra muestra es el programa PANN 2000, que se inició con miras a disminuir la desnutrición en el país, sin embargo, han pasado 11 años y la tasa de desnutrición crónica para los menores de cinco años no ha modificado en gran medida su indicador, es así que entre el 2004 y el 2008 permaneció en 26,1 % y aún se intenta disminuir estas cifras que tienen influencia negativa en el desarrollo de los niños y por ende del país.

En vista de ello, los diferentes procesos de transformación y cambios sociales han permitido plantear nuevas concepciones en salud, las cuales han sido incorporados a nuestro marco constitucional. En El Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013 se define las características del Modelo de Atención en Salud del Ecuador o Modelo de Atención Integral, eje prioritario que contribuirá al mejoramiento de la calidad de vida de la población ecuatoriana y sobre todo a la eficacia de la atención.

Este Modelo de Atención Integral, orienta al personal de salud sobre su nuevo rol enfatizando que **EL TRABAJO EN EQUIPO EN LOS PROCESOS DE GESTION Y ATENCION** deben apuntar a la obtención de resultados de impacto social en una lógica de manejo integral de la salud, de priorización de problemas y necesidades, de participación social, del fortalecimiento del primer nivel de atención y de una fuerte articulación entre la provisión con la gestión de los servicios, sin embargo, el Ministerio de Salud Pública ante la propuesta de integración ha dado una respuesta incompleta ya que enfoca su proceder a exigencias profesionales individuales y de cobertura, basados en programas verticales, sin tomar en cuenta su verdadero componente.

Desde la mirada del modelo de atención integral y el proceder del equipo de salud local se concibe a la integración de actividades en promoción y prevención desde un enfoque extramural, dejando de lado la principal forma de integrar actividades, dada desde el paciente que demanda atención de salud. Es por ello que los problemas de salud no han podido ser solucionados, ya que no se ha dado respuesta al ser humano como individuo considerándolo desde sus necesidades.

Este modelo conceptual está dirigido a brindar atención de calidad desde un enfoque de continuidad, integración de actividades e integralidad, pero desde un concepto intramural, en el que se le considera al individuo un ente biopsicosocial, que requiere atención preventiva y curación desde sus necesidades, sin dejar de lado lo extra mural y las exigencias del sistema, con el fin de fortalecer la organización del servicio y la utilización de información para la toma de decisiones dirigidas a las necesidades poblacionales.

El presente modelo plantea que para la organización de los servicios de salud, es necesario de forma prioritaria la conformación de un equipo de trabajo, el cual debe tener un objetivo en común: proveer atención de salud a la población en general y a los pacientes en particular, con la responsabilidad de generar información científica para la toma de decisiones, que consecuentemente provocará brindar una atención de calidad basada en las aspiraciones de la gente con soluciones técnicamente óptimas. El recurso humano llamado para esta convocatoria, es cualquiera persona que haya identificado necesidades de cambio.

Una vez conformado un equipo de trabajo, éste deberá realizar el análisis situacional de la unidad de salud, en el que tomará en cuenta parámetros de situación en:

- Oferta de servicios
- Paquetes de atención
- Perfil epidemiológico
- Continuidad en la atención: intra episodio, inter episodio, inter niveles.
- Integración de actividades
- Accesibilidad: geográfica, económica
- Permanencia: temporal, espacial

- Funciones de la unidad operativa (de acuerdo al nivel de atención): contacto con la comunidad -puerta de entrada-
- Estrategias de participación comunitaria
- Síntesis de la información: -manejo de historias clínicas-
- Gestión de recursos: recursos humanos, rendimiento.
- Sistema de información: registro de datos en las historias clínicas
- Gestión de medicamentos e insumos
- Gestión de medicamentos e insumos
- Gestión administrativa

En el desarrollo de la organización del servicio, el análisis situacional debe ser abordado como problema de equipo, "sin hacerlo personal", se debe entonces, iniciar la tarea de organizar el servicio en relación a las necesidades encontradas "*realizar acciones cuyo centro sea la satisfacción de las necesidades poblacionales, partiendo de las necesidades individuales del paciente*".²⁴ Para satisfacción del usuario, el brindar atención de calidad es fundamental, específicamente desde los criterios de continuidad, integración e integralidad para que pueda mejorar la atención en casa, mejorar la búsqueda de atención y utilización de los servicios, y mejorar las prácticas preventivas y promocionar estilos de vida saludables; consecuentemente, el equipo de salud obtendrá mayor cobertura de intervención preventiva y curativa, con el único fin de mejorar la salud de la población.

Una vez identificado el *¿cómo trabajar?*, es necesario ubicar *¿en qué trabajar?*, es así que es importante partir del perfil epidemiológico, el cual guiará en gran medida la forma de actuar, ya que el objetivo es brindar salud satisfaciendo las necesidades poblacionales.

Consiguientemente se determinará las necesidades del recurso humano para el abordaje del problema, en esto puede estar inmiscuida la capacitación, con el fin de que posterior a ella produzca la CONSTRUCCIÓN DE ESTRATEGIAS DE CAMBIO para el problema local identificado. "*solo la necesidad nos hace asimilar el conocimiento, para producir ideas.....el solo escuchar, más aún por cumplir, no genera acciones productivas*".²⁵ Hay que recordar que la medicina está en constante evolución, es por ello que no se debe descartar la preparación del personal de acuerdo a las necesidades del equipo.

La construcción de estrategias debe tener énfasis en el trabajo en equipo todos deben producir, aportar o generar ideas, para ello es necesario designar una persona del equipo que organice, necesariamente no el director de la unidad, ya que puede presionar indirectamente al equipo y tensionarlo para el trabajo. El director de la unidad debe ser considerado como lo que es, un par.

²⁴ Criterio del investigador

²⁵ Ibid 22

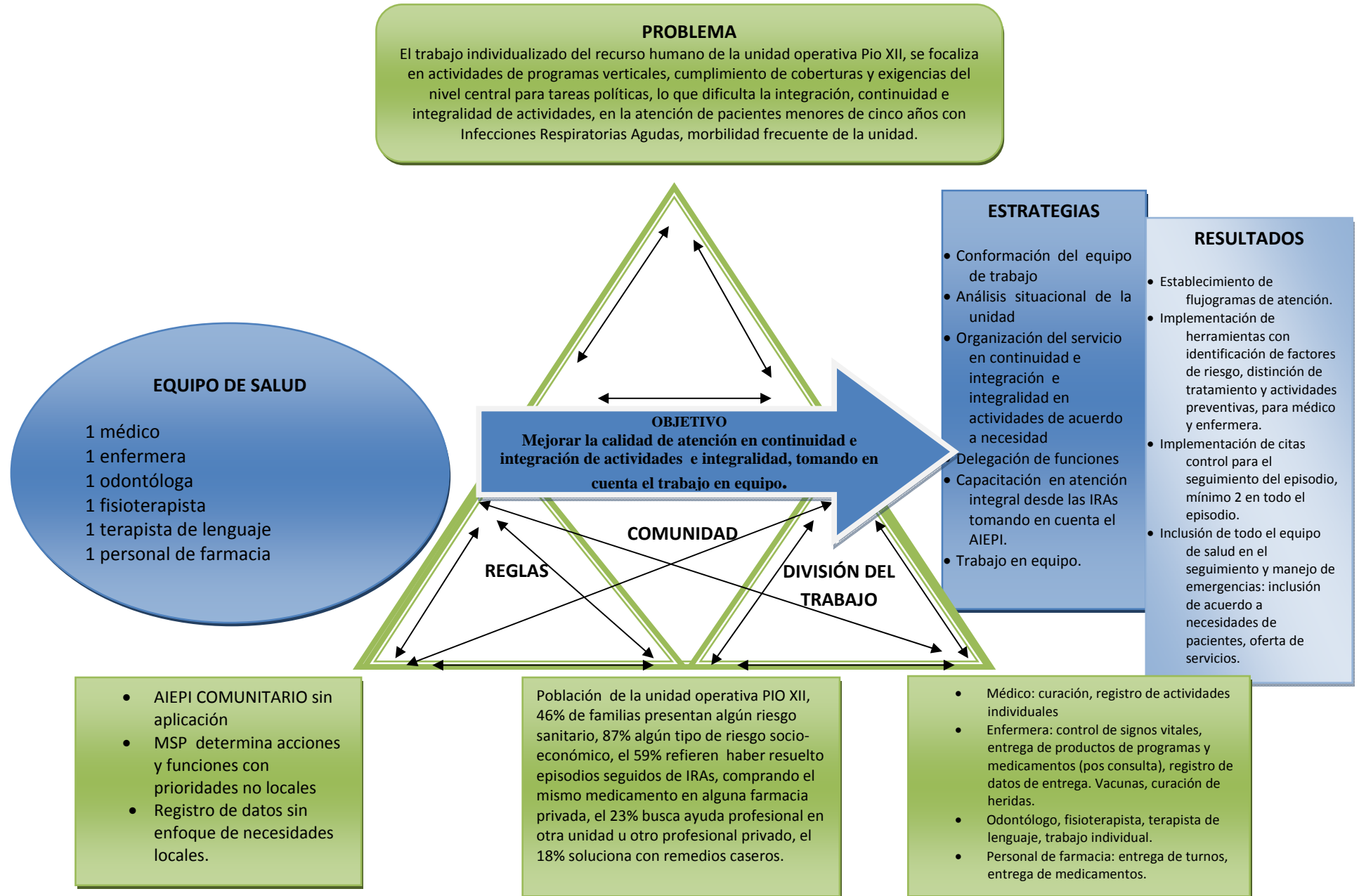
La designación de roles y funciones es el siguiente paso, “la unidad de salud debe ser vista como un sistema”²⁶, es necesario plantear el trabajo polivalente y no solo asignar funciones. Determinar ¿Qué hacer si no se encuentra tal o cual recurso? El fin es tener el mismo resultado.

Solucionadas las interrogantes del cómo , en qué , y el qué hacer, es necesario no olvidarse de los usuarios, es por ello que se construirá flujogramas de atención e informativos necesarios para involucrar a la población al cambio de la atención.

Tomando como referencia el modelo conceptual de calidad de atención, en la unidad operativa se trabajó bajo la perspectiva de las Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 5 años, morbilidad con la más alta incidencia.

²⁶ Ibid 24

4.7 Ilustración 2 MODELO DE REFERENCIA



4.8 MODELO DESCRIPTIVO DE LA PROBLEMÁTICA

El modelo presentado a continuación describe el manejo de pacientes menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas en la unidad operativa PIO XII, antes de la intervención.

Desde que ingresa el paciente menor de 5 años con alguna morbilidad a la unidad operativa, se dirige a tomar su turno en estadística, lugar donde ubican la historia clínica o realizarán su apertura, seguidamente el paciente es llamado a preparación, la enfermera toma signos vitales: temperatura, peso y talla; conjuntamente a esta acción, registra los datos en la historia clínica e invita al usuario a pasar a la sala de espera mientras lo llama el médico.

Inmediatamente, se pasa la historia clínica al consultorio médico de acuerdo al turno otorgado desde estadística.

- a) En la consulta médica el profesional indaga sobre el motivo de la consulta, evalúa signos y síntomas, diagnostica y decide el tratamiento. Registra hallazgos en la historia clínica, diagnóstico y tratamiento. Registra datos en formularios del MSP (7 a 10 minutos) mientras responde preguntas del paciente; menciona signos de complicaciones y algunas acciones preventivas (que no se presentan en todos los pacientes), entrega la receta, acompañada de la historia clínica con el registro de entrega de producto del PANN 2000 y la papelería que certifica su entrega del mismo con los datos del paciente, entonces el paciente es enviado a pos-consulta.
- b) En pos-consulta el personal de enfermería recibe la historia clínica con la papelería para la entrega del producto del PANN 2000 y la receta. En la historia clínica registra la firma de responsabilidad de entrega por parte de enfermería. Ya con el usuario se enfatiza en la utilización del producto, almacenamiento, forma de preparar y beneficios; se especifica el periodo de entrega del producto por segunda ocasión y hasta que el paciente cumpla con las condiciones del programa; pide al usuario la firma y el número de cédula, para la justificación de entrega del producto. En el caso de ser un paciente que ya ha recibido el producto con anterioridad, se omite los pasos de educación y se agiliza la entrega del mismo. Si el paciente requiere es remitido a la farmacia en donde se entrega el medicamento con la presentación de la receta y su copia, documento en el cual se registra la rúbrica y número de cédula del usuario.
- c) El paciente se dirige a su domicilio.
- d) La parte de promoción y prevención de la salud específicamente lo hacen a través de ferias de salud y salud escolar.
- e) El seguimiento lo realizan a través de las visitas domiciliarias programadas para los días viernes a los pacientes que han logrado ser atendidos por más de dos ocasiones y que hayan evaluado algún riesgo en la consulta médica. Las actividades están centradas en educación y asistencia.

4.9 MODELO PRESCRIPTIVO DE LA ATENCIÓN A PACIENTES CON IRAs

El modelo presentado a continuación está basado en la integración de actividades preventivas para garantizar una atención continua, integrada e integral desde el manejo de las infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años y lo planteado por el AIEPI, el mismo puede ser acoplado a otras morbilidades, determinando factores de riesgo y actividades preventivas.

- f) Desde que ingresa el paciente menor de 5 años con alguna morbilidad a la unidad operativa, se dirigirá a tomar su turno en estadística, lugar donde ubicarán la historia clínica o realizarán la apertura de la misma, seguidamente el paciente será llamado a preparación siendo el primer paso una valoración física basándose exclusivamente en la observación y anamnesis de signos y síntomas del paciente, aquí es donde se determinará si el niño es potencial a diagnóstico de IRAs, y se añadirá a la toma de signos vitales rutinarios –peso, talla, temperatura- la valoración de la respiración por un minuto. En el caso que el paciente se halle con fiebre y si lo requiere se administrará acetaminofén de acuerdo a las normas establecidas por el AIEPI. (Estas actividades serán debidamente registradas en la historia clínica).
- g) Inmediatamente, se adjuntará a la historia clínica la identificación de factores de riesgo para IRAs (a través del formulario de factores de riesgo, elaborado por el equipo de la unidad operativa considerando la realidad local); eminentemente para este abordaje es importante establecer “empatía” enfermera-paciente ya que se identificará factores de riesgos biológicos, sanitarios y socioeconómicos; luego se pasará la historia clínica al consultorio médico, de acuerdo al turno otorgado desde estadística.
- h) En la consulta médica el profesional EVALUARÁ signos y síntomas (respiraciones rápida, tiraje, estridor o silbancias), CLASIFICARÁ correctamente, DECIDIRÁ el tratamiento adecuado, RECONOCERÁ factores de riesgo resaltando la ubicación del parámetro establecido en enfermería, EDUCARÁ apropiadamente y ASIGNARÁ una rotulación específica en el formulario de factores de riesgo (utilización de sellos), para integrar actividades con la pos-consulta y se pueda reducir el tiempo de lectura de la historia clínica sobre el manejo de la morbilidad:²⁷
- **ETIQUETA ROJA:**
Referencia a una unidad de mayor capacidad resolutive previa la atención de emergencia.
 - **ETIQUETA ROSA:**
El niño va al domicilio con tratamiento específico con antibiótico, en pos-consulta se deberá educar sobre signos de alarma, toma de medicamentos, importancia del control
 - **ETIQUETA VERDE:**

²⁷Clasificación tomada del AIEPI comunitario de enfermería. 2009 y modificada en base a disponibilidad de insumos.

El niño va al domicilio sin tratamiento con antibióticos, pos-consulta se deberá educar medidas preventivas, importancia del control.

Una vez adjunto el formulario que identificó el tratamiento y factores de riesgo es emitido a pos-consulta.

- i) En pos-consulta el personal de enfermería recibe la historia clínica con el formulario de factores de riesgo y es a través del mismo que impartirá la educación y las indicaciones pertinentes de acuerdo al color asignado, a demás se dará énfasis importante al control de la enfermedad a realizarse en 48 horas otorgándose una cita previa. (este formulario deberá tener las iniciales de la persona que educó). El nombre del paciente será registrado en un cuaderno de apuntes donde constarán, número de historia clínica, fecha, el color de la etiqueta del formulario, y el tipo de factor de riesgo identificado: Manejado por códigos: B (Factor de riesgo biológico); S (Factor de riesgo sanitario) y SE (Factor de riesgo socioeconómico).

En el caso que el paciente requiera de medicamentos es emitido a farmacia y el medicamento se entregará solo con la rúbrica de pos-consulta.

- j) Una vez que el paciente acude a control a las 48 horas de haber sido evaluado, se presenta en la sala de preparación para evaluar signos vitales (incluida la respiración en 1 minuto) y dirigido a la consulta médica²⁸ (para ello el personal designará una hora específica para la atención de control) aquí se evaluará estado general-complicaciones, tratamiento y/o referencia y asignación de nueva etiqueta si lo requiere; en la pos-consulta se realizará otras actividades según nuevas prescripciones, se educará en medidas generales y preventivas; a los pacientes con factores de riesgo y complicados, se confirmará datos para la visita domiciliaria y se los llamará a control en dos días, con cita previa.
- k) Una vez identificado todos los pacientes que requieren visita domiciliaria se organizará las direcciones y las actividades a realizarse en las mismas (constatar factores de riesgo-promoción de la salud, prevención y manejo de la enfermedad), a demás se valorará a la familia para la intervención de todo el equipo de salud.
- l) De todas estas familias identificadas se realizará seguimiento y evaluación a través de visitas domiciliarias, cuyo objetivo será:

Alcanzar un nivel aceptable de independencia en el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria y Generar cambios en los hábitos y estilos de vida de los usuarios favoreciendo el auto cuidado como estrategia para mejorar su calidad de vida.

²⁸ La consulta control se establecerá de acuerdo a criterio del equipo de salud, en referencia al AIEPI puede ser enfermería o personas capacitadas para definir complicaciones.

Las actividades se desarrollarán en diversos ámbitos:

Educativo:

- Entrenamiento en temas específicos como prevención de caídas, prevención de escaras, higiene, nutrición, curaciones, etc.
- Educación para la salud dirigida al paciente, su familia y/o cuidador.
- Educación específica sobre su patología, sus causas, su tratamiento y factores de riesgo para su deterioro.
- Estilo de vida saludable, detección y disminución del riesgo.
- Signos de alarma y recomendaciones generales para la consulta temprana y/o de urgencias.

Preventivo:

- Detección precoz del riesgo y elaboración del perfil individual.
- Vacunaciones.

Asistencial:

- Diagnóstico multidisciplinario inicial de la condición del paciente y diseño de su plan de manejo.
- Visitas de seguimiento (manejo del caso y prevención del deterioro).
- Intervenciones y/o procedimientos: curaciones, drenajes, toma de muestras, etc.
- Sesiones de terapia y apoyo psicosocial.

De rehabilitación:

- Sesión de terapia física.
- Sesión de terapia ocupacional.
- Sesión de terapia respiratoria.

m) El resto de equipo de salud que no participa activamente en el manejo de la morbilidad en la primera consulta, deberá promocionar el servicio en relación a la calidad de atención y lo que se oferta.

n) Una vez identificado los factores de riesgo con mayor incidencia, se iniciarán campañas de promoción de la salud en las que esté implicado todo el equipo.

5. CONOCIMIENTOS O EXPERIENCIA PREVIA

La constitución del Ecuador aprobada en el año 2008 en la sección séptima Salud plantea a la salud como un derecho que garantiza el Estado y la vinculación con otros derechos que sustentan el buen vivir. Este derecho es garantizado mediante políticas económicas, sociales y culturales, y de acceso permanente a programas, a acciones y servicios de promoción y atención integral de salud. Se menciona además que la

prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética con enfoque de género y generacional.

MARCO LEGAL Y NORMATIVO DEL SECTOR SALUD

- a) Constitución Ecuatoriana 2008.
- b) Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013.
- c) Reforma Democrática del Estado.
- d) Ley Orgánica de Salud
- e) Ley del Sistema Nacional de Salud
- f) Transformación Sectorial de Salud en el Ecuador.
- g) Plan Estratégico del Ministerio de Salud Pública.
- h) Atención Primaria Renovada

Actualmente el Ministerio de Salud Pública bajo el amparo del marco legal y normativo del sector salud enfoca la salud a través del modelo de atención integral.

5.1 MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL

Un Modelo de Atención en Salud es la forma de organización que permite desarrollar procesos de gestión y de atención a la salud entendiéndose como gestión a los procesos que facilitan la atención, no solo de las enfermedades sino también de las condiciones que afecta el bienestar físico, psicológico y social de la población.

El modelo de atención es uno de los elementos claves para el desarrollo de los procesos de reforma o transformación sectorial; su diseño y desarrollo depende fundamentalmente del contexto político que atraviesan los países; en el caso de Ecuador el marco constitucional establece claramente las características que debe adoptar, por ejemplo: Integral y participativo (art 359), basado en APS con participación de medicinas ancestrales y alternativas (art 360), establece también que los proveedores se organizarán en Red para proporcionar la atención requerida (art. 360).

“El modelo de atención es la política, estrategias, procesos técnicos y operativos que permite el cumplimiento de la salud como un derecho por tanto constituye un eje transversal en la gestión y la provisión de servicios del sistema nacional de salud”²⁹.

“El modelo de atención no es un programa vertical ni acciones comunitarias y familiares aisladas”.³⁰

²⁹ Subsecretaría de extensión de la protección social en salud, Modelo de atención integral MAIS, Ministerio de Salud Pública, 2010

³⁰ Ibid 18

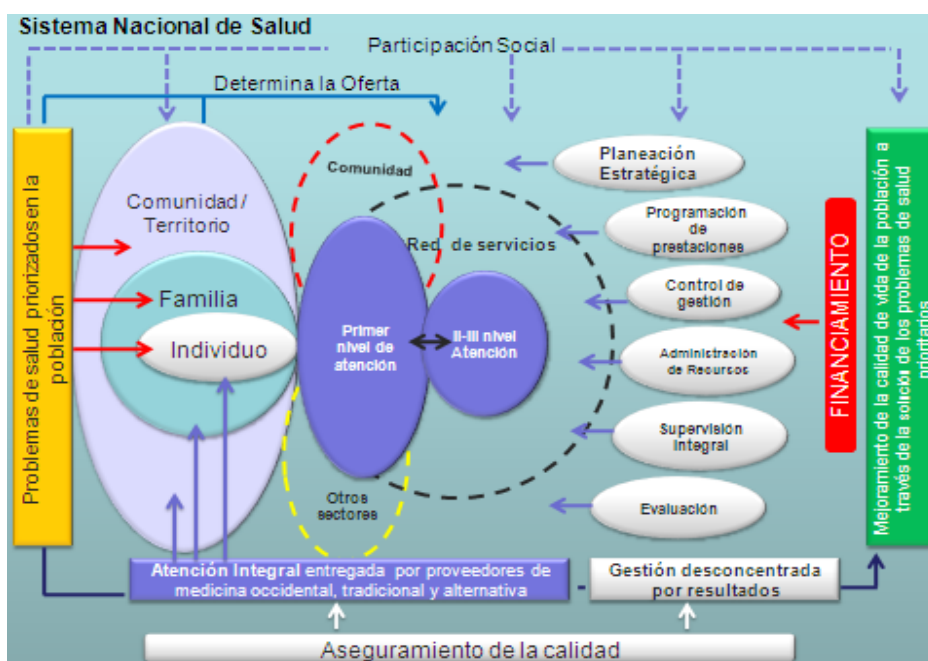
Se conocerá entonces al modelo de nuestro país como Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) por todas las condiciones enumeradas anteriormente.

5.1.1 MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD (MAIS)

Se entenderá como MAIS al conjunto de políticas, normas estrategias, procedimientos, instrumentos y recursos los cuales permiten la implementación del Modelo de Atención en el Sistema Nacional de Salud, con un enfoque integrado, integral (promoción, prevención, curación y rehabilitación), con calidad y calidez y cuyas acciones se aplican en el individuo, familia, comunidad y medio ambiente; promoviendo también la participación social como estrategia fundamental en la solución de los problemas de salud de la comunidad.

“...el MAIS define como van a interactuar los actores de otros sectores, los miembros de la red de servicios y la comunidad para llevar a cabo las acciones conjuntas que permitan dar solución a las necesidades o problemas de salud de la comunidad contribuyendo de esta manera a mejorar su calidad de vida”³¹.

Ilustración 3 MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD (MAIS)



FUENTE: Ministerio de Salud Pública, Modelo de atención integral MAIS, 2010

³¹ Ibid 18

En consecuencia su aplicación es responsabilidad de todos los que hacemos gestión y atención en el sistema nacional de salud.

5.2 INTEGRACIÓN DE ACTIVIDADES EN LA POBLACIÓN INFANTIL.

De acuerdo a la información disponible de la OMS, 2009, cada año alrededor de 10 millones de niños(as) mueren antes de cumplir los cinco años de edad, más del 99% de estos decesos ocurren en los países pobres. Las neumonías, diarreas y problemas neonatales son los “grandes asesinos” de los niños y la desnutrición es la causa básica de más de la mitad de estas muertes. Seis millones de estas muertes pueden prevenirse con intervenciones oportunas.

Este conjunto de enfermedades han sido reconocidas como el principal problema de salud evitable, que afecta a los niños luego de la primera semana de vida, cuando los problemas y estados mórbidos asociados al nacimiento ya no representan un problema para la supervivencia infantil.

Los avances observados en el control de estas enfermedades de la infancia han sido dispares en los diferentes países de la región y como consecuencia la condición de salud de los niños refleja estas diferencias, aún entre áreas de un mismo país. Esto ha motivado el desarrollo de intervenciones para disminuir la brecha en salud que separa a los diferentes grupos de población infantil.

En el marco de este esfuerzo la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) desarrollaron **la estrategia AIEPI** como una herramienta efectiva para abordar la atención del niño en los servicios de salud del primer nivel, en la familia y en la comunidad y en la que se espera que al aplicarla, los integrantes del equipo de salud serán capaces de evaluar la condición de salud y los diferentes problemas que afecten al niño, para la elección del tratamiento más apropiado y para su adecuado cumplimiento y seguimiento. Permitirá además aumentar los beneficios de medidas preventivas extender las coberturas de vacunación, mejorar la capacidad de las familias para percibir signos de alarma de las enfermedades prevalentes para realizar una consulta más precoz así como los conocimientos y prácticas de las familias en los hábitos de crianza y cuidados en el hogar.

Otro objetivo importante de esta estrategia es mejorar la calidad de atención en los servicios de salud al optimizar la evaluación clínica, la clasificación de enfermedades y su tratamiento adecuado, desaconsejando el uso de medidas terapéuticas ineficaces.

5.2.1 ESTRATEGIA AIEPI (ATENCIÓN INTEGRADA PARA ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA)

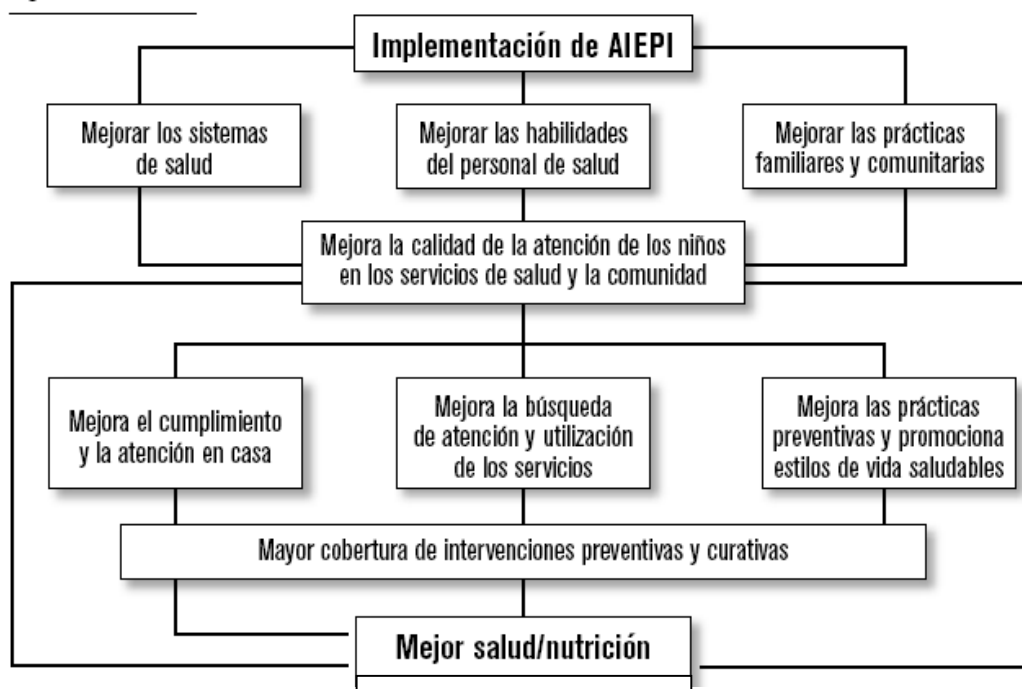
La estrategia AIEPI incluye un conjunto ordenado de medidas y procedimientos dirigidos a la atención, diagnóstico, tratamiento, promoción y prevención en relación a enfermedades y problemas de salud que afectan a los niños menores de 5 años.

La estrategia AIEPI permite integrar las actividades de gestión de diversos programas, a saber, la capacitación y la supervisión del personal de salud, el sistema de provisión continua de suministros, el monitoreo de la efectiva implementación de la estrategia, y la evaluación del logro de metas y objetivos. Además, integra los contenidos educativos referidos a la prevención y promoción de la salud infantil, a la vez que constituye una puerta de entrada para la evaluación y detección de otros problemas de salud que afectan a la familia.

El marco conceptual de la estrategia, que ha sido utilizado para evaluar el impacto de AIEPI a nivel mundial, y que se basa en la implementación de sus tres componentes, destinados a mejorar la atención en los servicios de niños y madres, la familia y la comunidad, se los detalla a continuación:

Ilustración 4 MODELO DE IMPLEMENTACIÓN DEL AIEPI

Figura 1



FUENTE: Guía para formular el Plan Operativo de Salud Infantil: La Estrategia AIEPI

Componente clínico: mejorar las habilidades del personal de salud para brindar una atención de calidad.

Componente de los servicios de salud: mejorar los sistemas y servicios de salud, proporcionando las condiciones que permitan atender de manera integral e integrada.

Componente comunitario: mejorar las prácticas familiares y comunitarias para el cuidado de la familia, la madre, el recién nacido y los niños y niñas menores de 5 años

Ante esto, el enfoque de características de la atención va de la mano con el componente de los servicios de salud.

5.2.1.1 CARACTERÍSTICAS DE LA ESTRATEGIA AIEPI

La estrategia AIEPI incluye un conjunto ordenado de medidas y procedimientos dirigidos a la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento en relación a enfermedades y problemas de salud que afectan a menores de 5 años. (Cuadro 5)

La aplicación de la estrategia de AIEPI sobre el manejo clínico del niño enfermo tiene las siguientes ventajas:

- a) Al centrarse inicialmente en la rápida detección y tratamiento de las enfermedades y problemas de salud que afectan a los niños y los ponen en riesgo de muerte, la estrategia AIEPI permite dar una respuesta inmediata al problema principal que ha motivado que el niño sea llevado al servicio de salud. De este modo, responde a las principales inquietudes de la población en cuanto a la salud de los niños.
- b) La evaluación minuciosa del estado de salud del niño propuesta por AIEPI permite la detección de otros problemas y enfermedades, aún cuando no sean la razón principal de la consulta. De esta forma, se asegura la detección temprana y el manejo adecuado de las enfermedades de la niñez, que a menudo no se tratan porque no son detectadas por los trabajadores de salud.

| Cuadro 1: MEDIDAS QUE APLICAN LOS TRABAJADORES DE SALUD AL EJECUTAR LA ESTRATEGIA DE AIEPI EN LA ATENCIÓN DE LOS NIÑOS |
|---|
| <p>Diagnóstico y tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación rápida de signos no específicos de enfermedad grave (convulsiones, somnolencia, dificultad para beber), cuya presencia indica la remisión al hospital • Valoración secuencial de los signos y síntomas de las enfermedades más frecuentes para efectuar la clasificación y dar el tratamiento específico: • Tos o dificultad para respirar • Diarrea • Fiebre • Dolor de garganta • Dolor de oídos • Otros signos de enfermedades comunes (según la adaptación basada en la situación epidemiológica local) • Evaluación del estado de nutrición |

| |
|---|
| • Evaluación del estado de vacunación |
| Prevención Administración de vacunas • Administración de vitamina A |
| Promoción de la salud |
| • Educación y apoyo sobre la técnica de amamantamiento adecuada • Educación y apoyo sobre la alimentación adecuada de los niños • Enseñanza de medidas generales de atención del niño en el hogar • Enseñanza de los signos de alarma que deben llevar de inmediato a consultar con el servicio de salud |

FUENTE: Manejo del AIEPI comunitario

5.2.2 MANEJO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DESDE EL AIEPI

En el caso de las IRAs, existen guías con información suficiente para establecer lineamientos diagnósticos y terapéuticos adecuados, que es el primer paso a considerar en la morbilidad, sin embargo, no es suficiente establecer únicamente estos lineamientos, es por ello que existen guías de atención en IRAS la cual se enfocan en identificar factores de riesgo. Así, una buena consulta pediátrica debe abarcar siempre seis acciones señaladas que se detallan a continuación y que se dividen en dos grupos: aquellas tres que deben hacerse durante el proceso de atención del padecimiento y las otras tres que se deben completar antes de dar por terminada la consulta.

Cuadro 2: LAS SEIS ACCIONES QUE COMPRENEN EL TRATAMIENTO DEL NIÑO CON IRAS

| |
|---|
| ACCIONES ESPECÍFICAS EN IRAS |
| 1. Atención adecuada del motivo de la consulta |
| 2. Identificación de factores de mal pronóstico /riesgos sanitarios / riesgos socioeconómicos |
| 3. Capacitación de la madre para un manejo adecuado en el hogar |
| ACCIONES PARA COMPLETAR LA ATENCIÓN |
| 4. Vigilancia de las inmunizaciones |
| 5. Vigilancia del estado nutricional |
| 6. Atención de la salud de la madre |

FUENTE: Guías clínicas para disminuir el abuso de antimicrobianos y de sintomáticos 2008

De la misma forma se menciona que es muy importante que se aborden los factores de riesgo y el enfoque preventivo que ayuda en el manejo de la enfermedad. Estos son:

- Factores Nutricionales: (Estado nutricional y lactancia materna)
- Factor climático e incidencia estacional
- Factores Ambientales
- Factores socioeconómicos

- Factores socio-culturales

En relación a las actividades de prevención en las Infecciones Respiratorias Agudas se encuentran:

- Control de crecimiento y desarrollo:
- Lactancia materna
- Inmunización
- Nutrición
- Prevención del enfriamiento
- Control del ambiente doméstico
- Participación de la madre en la prevención de las IRAs

Todas estas características brindan calidad de atención en lo que se refiere a la estructura de los servicios de salud, que pueden ser aplicadas en el manejo de morbilidades.

6. HIPOTESIS DE CAMBIO Y ESTRATEGIAS ELEGIBLES

La alternativa seleccionada se convirtió en la siguiente hipótesis de cambio:

“Al mejorar la calidad de atención: continuidad, integralidad e integración de actividades, conseguiremos mejorar la capacidad resolutive y utilización de los servicios de salud; fomentar el trabajo en equipo para actividades preventivas y de promoción de estilos de vida saludables, mejorar las habilidades del personal, partiendo de la participación activa de la misma comunidad y del equipo de salud, a demás de mejorar el subsistema de salud”

6.1 ESTRATEGIAS DE CAMBIO

El arte de la medicina ha provocado en forma inevitable que, desde los tiempos más remotos, la sociedad tenga el mayor respeto por quienes han hecho de la Medicina su ejercicio profesional; sin embargo, esa misma sociedad también ha sido su escrupulosa censora. Es por ello que una actividad tan apreciada y tan compleja, que involucra la salud y la vida de las personas, exige hoy más que nunca una actuación profesional, de calidad, inmersa en el proceso de perfeccionamiento perenne.

La calidad de la atención vista desde el enfoque de integración, continuidad e integralidad abre el panorama de cómo brindar una atención eficaz; por ello es imposible priorizar variables a trabajar, ya que es necesario abordar todos sus componentes para lograr calidad de atención.

En vista que llegar a la calidad es un proceso, en esta investigación, la elección de las estrategias de cambio no fueron priorizadas sino abordadas de acuerdo a la necesidad de mejorar la atención; en este caso, para el manejo de las IRAs en menores de cinco años, se aplicó estrategias definidas por el AIEPI.

Es así que el primer paso en la unidad de salud y basados en el objetivo de mejorar la atención se determinó:

- LA CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE SALUD Y LA SENSIBILIZACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA DE LA UNIDAD, a través de ello se socializó el análisis situacional de la unidad.
- CONSTRUCCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE CAMBIO PARA MEJORAR LA ATENCIÓN, el ¿qué hacer?, ¿cómo hacerlo?, ¿Cuándo hacerlo? Se define, al igual que trabajar sobre la enfermedad prevalente IRAs como piloto.
- IMPLEMENTACIÓN DE SISTEMA DE REGISTRO DE INFORMACIÓN, construido por el equipo de salud-investigador, en base a las necesidades de manejo de la morbilidad.

Estas estrategias fueron diseñadas con la característica de la investigación acción, que es la participación del equipo de salud en el proceso de cambio.

7. OBJETIVO GENERAL

Contribuir a la organización del servicio para la calidad de atención en los criterios de continuidad e integración de actividades, mirada desde las infecciones respiratorias agudas que son la principal causa de morbilidad infantil con la integración de actividades desde la estrategia AIEPI.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Generar actitudes participativas para el trabajo en equipo.
- Definir actividades preventivas y de promoción de estilos de vida saludables
- Redefinir funciones, tareas, procesos del recurso humano para el trabajo en equipo.
- Fomentar la toma de decisiones a partir del uso de la información
- Mejorar la capacidad resolutive del servicio de salud.
- Fomentar la utilización del servicio de salud por parte de la población.

8. INSTRUCCIONES OPERATIVAS

Para el desarrollo de las estrategias, se determinó **la conformación del equipo de salud y la sensibilización de la problemática de la unidad**; en la que el primer conflicto que apareció junto con la responsable de la unidad, fue determinar a quién se iba a incluir, en vista que la morbilidad solo maneja el médico y la pos-consulta la enfermera; sin embargo, luego se consideró que era mejor definirla a todo el equipo de salud de la unidad Pio XII, porque el manejo de enfermedades prevalentes de la infancia es responsabilidad de todo el equipo de salud.

Fueron convocados, médico, enfermera, odontóloga, obstetra, fisioterapeuta, terapeuta de lenguaje, auxiliar de enfermería y personal de servicios varios, después de determinar la fecha más acertada para el equipo en relación a programación de actividades.

Durante esta búsqueda de soluciones se determinó el gran vacío del manejo del AIEPI comunitario en relación a las infecciones respiratorias agudas, no solamente era necesario implementar actividades de cambio, era importante capacitar antes de manejar la morbilidad. El médico a pesar del conocimiento en el manejo de la morbilidad, reconoció la débil aplicación del AIEPI comunitario.

Inmediatamente se determinó la importancia de tener un sistema adecuado de registro de la información, ya que se expuso la existencia de actividades que se realizan pero no son registradas y que fueron determinadas en la revisión de historias clínicas y expuestas por el equipo de salud al mencionar que: “ es un desperdicio de tiempo registrar cosas que ni si quiera saben para que sirven y que no ayudan para un adecuado control de la enfermedad”, “ que lo que llenan solo les sirve al Ministerio y no ayuda en el trabajo local”³², por ello se resuelve crear instrumentos para el manejo de la enfermedad, en donde se tome en cuenta factores de riesgo y contribuya a determinar acciones a seguir. En esta construcción se reconoce la leve importancia por parte del equipo de salud en el control de la enfermedad y la falta de organización para disminuir esta morbilidad en la población asignada, por lo que se determinó también establecer el control de la morbilidad a través de citas previas.

Después de exponer una serie de barreras para el mejoramiento de la atención en menores de 5 años, se establece una estrategia de apoyo al manejo de este grupo y se instaure nuevamente la convocatoria para su construcción.

Construcción de la estrategia de cambio para mejorar la atención en iras, como primer paso y la base inicial para el cambio, se consideró la capacitación; la cual fue impartida por la investigadora principal-maestrante del ISP- utilizando como técnica la charla participativa y materiales dinámicos y de fácil comprensión; durante la misma se pudo determinar grandes vacíos y experiencias de morbi-mortalidad infantil, en vista que el Ministerio de Salud solo hace válida la atención del médico y no de otros profesionales en el registro de actividades y atenciones, a

³² Frases tomadas del diario de campo del análisis situacional.

pesar que el AIEPI debe manejarlo todo el equipo de salud. En esta capacitación se pudo notar la imponente argumentación del médico, ante la parte clínica, acentuando que la prescripción de antibióticos es exclusiva de este gremio y que el uso de antipiréticos es delicado. Esta actitud reafirmó el poder del médico en el manejo de la morbilidad y bloqueó el espacio ya ganado para el resto del equipo de salud.

Ante una fuerte argumentación en base de los objetivos del AIEPI comunitario se determinó la necesidad de la responsabilidad del conocimiento del manejo de la morbilidad de todo el equipo de salud, esto ayudó a que el desarrollo de la charla involucre a cada uno de los asistentes.

Una vez satisfechas las interrogantes en relación a las IRAs desde la etiología, fisiopatología, tratamiento y complicaciones, la participación en determinar el flujo de pacientes, la definición de funciones y responsabilidades para el manejo de esta morbilidad y el acordar la construcción de formularios de registro IRAs, se llevó activamente.

La construcción de los formularios fue llevada a cabo por parte de la investigadora principal³³ en base a criterios del equipo de salud y socializados a través de correo electrónico para las respectivas acotaciones

Cabe mencionar que el manejo del poder es importante, en vista que en la elaboración de funciones y responsabilidades, el control del niño intra-episodio, en un inicio lo iba a realizar la enfermera pero por su falta de experticia perdida en el tiempo de servicio en el primer nivel, en la valoración física en relación a los campos pulmonares³⁴, dio lugar a que la médica tome el control de la enfermedad con cita previa, argumentando su experiencia en la morbilidad. Una interrogante fue plantada ¿Si existe demanda excesiva de pacientes, esto no dificulta más la atención de los niños que necesitan una atención oportuna?; sin embargo, su experiencia en el manejo fue refutada nuevamente sin dar cabida a que la enfermera pueda argumentar en su defensa; el resto del equipo se limitó en escuchar y asignar el poder al que siempre lo ha manejado, el médico.

Hasta el momento los que más actuaban era médico-enfermera; sin embargo, los otros profesionales aún no tenían claro cuál era su rol; más tarde, en una discusión con el equipo se sintieron identificados en las actividades de seguimiento en cuanto al apoyo en factores de riesgo para la morbilidad.

Implementación del sistema de registro de información IRAs: la elaboración de documentos informativos de actividades por profesional y carteles de identificación del flujo de pacientes es acompañado del trabajo del equipo de salud y el investigador, en el cual se revela una muy buena coordinación.

Es necesaria para esta estrategia la validación del instrumento de registro de información, el cual requiere el compromiso de todos los que hacemos el

³³ Se tomo en cuenta experiencias costarricenses en el manejo de la morbilidad. AIEPI-COSTARICA

³⁴ Tomado del diario de campo, producto del proceso.

proceso de cambio. Al iniciar la aplicación se reconocen falencias del documento, la prontitud por indagar factores de riesgo limita al personal de enfermería a leer lo que está escrito y no dar otras alternativas de indagación que permitan el registro adecuado; una vez que el paciente ingresa a la consulta médica se determina confusión en el manejo de la información: dificultad superada tras la adaptación al cambio. En el registro de pos-consulta, las actividades registradas satisfacen las expectativas del personal de enfermería, evita escritura, es de rápido manejo y quedan documentadas las actividades. El énfasis en el control intra-episodio es tomado con mayor insistencia por el tiempo que se ahorra al no escribir.

La socialización al finalizar el día de atenciones, es muy importante se valora con el personal involucrado-médico –enfermera-auxiliar de enfermería- las falencias y se realizan correcciones respectivas.

En la evaluación operativa se demostró que se cumplieron por completo las instrucciones o planificación inicial para la ejecución de la estrategia de cambio seleccionada que había sido plasmada en el protocolo de investigación.

Se pudo constatar que la participación del equipo de salud, en las reuniones fue de empoderamiento ante la problemática: hecho que partió desde la motivación para trabajar en las soluciones.

9. METODOLOGIA

Este trabajo está fundamentado en la investigación de sistemas y servicios de salud (ISSS) mediante la investigación acción.

Según el psico-sociólogo Kurt Lewin 1946, la Investigación acción es una herramienta de gestión local, utilizada para la toma de decisiones, caracterizada por tener un carácter participativo, multidisciplinario y dirigido a la comunidad.

El modelo de investigación acción es un proceso cíclico de planificación, acción y evaluación que pretende contribuir a los objetivos de las ciencias sociales, a la solución de problemas inmediatos y al desarrollo de la autosuficiencia de las competencias de la organización, a través de la colaboración entre el investigador y el personal de esta organización, en un marco ético aceptable.

La investigación-acción, inicia con el análisis de la situación de la unidad operativa para determinar y considerar todo el contexto en el que se desenvuelven diferentes problemáticas, para ello se consideró las características poblacionales, características estructurales y funcionales de la unidad.

Se utilizó como técnica la observación, la revisión documental para la recolección de datos, la encuesta para obtener información de problemas prioritarios y el Cheek-list para verificar datos.

Los instrumentos utilizados fueron la guía de observación que se enfoca: en el sistema de información, utilidad, registro, formularios, aplicación del modelo de atención y barreras en la atención.

Las fuentes utilizadas fueron primarias, las cuales permitieron obtener la información directamente del equipo de salud; como fuente secundaria se utilizó historias clínicas, formularios del sistema de información desde los usuarios.

En relación a la revisión de historias clínicas de un universo correspondiente a 990 historias clínicas, de acuerdo al cálculo bio-estadístico, la muestra correspondió a la consideración de 227 historias clínicas; sin embargo, por motivos administrativos de la unidad se realizó la revisión de 150 historias clínicas.

Las entrevistas fueron realizadas a 20 usuarios de la unidad operativa, antes de la consulta y después de la pos consulta, fueron seleccionados al azar y con el consentimiento para su aplicación.

En la segunda fase de intervención: conformación del equipo de salud se utilizó como técnica la charla participativa para reconocer las brechas que impedían la calidad de la atención, es así que se determinó trabajar sobre continuidad, integración e integralidad en la atención, conceptos fuertes de Salud Pública e incorporados al equipo de salud.

Mediante datos del análisis situacional se identificó el problema de Infecciones Respiratorias agudas, el mismo que fue priorizado de acuerdo a criterios de factibilidad, aceptabilidad, efectividad y participación, se realizó el mapeo de actores en el cual se identificó el verdadero compromiso de cada integrante del equipo de salud.

A partir de ello se consideró la capacitación en Infecciones Respiratorias Agudas, que en un principio estaba sobreentendida, pero fue imprescindible este abordaje ya que se encontraron vacíos en el manejo de la morbilidad, además se contempló el cumplimiento de la guía establecida en el AIEPI ya que el personal médico asumía el proceso con diferente criterio.

En cuanto a los criterios de continuidad, integración, e integralidad se determinó trabajar en el registro de información pertinente, clave para el manejo de la morbilidad, en base a lo que se construye herramientas de registro de información para Infecciones respiratorias agudas, en los que se toma en cuenta la agilidad para el llenado y el apoyo en la educación, se considera además, el uso de sellos para la identificación del tratamiento, apoyo en las actividades preventivas en pos-consulta y disminución del tiempo de escritura. Estos instrumentos fueron elaborados por el investigador principal, mejorados en conjunto con el equipo de salud y validados durante la atención.

Se puntualizó actividades y responsabilidades por cada profesional en la atención. Se definió 2 grupos de trabajo, el primero (equipo técnico) conformado por personal de servicios varios (encargado de entrega de turnos), auxiliar de enfermería, enfermera y médica, quienes brindarían atención directa a pacientes con Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs); el segundo grupo (equipo de interacción) conformado por odontóloga, obstetra, fisioterapeuta y terapeuta de lenguaje, encargadas del trabajo extramural "Visitas domiciliarias" una vez definido por el primer grupo, con el fin a corto plazo de realizar acciones de educación, prevención, de asistencia y de prevención.

Se estableció el flujo de pacientes y la elaboración de documentos informativos con actividades específicas para el equipo de salud.

Para la evaluación de la estrategia se toma en cuenta los siguientes indicadores:

Para la CONTINUIDAD INTRAEPISODIO, número de pacientes que regresaron al control durante el episodio.

INTEGRACIÓN, se toma en cuenta el registro de datos en las historias clínicas relacionados con indicaciones preventivas en relación a signos de alarma y manejo de la enfermedad con relación al tratamiento, además de los registros de factores de riesgo biológicos, sanitarios, socioeconómicos y familiares. Durante la consulta médica, se toma en cuenta el número de consultas donde se realice indicaciones de la evolución y manejo de la enfermedad.

INTEGRALIDAD, el número de historias clínicas con registro de problemas socioeconómicos, familiares y sanitarios; igualmente se registra el abordaje en la consulta.

Se realizó entrevistas al personal de la unidad y a los usuarios que regresaron al control evaluando su percepción acerca del manejo de la enfermedad.

10. RESULTADOS Y DISCUSION

10.1 RESULTADOS

Partiendo de la necesidad de organización del servicio, para la calidad de atención en los criterios de continuidad, integralidad e integración de actividades se obtuvo los siguientes resultados:

CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE SALUD Y SENSIBILIZACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA DE LA UNIDAD

Ante la convocatoria de reunión para la organización del servicio, se obtuvo el 100% de asistencia: médico, enfermera, auxiliar de enfermería, obstetra, odontóloga, terapeuta física, terapeuta de lenguaje y el recurso de de servicios varios, esto gracias al interés propio de mejorar el trabajo individual.

Ya en la exposición del diagnóstico de la unidad operativa (indicadores) en relación a la falta de calidad en la atención se logró, que el equipo de salud defina a la unidad operativa como un sistema, gracias al abordaje no individual de problemas si no al enfoque de resultados del trabajo en equipo.

Se logró identificar problemas desde el personal para la calidad de atención; se obtuvo la participación de todos los elementos, en señal de respuesta al diagnóstico del servicio.

Los profesionales con más conflictos para abordar esta temática planteada fueron fisioterapeuta y terapeuta de lenguaje, en vista que sentían que sus trabajos no eran tomados en cuenta para las evaluaciones del Ministerio de Salud, es así que se mostraron neutrales ante la propuesta de organización.

CONSTRUCCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE CAMBIO PARA MEJORAR LA ATENCIÓN

El abordaje de las Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 5 años constituyó el punto de partida para la calidad de atención, es así que se logró el trabajo en equipo a través de redefinir funciones, tareas y procesos para la atención de pacientes con dicha morbilidad.

- El trabajo en equipo se cumple bajo los siguientes indicadores:

EN LA RECEPCIÓN DEL PACIENTE CON IRAs: La persona de servicios varios se encargó de entregar el turno para consultas de morbilidad priorizando a aquellos con temperatura alta y refiriendo a enfermería para la administración de acetaminofén de acuerdo a las normas establecidas en la capacitación del AIEPI. Así de 6 niños³⁵ que presentaron temperatura alta descrita por la madre, el 100% fueron referidos de recepción a enfermería, para la administración del medicamento.

EN LA PREPARACIÓN DEL PACIENTE: El personal de enfermería: se encargó del diagnóstico presuntivo de la morbilidad a través de la valoración de signos vitales y síntomas del paciente (respiración por 1 minuto, signos de problemas respiratorios, temperatura alta valorada o referida por la madre).

Se obtuvo que de los 56 niños menores de cinco años que acudieron a consulta de morbilidad durante los meses de la investigación³⁶ el 78.57% (44 niños) fueron valorados por la enfermera, y en los que se adjuntó en la historia clínica la hoja de registro de factores de riesgo identificando cada uno de sus parámetros.

EN LA CONSULTA MÉDICA: La médica se encargó de: analizar la hoja de registro de factores de riesgo, realizar prevención en virtud de lo descrito; diagnosticar la enfermedad mediante protocolo de atención (AIEPI) y emitir el tratamiento respectivo; para ello utilizó la identificación del tratamiento con antibiótico y sin antibiótico a través de sellos de colores en la parte superior de la hoja de riesgos. (Facilitó la pos-consulta). Se obtuvo este abordaje en el mismo indicador de enfermería 78.57% ya que el trabajo de una dependía de la otra.

EN LA POSCONSULTA: Se logró realizar prevención de las complicaciones en vista de la utilización de la herramienta de información, identificada con el color del sello para cada paciente, emitida desde la consulta médica.

EN LA VISITA DOMICILIARIA: Se logra la intervención del segundo grupo (equipo de interacción) en el 10,71% (6 niños). Se consideran las siguientes acciones:

- Educación: Se realiza actividades de educación en manejo de IRAs en un 100%, se educa sobre la patología, sus causas, su tratamiento y factores de riesgo para

³⁵ Cobertura afectada por intervención del equipo de salud en decisiones políticas exigidas desde el nivel central.

³⁶ Ibid 33

su deterioro, signos de alarma y recomendaciones generales para la consulta y /o urgencias.

- Prevención: Se efectúa la detección precoz del riesgo en un 100% hogares visitados.
- Asistencia: No se cumplió.³⁷
- Rehabilitación: No se cumplió.³⁸

Es muy importante mencionar que a pesar de conseguir el trabajo en equipo en más del 50% de niños atendidos, el margen de error se debe a olvido del manejo de la morbilidad desde la preparación del paciente y por consiguiente no era abordado en consulta y el resto del proceso, en relación al seguimiento -visitas domiciliarias- el principal obstáculo constituyó la asignación de tareas de orden político en el que implicó responsabilidad de todo el personal.

IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE REGISTRO DE INFORMACIÓN

- El definir actividades preventivas y de promoción de estilos de vida saludables mediante los criterios de calidad: continuidad, integralidad e integración de actividades registró los siguientes datos a través de las herramientas implementadas y la historia clínica:

CONTINUIDAD: En la revisión de historias clínicas en el indicador que hace la referencia a la CONTINUIDAD, del total de pacientes menores de 5 años con diagnóstico de Infección respiratoria aguda y que acudieron a la unidad operativa, regresaron al control intra-episodio el 75%, a un segundo control el 14,29%, y a un tercero el 14,29%.

Del 25% de niños que no acudieron al control intra-episodio dentro de las primeras 72 horas luego del diagnóstico de la enfermedad el 4% tuvo que ser referido a un hospital de especialidad, por complicaciones, específicamente por neumonía.

INTEGRACIÓN: Fue evaluada a través del registro de actividades preventivas, curativas y seguimiento es así que se obtuvo:

-Registro de actividades preventivas en un 78,57%, evaluadas por la identificación de factores de riesgos y educación emitida en la pos-consulta.

-Registro de actividades curativas: Se determinó a partir del tipo de tratamiento que acompañaba al menor: es así que el 46.43% de pacientes registró en su historia clínica el sello de color rojo es decir iba acompañado de antibiótico terapia, que en un 80% correspondía al uso de amoxicilina, paracetamol, vitamina C y ambroxol, el 20% restante

³⁷ Ibid 33

³⁸ Ibid 33

distribuido entre la prescripción de eritromicina y claritromicina en conjunto con la recomendación de nebulizaciones.

-Registro de seguimiento: se determinó a partir de las visitas domiciliarias realizadas y en las que el resto del equipo de salud se integro; el porcentaje registrado correspondió a 10,71% del total de pacientes atendidos (6 de 56 pacientes). Este dato correspondió a los niños evaluados como prioritarios, a través de la identificación de mayor riesgo biológico, sanitario y socioeconómico.

De todos estos pacientes atendidos, los principales factores de riesgo (INDICADOR DE INTEGRACIÓN DE ACTIVIDADES) para ser considerados en el desarrollo de la enfermedad son descritos en los siguientes cuadros:

Tabla 5: FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DE LA UNIDAD OPERATIVA PIO XII

| FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS | PORCENTAJE |
|--|-------------------|
| Infecciones Previas | 50.00% |
| Menor de 1 año | 35.71% |
| Vacunación incompleta | 32.14% |
| Ausencia de lactancia materna exclusiva | 28.57% |
| Desnutrición | 25.00% |
| Carencia de suplemento de vitamina A | 25.00% |
| Bajo Peso al nacimiento | 10.71% |
| Hospitalizaciones en el último año | 7.14% |

ELABORADO POR: A. Cristina Yáñez C

FUENTE: Formulario de Infecciones Respiratorias Agudas para menores de 5 años

El factor de riesgo biológico identificado en primer lugar, corresponde a infecciones previas en un 50%; estas están correlacionadas a disminución de factores inmunológicos dadas por el peso bajo al nacimiento 10,71%; a la ausencia de la lactancia materna exclusiva 28,57%; y en mayores de 6 meses a la desnutrición en un 25%.

El factor de riesgo biológico más importante que ocupa el segundo lugar está relacionado con el hecho de ser menor de 1 año (35,71%) que es en el período donde se colocan las vacunas para prevenir las mayores causas de muerte en el país, siendo en la unidad operativa un factor importante la vacunación incompleta (31,14%).

Tabla 6: FACTORES DE RIESGO SANITARIOS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCION RESPIRATORIA AGUDA DE LA UNIDAD OPERATIVA PIO XII

| FACTORES DE RIESGO SANITARIOS | PORCENTAJE |
|--|-------------------|
| Deficiente ventilación en la vivienda | 50.00% |
| Contacto con personas enfermas con Infección Respiratoria Aguda | 39.29% |
| Uso de gas en el dormitorio | 28.57% |
| Asistencia a guarderías | 25.00% |
| contaminación por smog u otro gas | 21.43% |
| Animales intra-domiciliarios | 10.71% |
| Tabaquismo de algún miembro de la familia | 10.71% |
| Uso de leña cerca del dormitorio | 3.57% |

ELABORADO POR: A. Cristina Yáñez C

FUENTE: Formulario de Infecciones Respiratorias Agudas para menores de 5 años

La deficiente ventilación en las viviendas identificada en 50% de los factores de riesgo sanitarios está en relación directa con el uso de gas en el dormitorio 28.57% causa importante de intoxicación por monóxido de carbono y que se asocia también a la contaminación por smog 21,43%, y el tabaquismo de algún miembro de la familia en un 10,71% ; aunque el uso de leña cerca del dormitorio ocupa la última posición, es merecedora de atención en vista que son agentes importantes para el desarrollo de la morbilidad y sus complicaciones.

El factor de riesgo sanitario que ocupa el segundo lugar es el contacto con personas enfermas(39,29%) hecho que tiene relación con la asistencia a guarderías(25%) ya que la propagación de la enfermedad se ve beneficiada.

Tabla 7: FACTORES DE RIESGO SOCIOECONOMICOS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCION RESPIRATORIA AGUDA DE LA UNIDAD OPERATIVA PIO XII

| FACTORES DE RIESGO SOCIOECONOMICOS | PORCENTAJE |
|---|-------------------|
| Hacinamiento | 39.29% |
| Desempleo del jefe del hogar | 17.86% |
| Piso de tierra | 7.14% |
| Madre analfabeta | 7.14% |

ELABORADO POR: A. Cristina Yáñez C

FUENTE: Formulario de Infecciones Respiratorias Agudas para menores de 5 años

Los factores de riesgo socioeconómicos para el manejo de las IRAs, se establecen en el hacinamiento y el desempleo (39.39% y 17.86%) respectivamente, factores importantes para la manifestación de la morbilidad.

La variable escolaridad de la madre (7.14%) es un factor determinante porque limita el manejo de las prescripciones y el bienestar del niño.

Tabla 8: FACTORES DE RIESGO FAMILIARES DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA UNIDAD OPERATIVA PIO XII

| FACTORES DE RIESGO FAMILIARES | PORCENTAJE |
|--|-------------------|
| Alcoholismo de algún miembro de la familia | 25.00% |
| Disfuncionalidad familiar | 25.00% |
| Violencia intrafamiliar | 7.14% |
| Drogadicción de algún miembro de la familia | 0.00% |

ELABORADO POR: A. Cristina Yáñez C

FUENTE: Formulario de Infecciones Respiratorias Agudas para menores de 5 años

Dentro de las condiciones familiares un factor importante es el alcoholismo 25% que en nuestra cultura se ha convertido en una acción cotidiana, siendo también la disfunción familiar un problema que es identificado 25%, no así la violencia 7,14% que no es reconocida como una problemática.

La identificación de factores de riesgo contribuyó a generar información pertinente utilizada para la toma de decisiones en relación al manejo del paciente y por ende en la calidad de atención.

INTEGRALIDAD: Es evaluada a través del acercamiento que tuvo el personal al paciente en el abordaje de problemas sanitarios y socioeconómicos, es así que mediante el registro de factores de riesgo en estos ámbitos, se logra determinar si el paciente fue atendido considerando su aspecto psicosocial. Estos datos son referidos en los cuadros descritos anteriormente.

A través de la guía de observación, se determina que en todos los pacientes atendidos existió empatía, por la necesidad de conocer datos que influyan en la morbilidad .

En relación a la población se determinó mayor utilización del servicio a través de los indicadores de continuidad de la atención.

10.2 DISCUSIÓN

La organización es un sistema de esfuerzo cooperativo, previa y conscientemente planificado y coordinado para que cada uno de los que participen en él, conozcan de antemano sus labores, responsabilidades y derechos que les corresponde en su condición de integrantes del grupo. (Rodríguez 1993).

La organización de los servicios de salud en el Ecuador al trabajar bajo la dirección de programas verticales, los resultados están basados en indicadores de productividad lo que ha individualizado el accionar del recurso humano, convirtiéndolo en agente productor de resultados personales, el cual se beneficia del paciente para cubrir sus exigencias, ante esta realidad, el trabajar por resultados de equipo, buscando la horizontalidad de las actividades: **primero** planteando un objetivo común “responsabilidad de la salud de la población”; **segundo**, identificando las situaciones a ser cubiertas, determinando roles y funciones partiendo de la calidad de la atención³⁹, y, finalmente, tomando a los programas verticales como apoyo para la atención del paciente, incide en el aumento de la capacidad resolutoria y la utilización del servicio como en el caso de esta investigación.

El recurso humano es el elemento que crea y recrea su cultura, en este estudio refleja el empoderamiento por obtener resultados de equipo.

Integrar actividades con énfasis en la polifuncionalidad a partir de la consulta curativa, evita duplicidad de tareas o su omisión de las mismas. “Partir del trabajo intramural y complementarlo con el extramural desde un plan de actividades de equipo, apoya el manejo del paciente y por ende de la población”⁴⁰.

Es primordial recalcar que si bien el médico tiene la mayor responsabilidad en el manejo de la morbilidad, lo importante es la visión no de enfermedad sino de problema de salud y que por tanto en una atención es fundamental el trabajo en equipo basado en variables de continuidad, integralidad e integración en donde interfiere todo el recurso humano del servicio.

Otro factor a considerar es la reestructuración del sistema de información basado en la identificación de factores de riesgo y en variables de la calidad de atención investigadas (continuidad, integración, integralidad): en este caso ayudó a fomentar la promoción, prevención, curación y rehabilitación del paciente.

En relación al manejo de la enfermedad todo el equipo de salud es responsable del paciente y cada uno desempeña un rol específico en la evolución del paciente.

La capacitación es una fuente importante para mejorar las destrezas y habilidades en el personal de salud, pero debe originarse a partir de las necesidades locales y no amparada desde las necesidades del Ministerio de Salud Pública; en este caso la

³⁹ Variables de la calidad de atención (continuidad, integración integralidad) fomenta la promoción, prevención, curación y rehabilitación del paciente.

⁴⁰ Ibid 24

asimilación de conocimientos cubrió vacíos que fueron evaluados en el manejo de la enfermedad.

11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

11.1 CONCLUSIONES

- La organización del servicio basada en los conceptos promulgados por el Ministerio de Salud Pública, implicó dar respuesta a la gerencia de salud, a la población y a la satisfacción del personal.
- El provocar participación de todo el equipo de salud ante los problemas de la población, excluyó el mito, que las enfermedades son responsabilidad del médico. Todo el equipo aportó para el manejo de las morbilidades.
- La definición clara de funciones, tareas y procesos estimuló el trabajo en equipo y llevó a horizontalizar actividades.
- El capacitar al equipo de salud en base a las necesidades manifiestas, evitó la no asimilación de conceptos, además que contribuyó a la construcción de estrategias de cambio a partir del adiestramiento.
- El análisis situacional es una intervención que redujo y modificó actitudes ya que enfocó el problema de grupo y no lo hizo personal.
- El identificar y registrar datos contribuyó al manejo de la morbilidad, y optimizó la toma de decisiones no solo a nivel del paciente sino del servicio.
- El trabajar por resultados de equipo, mejoró la capacidad resolutive como la utilización del servicio.

11.2 RECOMENDACIONES

- Diseñar y ejecutar procesos de investigación-acción cuyo objetivo sea incidir sobre la organización para el mejoramiento continuo de la unidad.
- Concebir y utilizar estos procesos de investigación como una estrategia de capacitación continua que permita junto con los cambios organizacionales, el fortalecimiento de equipos de trabajo y la activa participación del personal en el mejoramiento del servicio.
- Fomentar la integración de actividades ante los programas verticales para evitar la duplicidad de acciones.
- Fortalecer parámetros de evaluación de la organización para mejorar la calidad de la atención y consecuentemente la del servicio.
- Definir actividades y responsabilidades en la visita domiciliaria previa a una planificación de actividades.
- Tomar en cuenta estrategias trabajadas a nivel internacional que delimiten acciones concretas, únicamente para su aplicación y que dependan de la organización del servicio.

12. BIBLIOGRAFIA

- Ardanza, P., Hattim, A. Métodos, técnicas e instrumentos para el análisis del desempeño. Ciudad de La Habana: MINSAP, 1992, pag: 3-10
- Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 2010. Invertir en Salud. Washington, 2010.
- Bárbara McPake y Anne Mills, Boletín de la organización Mundial de la Salud, sd, 2000.
- Boletín APS N°4, Boletín Ecuatoriano de salud pública y desarrollo de áreas de salud, convenio Ecuatoriano-Belga, 1999.
- Camell Fayad V. Estadísticas médicas y de salud pública. La Habana:ISCM; 1968.
- Costa C, Curbelo M, Alonso O, Acosta N. Evaluación del desempeño de los Especialistas de Medicina General Integral del área de salud Norte del Municipio Morón [inédito]. Facultad Ciencias Médicas Ciego de Avila; 1995.
- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa de Especialización en Medicina General Integral. La Habana: MINSAP; 1990.
- Di Pretty Lori, Garantía de la calidad de la atención de salud en los países en desarrollo, Bethesda, USA, 2005, pag: 12-22.
- Donabedian A, "The Quality of Medical Care", Science, sd, 2001, pag: 1-10.
- Fernández Busso, Calidad de la atención médica: Nuevas formas de organizar la salud, sd, Buenos Aires, 2001, pag: 3-5.
- Guerra de Macedo C. Prefacio. En: Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. OPS/OMS, Washington, 1989.
- Jiménez Villa, J. Argimon, J.M. Investigación en Atención Primaria. Centro Internacional para la Medicina Familiar. España. 2001.
- Mercenier, Van Balen, Base de organización de los Servicios de Salud, Instituto de Medicina Tropical Príncipe Leopoldo, Amberes-Bélgica, 1997, pag: 50-60.
- Ministerio de Salud Pública, Modelo de atención integral MAIS, Subsecretaria de extensión de la protección social en salud, edición MAIS, Ecuador, 2010
- MSS-Solidaridad. Sistema Único de Información. Sd, 1991.

- Naciones Unidas. Población y desarrollo: programa de acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.sd, New York: UN, 2005.
- Nirenberg O, Perrone N. Organización y gestión participativas en los Sistemas Locales de Salud. Bol Of Sanit Panam, sd 1990.
- OPS, Guía para formular el plan operativo de salud infantil: La estrategia AIEPI, proyecto de salud familiar y comunitaria, Biblioteca Sede, sd, 2008.
- OPS, Manual clínico para el aprendizaje de AIEPI. sd, Washington, Dc, 2009.
- OPS/OMS. Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Washington, D.C, 1989.
- OPS/OMS/Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela. Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en Venezuela OPS/OMS/Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, 1990.
- Organización Panamericana de la Salud. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington: OPS, 1992.
- Organización Panamericana de la Salud. Sobre la teoría y práctica de la salud pública: un debate, múltiples perspectivas. Washington, OPS, 1993.
- Paganini JM, Chorny AH. Los Sistemas Locales de Salud. Desafío para la década de los 90. Bol Of Sanit Panam, sd, 1990.
- Rico-Velasco J, Woolley LG. La crisis de la salud pública y los cambios curriculares: Una experiencia educativa en la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle. Avances Med Social, sd, 1997.
- Roa R, Siede J, Ruiz Morosini ML. Medicina familiar. Bases para un nuevo modelo de atención. Editorial Akadia. Buenos Aires, 2007.
- Roa R, Siede J, Ruiz Morosini ML. Medicina familiar. Bases para un nuevo modelo de atención. Editorial Akadia. Buenos Aires, 1997, pag:105.
- Rodríguez Darío, Gestión Organizacional, Editorial Modernidad, Chile, 2006
- Ruiz de Chávez, M. Programa de Enseñanza de Medicina General Integral: conceptualización y estrategia para su evaluación. Rev. Educ. Med. y Salud, sd, 1983.
- Salas R., Méndez G, Aneiros R. Evaluación de la competencia clínica de los internos en la Atención Primaria y otros servicios de salud. Rev Educ Med Sup 1993; pag:85-96.
- Salcedo, R. Una evaluación del desempeño profesional de egresados de una institución de formación docente. Rev. Planius, sd, 1984.

- Sánchez Tarragó N. Infecciones respiratorias agudas. Reporte Técnico de Vigilancia, sd, 1996.
- Sanit Panam. Compromiso de todos. Desarrollo de Sistemas Locales de Salud: una empresa social. sd, Cali, 1990.
- Sd, Normativa de uso y ordenación de la Historia Clínica del Hospital de la Santa Creu, Sant Pau. Barcelona, 1993.
- Sharma Ritu Manual de capacitación en defensa y promoción. Academia para el desarrollo educacional, Washington 1997.
- SSA/OPS/OMS. Sistemas Locales de Salud en México. Desarrollo de Jurisdicciones Sanitarias Tipo. México, D.F, 1990.
- Szczepanski, J. Eficiencia de la Educación Superior-Divergencias en las Tendencias y Métodos. sd, 2006.
- Unger, Marchal, Grenn, Criterios de calidad para la provisión y administración en salud. Instituto de salud de Leedb, Reino Unido, 2003.
- Varkerisses Cl. Pathmanathan A. Brownle C. Diseño y realización de proyectos de investigación sobre sistemas de salud. Otawa 1995;pag:16- 19.
- Villegas A. Encuentro de psicología humanista.sd, Cali, 2005.
- Walley Jhon How to get research into practice: first get practice into research. Bulletin, OMS, 2007.

EN INTERNET:

- Benguigui Yehuda. Atención Integral en enfermedades prevalentes,
Internet:http://scholar.google.com/scholar?hl=es&q=calidad+de+la+atenci%C3%B3n&lr=&as_ylo=&as_vis=0.
Acceso: Enero 2011
- Castillo Alcira. Continuidad de la atención.
Internet:<http://scholar.google.com/scholar?q=continuidad+de+la+atenci%C3%B3n&hl=es&lr=> Acceso: Enero del 2011
- FAO. Manuales para la construcción de la calidad.
Internet: <http://www.gestiopolis.com/canales/gerencial/articulos/27/asisis.htm>
Acceso: Enero del 2011

- Fernandez Busso. Calidad de la atención médica
Internet: <http://www.fao.org/docrep/t0845s/t0845s05.htm>
Acceso: Enero del 2011
- Peralta, Fujimoto. La atención integral en la primera infancia en América Latina.
Internet: <https://www.comminit.com/files/atencionprimerainfanciaFUJIMOTOPERALTA.pdf>.
Acceso: Enero del 2011
- Roa. Rubén. Medicina Familiar
Internet: <http://medicinafamiliar.info/author/admin/page/105/>
Acceso: Diciembre del 2010
- Rico Velasco. Crisis de la Salud Pública.
Internet: http://www.sadamweb.com.ar/calidad_de_la_atencion_medica.pdf.
Acceso: Diciembre del 2010
- Rodriguez Contreras. Continuidad interepisodios en atención primaria de salud
Internet: [http://scholar.google.com/scholar?hl=es&q="+atenci%C3%B3n+integral&lr=&as_ylo=&as_vis=0](http://scholar.google.com/scholar?hl=es&q=)
Acceso: Enero 2011
- Zurita Beatriz, Calidad de la atención.
Internet: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v58_n1/casalud.htm
Acceso: Diciembre del 2010.

ANEXOS

ANEXO 1: GUIA DE ENTREVISTA PARA LA POBLACIÓN

ENCUESTA No:
ENTREVISTADO:
FECHA:

¿Vive en los barrios PIO XII, Chaguarquingo, o San Vicente?

¿Existen organizaciones barriales?

¿Conoce al presidente del barrio?

¿Ha sido invitado a alguna reunión de barrio?

¿Participó de algún evento realizado por los presidentes de barrio y la población?

¿Qué tiempo se demora en llegar al subcentro de salud?

¿Conoce los servicios que ofrece la unidad de salud?

¿Le informan con oportunidad de las actividades que va a realizar el subcentro?

¿Le informan oportunamente cuando no van a atender?

¿Ha sido invitado a alguna reunión del subcentro de salud?

¿Conoce el horario de atención del subcentro?

¿Conoce usted que se debe hacer para ser atendido? ¿Cómo lo supo?

¿Cuánto tiempo espera para ser atendido?

¿Es usted consultado sobre su situación económica, su ocupación y /o problemas familiares?

¿Es usted consultado sobre el tipo de tratamiento a seguirse?

¿Le aconsejan sobre nutrición en la consulta?

¿Le resuelven sus problemas en la consulta?

ANEXO 2: GUIA DE ENTREVISTA PARA EL EQUIPO DE SALUD

ENCUESTA No:

ENTREVISTADO:

CARGO:

FECHA:

¿Cuánto tiempo trabaja en esta unidad?

¿Qué tipo de contrato tiene?

¿Acudió en este último año a capacitaciones?

¿En qué consiste su trabajo extramural?

¿Cómo es su relación con el director de la unidad?

¿Cómo se toma decisiones en la unidad?

¿Qué funciones cumple a parte de las asignadas profesionalmente?

¿Cómo lo supervisan?

DIRECTOR DE LA UNIDAD

¿Qué acciones de participación realiza o planifica con su equipo?

¿Qué acciones de coordinación realiza con el resto de personal y con la comunidad?

¿Con qué miembro del equipo de salud se relaciona al coordinar sus actividades?

¿Qué actividades realiza cuando supervisa y en qué medida ayuda esa supervisión?

**ANEXO 3: ENCUESTA SOBRE APLICACION DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA
LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PIO
XII**

La aplicación de la encuesta tiene la finalidad de mostrar resultados que permitan mejorar el desenvolvimiento del personal de salud dentro de la atención al usuario.

ENCUESTA NÚMERO:

ENCUESTADOR:

PROFESIÓN:

FECHA:

1. ¿Qué es el sistema de información para usted?

2. ¿Cuál es la utilidad del sistema de información?

3. ¿Dónde aprendió a manejar el sistema de información?

| | |
|----------------------|--|
| Pre-grado | |
| Pos-grado | |
| Trabajo | |
| Capacitación del MSP | |

4. ¿Cree que sus conocimientos previos le permiten un registro adecuado de datos en el sistema de información?

| | | |
|-----|--|--------------------------|
| Si: | | |
| No: | | ¿Por qué? _____ _____ |

5. ¿Considera que usted registra adecuadamente los datos en los formularios el Sistema de información durante la consulta?

| | | |
|-----|--|--------------------------|
| Si: | | |
| No: | | ¿Por qué? _____ _____ |

6. ¿Cree usted que el sistema de información recolecta toda la información de sus actividades durante la consulta?

| | | |
|-----|--|---|
| Si: | | |
| No: | | ¿Qué actividades no registra? _____ _____ |

7. ¿Cuánto tiempo demora en llenar formularios durante la consulta?

| | |
|------------------|--|
| 1 a 5 minutos: | |
| 6 a 10 minutos: | |
| 11 a 15 minutos: | |
| 16 a 20 minutos: | |

Justifique: _____

8. ¿Cuánto tiempo asigna para la atención del paciente?

| | |
|------------------|--|
| 1 a 5 minutos: | |
| 6 a 10 minutos: | |
| 11 a 15 minutos: | |
| 16 a 20 minutos: | |

Justifique: _____

9. ¿Cuántos formularios llena durante la consulta? Especifique

10. Para usted ¿Cuál es el formulario más importante que utiliza durante la consulta?
¿Por qué?

11. ¿Qué es el modelo de atención que propone el MSP, para usted?

12. ¿Cuál es la utilidad del modelo de atención que propone el MSP?

13. ¿Dónde aprendió el modelo de atención que maneja el MSP?

| | |
|----------------------|--|
| Pre-grado | |
| Pos-grado | |
| Trabajo | |
| Capacitación del MSP | |

14. ¿Cree que sus conocimientos previos le permiten otorgar el enfoque del modelo de atención durante la consulta?

| | | |
|-----|--|--------------------------|
| Si: | | |
| No: | | ¿Por qué? _____ _____ |

15. ¿Registra actividades con el enfoque del modelo de atención durante la consulta?

| | | |
|-----|--|--------------------------|
| Si: | | |
| No: | | ¿Por qué? _____ _____ |

16. ¿Qué beneficio trae la aplicación de este enfoque en el usuario?

17. ¿Qué entiende por atención integral?

18. ¿Requiere más preparación para brindar atención integral?

| | | |
|-----|--------------------------|--------------------------|
| Si: | <input type="checkbox"/> | |
| No: | <input type="checkbox"/> | ¿Por qué? _____ _____ |

19. ¿Qué actividades durante la consulta le demanda más tiempo? Especifique:

| | |
|--|--------------------------|
| Anamnesis | <input type="checkbox"/> |
| Valoración física | <input type="checkbox"/> |
| Promoción | <input type="checkbox"/> |
| Prevención | <input type="checkbox"/> |
| Curación | <input type="checkbox"/> |
| Registro de datos en el sistema de información | <input type="checkbox"/> |

20. ¿Qué aspecto psicosocial cree que es más pertinente conocer del paciente para poder brindar una atención integral?

| | |
|------------|----------------------|
| Ocupación: | <input type="text"/> |
|------------|----------------------|

| | |
|------------------------|--|
| Situación económica: | |
| Relaciones familiares: | |
| Estado emocional: | |
| Ninguno: | |
| Todas: | |
| Otros | |

Explique: _____

21. ¿Ha cambiado el sistema de información desde la aplicación del modelo de atención?

| | |
|-----|--------------------------|
| Si: | |
| No: | ¿Por qué? _____ _____ |

ANEXO 4: ENCUESTA SOBRE ATENCIÓN DE SALUD PARA LOS USUARIOS QUE ASISTEN A LA UNIDAD OPERATIVA PIO XII

La aplicación de la encuesta tiene como finalidad mostrar resultados que permitan mejorar el desenvolvimiento del personal de salud dentro de la atención al usuario.

ENCUESTA NÚMERO:
 NOMBRE:
 EDAD:
 SEXO:
 LUGAR DE RESIDENCIA:
 INSTRUCCIÓN:
 OCUPACIÓN:
 ESTADO CIVIL:
 FECHA:

1. ¿Ah tenido algún problema relacionado con su historia clínica, especifique cual:

| | |
|---|--|
| Historia clínica duplicada: | |
| Historia clínica extraviada: | |
| No ha podido tener acceso a la historia clínica por pérdida del número: | |

Otras: _____

2. Ah sido para usted beneficioso el tener una historia clínica en el sub-centro de salud

| | |
|-----|--------------------------|
| Si: | |
| No: | ¿Por qué? _____ _____ |

3. ¿Durante la consulta le preguntan sobre:

| | Si | No |
|-----------------------|-----------|-----------|
| Situación económica: | | |
| Ocupación: | | |
| Estado emocional: | | |
| Problemas familiares: | | |

4. ¿Qué actividades realiza el profesional durante la consulta?

5. ¿Se le consulta sobre el tipo de tratamiento que usted le gustaría?

| | |
|-----|--|
| Si: | |
| No: | |

6. Durante la consulta ¿le dan el tiempo suficiente para que pueda explicar sus problemas personales?

| | |
|-----|--|
| Si: | |
| No: | |

7. ¿ Qué situación le agradecería que sea abordada durante la consulta:

| | |
|--------------------------|--|
| Problemas maritales: | |
| Problemas familiares: | |
| Problemas emocionales: | |
| Problemas con los hijos: | |
| Problemas económicos: | |
| Problemas sociales: | |

8. ¿Cuánto tiempo demora el profesional en atenderla?

| | |
|------------------|--|
| 1 a 5 minutos: | |
| 6 a 10 minutos: | |
| 11 a 15 minutos: | |
| 16 a 20 minutos: | |

Justifique: _____

9. ¿Qué hace cuando no pueden comprar la receta que no le provee el sub-centro?

10. ¿Qué hace cuando tiene problemas familiares y /o conyugales? A Dónde acude?

11. ¿ En qué situaciones acude al sub-centro de salud

| | |
|--|--|
| Por enfermedad: | |
| Por prevención de enfermedades: | |
| Por recibir apoyo material: (papilla, vitaminas) | |
| Otras: | |

¿Cuál? _____

**ANEXO 5: CHECK LIST -SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA UNIDAD OPERATIVA
PIO XII**

HISTORIA CLINICA:

🚦 Formulario 001 ADMISIÓN

| | REGISTRO ADECUADO | | TIEMPO TOTAL ASIGNADO |
|-----------------------------------|-------------------|----|-----------------------|
| | SI | NO | |
| Apellidos | | | |
| Nombres | | | |
| # cédula | | | |
| Dirección | | | |
| Barrio | | | |
| Parroquia | | | |
| Cantón | | | |
| Provincia | | | |
| Zona | | | |
| Número de teléfono | | | |
| Fecha de nacimiento | | | |
| Lugar de nacimiento | | | |
| Nacionalidad | | | |
| Grupo cultural | | | |
| Edad en años cumplidos | | | |
| Sexo | | | |
| Estado civil | | | |
| Instrucción (último año aprobado) | | | |
| Ocupación | | | |
| Empresa donde trabaja | | | |
| Tipo de seguro de salud | | | |
| Encaso necesario llamar a: | | | |
| Parentesco-afinidad | | | |
| Dirección | | | |
| N° teléfono | | | |

🚦 Formulario 002 CONSULTA EXTERNA-ANAMNESIS Y EXÁMEN FÍSICO

| | | | |
|-----------------------|--|--|--|
| Establecimiento | | | |
| Nombre | | | |
| Apellido | | | |
| Sexo | | | |
| Edad | | | |
| N° historia Clínica | | | |
| Motivo de la consulta | | | |

| | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|
| Antecedentes personales | | | |
| Antecedentes familiares | | | |
| Enfermedad o problema actual | | | |
| Revisión actual de órganos y sistemas | | | |
| Signos vitales y antropometría | | | |
| Examen físico regional | | | |
| Diagnóstico | | | |
| Planes de tratamiento | | | |

 **Formulario 028 ATENCIÓN INFANTIL PRE-ESCOLAR Y ESCOLAR**

| | REGISTRO ADECUADO | | TIEMPO TOTAL ASIGNADO |
|--|-------------------|----|-----------------------|
| | SI | NO | |
| Apellido paterno | | | |
| Apellido materno | | | |
| Nombres | | | |
| N° de historia clínica | | | |
| Fecha de primera consulta | | | |
| Padre Edad en años | | | |
| Madre Edad en años | | | |
| Padre Instrucción en años | | | |
| Madre Instrucción en años | | | |
| Padre Ocupación en años | | | |
| Madre Ocupación en años | | | |
| Anamnesis | | | |
| a) Lugar y fecha de nacimiento | | | |
| b) Sexo | | | |
| c) Fuente de información | | | |
| d) Lugar de procedencia | | | |
| e) Lugar de residencia | | | |
| f) Dirección | | | |
| Motivo de la consulta | | | |
| Enfermedad actual | | | |
| Interrogatorio por aparatos y sistemas | | | |
| Antecedentes personales | | | |
| a) prenatal | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| b) natal | | | |
| 1. Tipo de parto | | | |
| 2. Establecimiento | | | |
| 3. Domicilio | | | |
| 4. Atención profesional | | | |
| 5. Edad gestacional | | | |
| 6. Apgar | | | |
| 7. Peso | | | |
| 8. Talla | | | |
| 9. P. cefálico | | | |
| 10.N° de orden de nacimiento | | | |
| b)Pos-natal | | | |
| 1.Lactancia materna | | | |
| 2. Alimentación suplementaria | | | |
| 2.1 Alimentación(tipo) | | | |
| 2.2 Complementaria (inicio) | | | |
| 3. Vacunas recibidas | | | |
| 4. Desarrollo Psicomotriz | | | |
| 5. Personalidad | | | |
| 6. Hábitos | | | |
| Antecedentes patológicos | | | |
| a) Enfermedades | | | |
| b) Intervenciones quirúrgicas | | | |
| c) Antecedentes, lesiones, alergias | | | |
| Antecedentes patológicos familiares | | | |
| Examen físico general inicial | | | |
| Control infantil (menor de 1 año) | | | |
| Inmunizaciones | | | |
| Control de niños en edad pre-escolar (12 a 59 meses) y escolar (5-14 años) | | | |

 **Formulario 028-D/83 PERCENTILES DE PESO Y TALLA**

| | | |
|-------------------|----|-----------------------|
| REGISTRO ADECUADO | | TIEMPO TOTAL ASIGNADO |
| | SI | NO |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Ficha de crecimiento Peso: | | | |
| Ficha de crecimiento Talla: | | | |
| Percentiles de NCHS para crecimiento físico: Perímetro cefálico | | | |

✚ Formulario 028- C/88 ATENCIÓN INFANTIL, PRE-ESCOLAR Y ESCOLAR

| REGISTRO ADECUADO | TIEMPO TOTAL ASIGNADO | |
|---|-----------------------|----|
| | SI | NO |
| "Denver" Examen del desarrollo del niño | | |
| Normas para la evaluación del desarrollo de los 12 primeros meses de edad (Aldrich y Norval) | | |
| Normas para la evaluación del desarrollo de los 12 a los 60 meses de edad (Barrera-Moncada) | | |

✚ Formulario 005/2008 EVOLUCIONES Y PRESCRIPCIONES

| REGISTRO ADECUADO | TIEMPO TOTAL ASIGNADO | |
|------------------------|-----------------------|----|
| | SI | NO |
| Establecimiento | | |
| Nombre | | |
| Apellido | | |
| Sexo | | |
| N° de hoja | | |
| N° de historia clínica | | |
| Evolución | | |
| a) Fecha | | |
| b) Hora | | |
| c) Notas de evolución | | |
| Prescripciones | | |
| a) Farmacoterapia e | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| indicaciones | | | |
| c) Administración de fármacos e insumos | | | |

✚ Formulario 011 EAMENES DE LABORATORIO Y COMPLEMENTARIOS

| REGISTRO ADECUADO | | TIEMPO TOTAL ASIGNADO |
|-----------------------|----|-----------------------|
| | SI | NO |
| Inserción de exámenes | | |

PARTE DIARIO Formulario 504 04-2003

| REGISTRO ADECUADO | | TIEMPO TOTAL ASIGNADO |
|---|----|-----------------------|
| | SI | NO |
| Datos del establecimiento | | |
| Institución del sistema y tipo de establecimiento | | |
| Lugar de atención | | |
| Personal | | |
| Fecha-Tiempo-Identificación | | |
| Promoción de la salud | | |
| # de historia clínica o nombre y apellido | | |
| Sexo | | |
| Atención preventiva mujeres | | |
| Atención preventiva niños | | |
| Atención preventiva adolescentes | | |
| Atención preventiva grupos de edad (morbilidad) | | |
| Diagnóstico o síndrome según CIE | | |
| Codificación de diagnóstico | | |
| Diagnóstico | | |
| Tipo de atención | | |

| | | | |
|-----------------------------------|--|--|--|
| Órdenes 8interconsulta-referencia | | | |
| Certificado médico | | | |
| Código (procedimientos) | | | |

FORMULARIOS

| | REGISTRO ADECUADO | | TIEMPO TOTAL ASIGNADO |
|--|-------------------|----|-----------------------|
| | SI | NO | |
| Laboratorio clínico-solicitud | | | |
| Formulario de transferencias para exámenes | | | |
| Formulario de maternidad gratuita | | | |
| Recetario programa integrado de micronutrientes PIM | | | |
| Consolidado de producción Diario | | | |
| Hoja de transferencia-contra referencia | | | |
| Consentimiento informado | | | |
| Registro diario de atenciones en nutrición SISVAN-PIM-PEAN-PANN 2000 | | | |
| Cupón de entrega Mi papilla-Mi bebida | | | |

**ANEXO 6: HOJA DE OBSERVACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA
UNIDAD OPERATIVA PIO XII**

1. ACTIVIDADES BIOLÓGICAS DURANTE LA CONSULTA

| ACTIVIDADES | NÚMERO |
|-------------------|--------|
| Anamnesis | |
| Valoración física | |
| Prevención | |
| Tratamiento | |

2. ACTIVIDADES PSICOLÓGICAS DURANTE LA CONSULTA

| ACTIVIDADES | NÚMERO |
|----------------------|--------|
| Valoración emocional | |
| Autoestima | |
| Destrezas | |

3. ACTIVIDADES SOCIALES DURANTE LA CONSULTA

| ACTIVIDADES | NÚMERO |
|---------------------|--------|
| Valoración Familiar | |
| Ocupación | |
| Recreación | |
| Alimentación | |
| Salario | |

4. ACTIVIDADES CULTURALES DURANTE LA CONSULTA

| ACTIVIDADES | NÚMERO |
|-------------------------|--------|
| Opciones de tratamiento | |

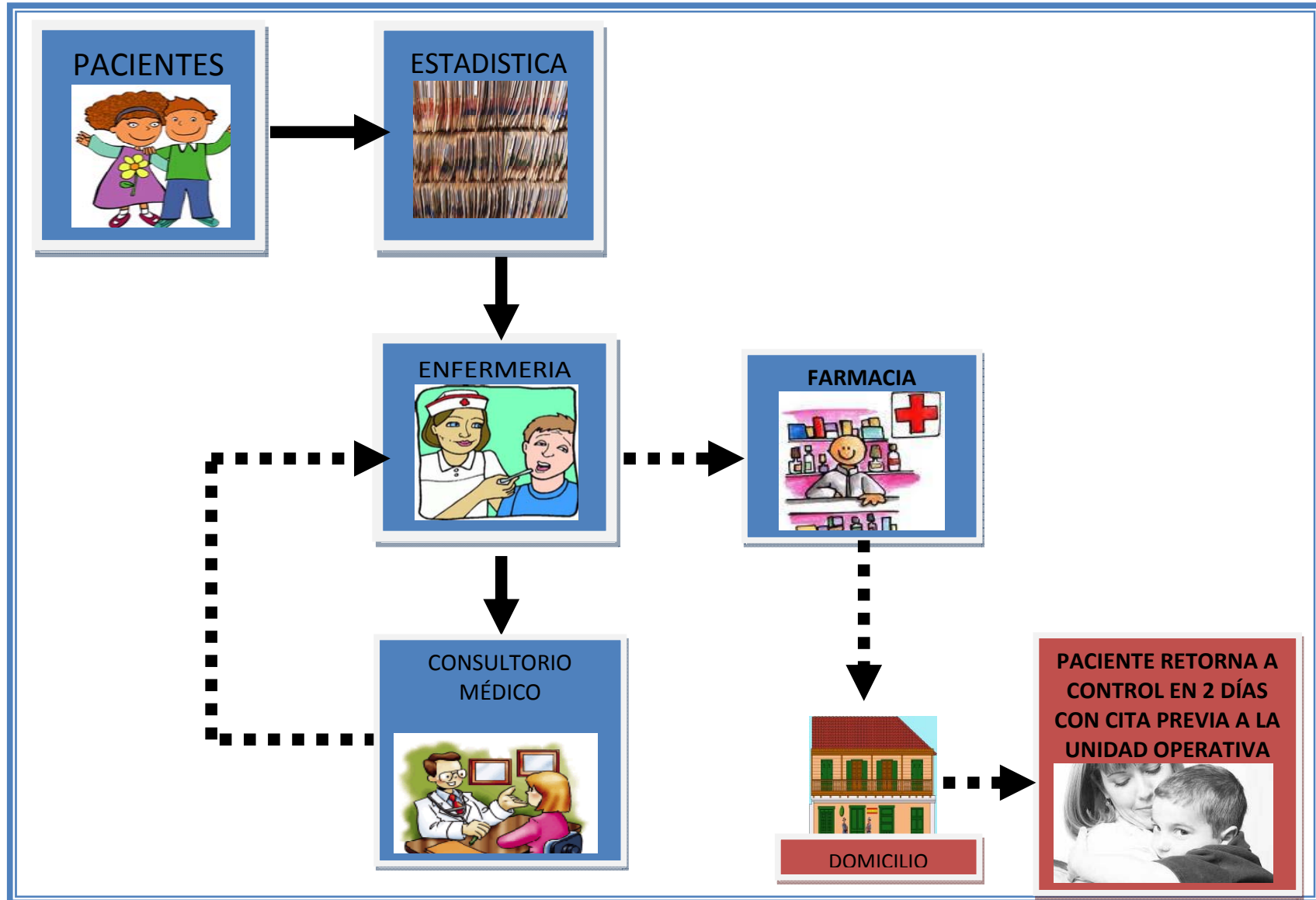
5. BARRERAS PARA LA APLICACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN DURANTE LA CONSULTA

| ACTIVIDADES | NÚMERO |
|---------------------------------|--------|
| Barrera conocimiento | |
| Barrera actitud del paciente | |
| Barrera tiempo | |
| Barrera registro de formularios | |

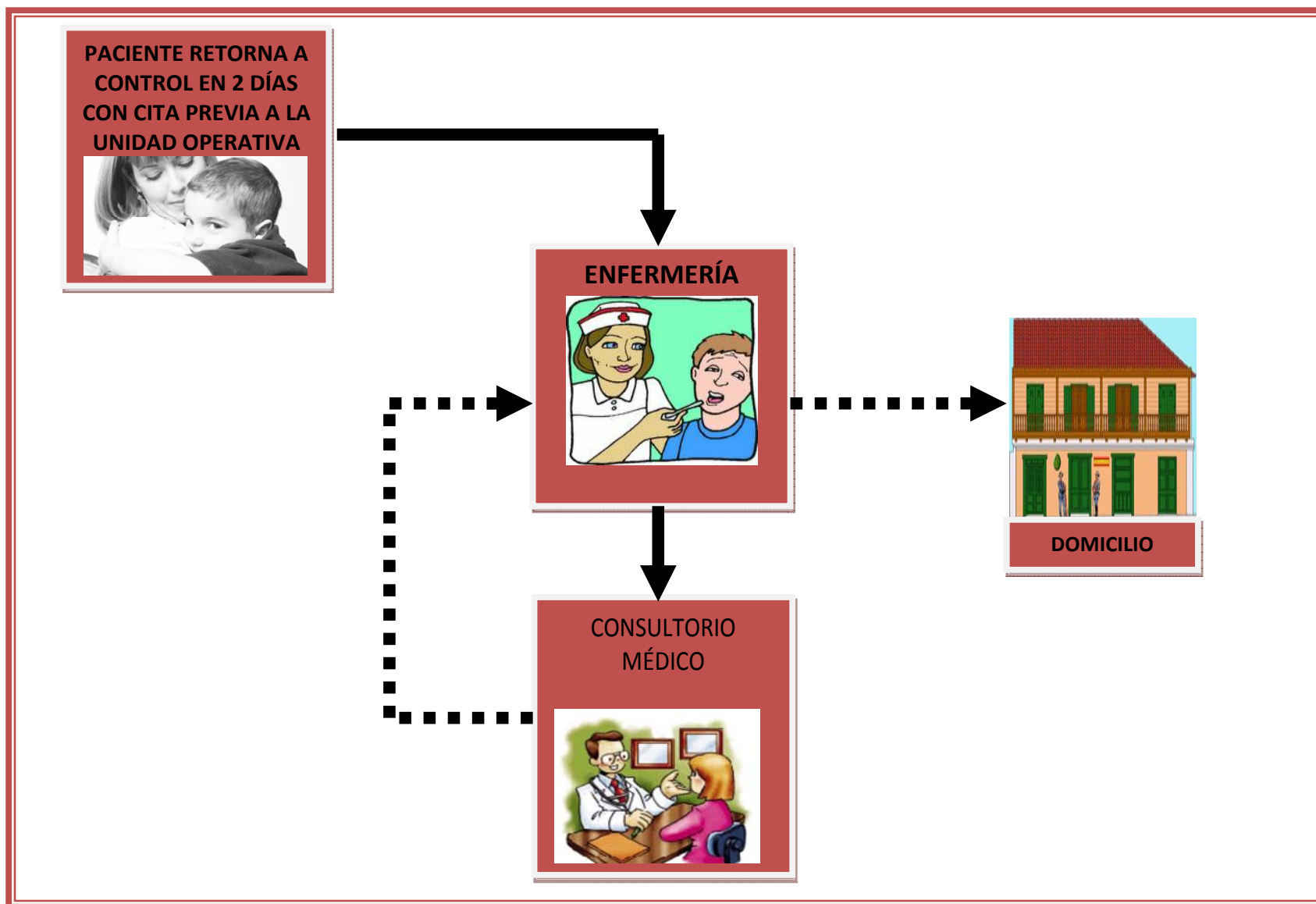
6. PARTICIPACIÓN DURANTE LA CONSULTA

| PARTICIPACION | NÚMERO DE VECES DURANTE LA CONSULTA |
|---------------|-------------------------------------|
| Paciente | |
| Profesional | |

ANEXO 7: FLUJOGRAMA DE PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA QUE ACUDEN A LA UNIDAD OPERATIVA PIO XII



ANEXO 8: FLUJOGRAMA DE PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA QUE ACUDEN A CONTROL DE SU ENFERMEDAD EN LA UNIDAD OPERATIVA PIO XII



ANEXO 9: FORMULARIO EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN

| SELLO ROSADO | ETIQUETA ROJA | ETIQUETA VERDE |
|--|---|---|
| Referencia a una unidad de mayor capacidad resolutive previa la atención de emergencia | El niño va al domicilio con tratamiento específico con antibiótico | El niño va al domicilio sin tratamiento con antibióticos, educar medidas preventivas, importancia del control |
| | <p align="center">EDUCACIÓN SOBRE</p> <p>MEDICAMENTOS: Frecuencia y dosis del antibiótico y antipirético</p> <p>SIGNOS DE ALARMA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aumento de la frecuencia respiratoria 2. Respira con dificultad 3. Dificultad para beber 4. Que el niño se vea grave (pálido o con cianosis) 5. Alteración del estado de conciencia: irritable, somnoliento, intranquilo. <p>IMPORTANCIA DEL CONTROL</p> | <p align="center">EDUCACIÓN SOBRE</p> <p>FIEBRE: Aplicación de medios físicos, Frecuencia y dosis de la toma del antipirético</p> <p>ALIMENTACIÓN: Ofrecer los alimentos en pequeñas fracciones más veces al día; no suspender la lactancia materna</p> <p>LIQUIDOS: Incrementar ingesta</p> <p>TOS: Aplicación de ambiente húmedo, énfasis en el manejo- evitar uso de medicamentos para suspender la tos</p> <p>LIMPIEZA: Explicar cómo limpiar las fosas nasales</p> <p>SIGNOS DE ALARMA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aumento de la frecuencia respiratoria 2. Respira con dificultad 3. Dificultad para beber 4. Que el niño se vea grave (pálido o con cianosis) 5. Alteración del estado de conciencia: irritable, somnoliento, intranquilo <p>IMPORTANCIA DEL CONTROL</p> |

| ETIQUETA AMARILLA | E | ETIQUETA VERDE | E |
|---|---|---|---|
| El niño va al domicilio con tratamiento específico con antibiótico | | El niño va al domicilio sin tratamiento con antibióticos, educar medidas preventivas, importancia del control | |
| MEDICAMENTOS: Frecuencia y dosis del antibiótico y antipirético | | FIEBRE: Aplicación de medios físicos. Frecuencia y dosis de la toma del antipirético | |
| SIGNOS DE ALARMA: Aumento de la frecuencia respiratoria | | ALIMENTACIÓN: Ofrecer los alimentos en pequeñas fracciones más veces al día no suspender la lactancia materna | |
| Respira con dificultad | | LIQUIDOS: Incrementar ingesta TOS: Aplicación de ambiente húmedo, énfasis en el manejo; evitar uso de medicamentos para suspender la tos | |
| Dificultad para beber | | LIMPIEZA: Explicar cómo limpiar las fosas nasales | |
| Que el niño se vea grave (pálido o con cianosis) | | SIGNOS DE ALARMA: <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la frecuencia respiratoria • Respira con dificultad • Dificultad para beber • Que el niño se vea grave (pálido o con cianosis) • Alteración del estado de conciencia: irritable, somnoliento, intranquilo | |
| Alteración del estado de conciencia: irritable, somnoliento, intranquilo. | | IMPORTANCIA DEL CONTROL | |
| IMPORTANCIA DEL CONTROL | | OTROS: Especifique: | |

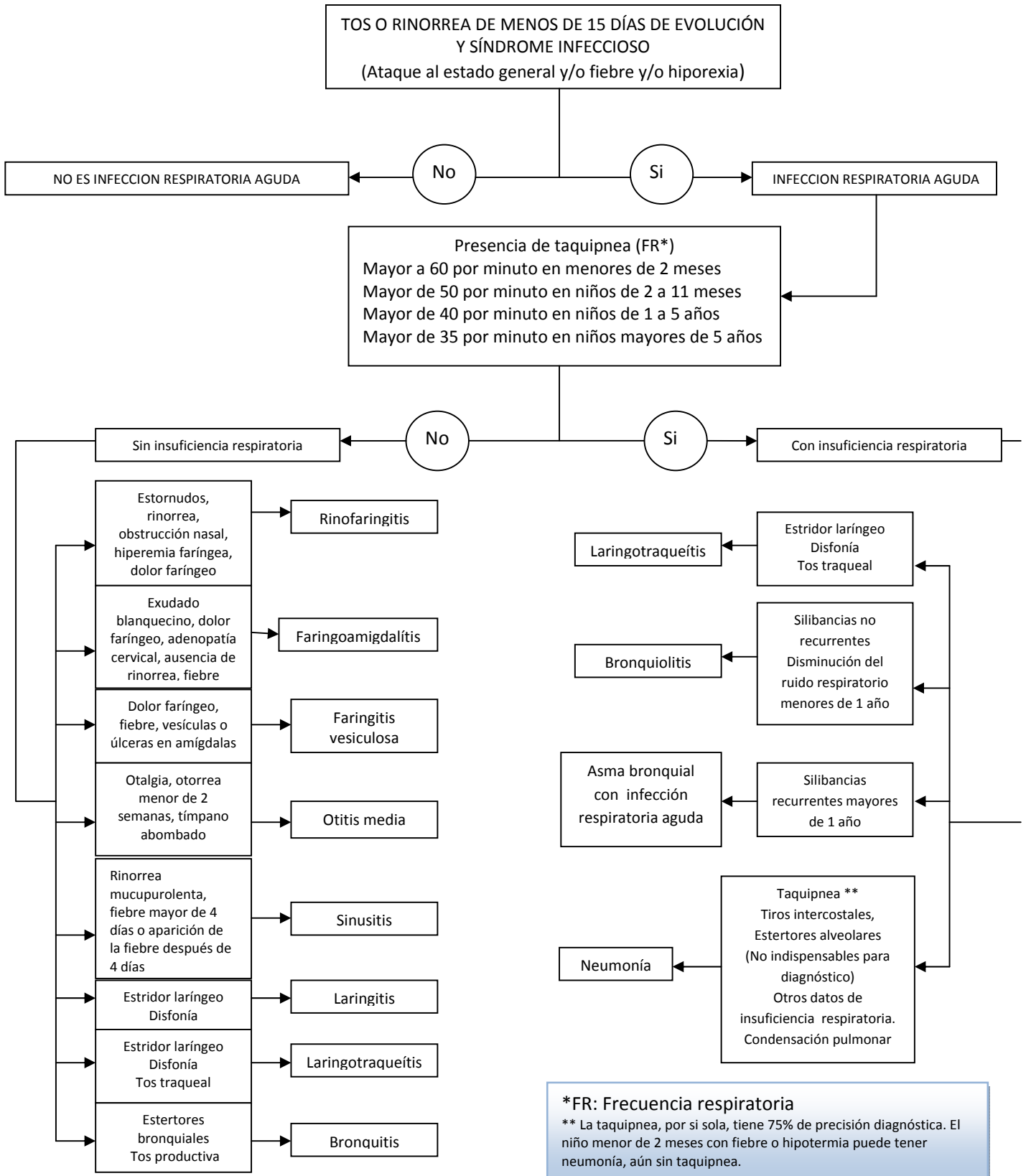
REVERSO

ANEXO 10: FORMULARIO DE REGISTRO DE FACTORES DE RIESGO

| IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS MENORES DE 5 AÑOS | |
|--|-------------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRES | HISTORIA CLINICA |
| DIRECCIÓN | TELEFONO |
| FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS | |
| Menor de 1 año | |
| Bajo peso al nacimiento | |
| Ausencia de lactancia materna | |
| Desnutrición | |
| infecciones previas | |
| Esquema de vacunación incompleta | |
| Carencia de vitamina A | |
| FACTORES DE RIESGO SANITARIOS | |
| Contaminación ambiental dentro de la vivienda: | |
| Uso de gas en el dormitorio | |
| Uso de leña o carbón cerca del dormitorio | |
| Tabaquismo de algún miembro de la familia | |
| Contacto con personas enfermas de IRAS | |
| Deficiente ventilación en la vivienda | |
| Contaminación ambiental fuera de la vivienda: | |
| Asistencia a estancias infantiles | |
| Contaminación por smog , u otro gas | |
| FACTORES DE RIESGO SOCIOECONÓMICOS | |
| Hacinamiento | |
| Piso de tierra en la vivienda y malas condiciones en general | |
| Madre con escasa escolaridad | |
| Pobreza | |
| OTRO TIPO DE FACTOR DE RIESGO IDENTIFICADO: | |
| Violencia intrafamiliar, desempleo, alcoholismo, drogadicción, disfunción familiar. | |

RESPONSBLE: _____

ANEXO 11: GUIA DIAGNÓSTICA DE LAS DIFERENTES ENTIDADES CLÍNICAS DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS



**ANEXO 12: PLANTILLA DE ACTIVIDADES EN PREPARACIÓN DE PACIENTES
MENORES DE 5 AÑOS**

- **TRIAJE**
(Administración de acetaminofen a pacientes con fiebre)
- **TOMA DE SIGNOS VITALES:**
Temperatura, respiración por 1 minuto, peso y talla.
- **IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO**
(Llenar hoja de registro).

ANEXO 13: PLANTILLA DE ACTIVIDADES EN LA CONSULTA MÉDICA. PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS CON IRAs

- **EVALUAR** signos (respiración, tiraje, estridor o silbancias)
- **CLASIFICAR** correctamente
- **DECIDIR** tratamiento adecuado
- **RECONOCER** factores de riesgo
- **EDUCAR** apropiadamente
- **ASIGNAR** rotulación específica

ETIQUETA ROSADA

Referencia a una unidad de mayor capacidad resolutive
previa la atención de emergencia.

ETIQUETA ROJA

El niño va al domicilio con tratamiento específico con
antibiótico

ETIQUETA VERDE

El niño va al domicilio sin tratamiento con antibióticos

**ANEXO 14: PLANTILLA DE ACTIVIDADES EN POS-CONSULTA. PACIENTES
MENORES DE 5 AÑOS CON IRAs**

- **Registrar el tipo de paciente según diagnóstico (color de etiqueta)**
- **Educación de acuerdo al tratamiento del paciente Educar en signos de alarma.**
- **Recomendar la importancia del control en 2 días**

**DAR CITA PREVIA DE CONTROL PARA 48
HORAS A PARTIR DE LAS 11 DE LA
MAÑANA**

**ANEXO 15: PLANTILLA DE ACTIVIDADES EN EL CONTROL DE PACIENTES
MENORES DE 5 AÑOS IRAs**

PREPARACIÓN:

- Signos vitales

CONSULTA MÉDICA:

- Evaluar estado general
- Tratamiento y/o referencia
- Asignación de nueva etiqueta-si lo requiere-

POSCONSULTA:

- Actividades según nuevas prescripciones
- Educar medidas generales y preventivas
- Confirmar datos para la visita domiciliaria a pacientes con factores de riesgo importantes y con signos de complicación
- Control en 2 días

**ANEXO 16: PLANTILLA DE ACTIVIDADES EN LA VISITA DOMICILIARIA. PACIENTES
MENORES DE 5 AÑOS IRAs**

- Identificar riesgos familiares
- Educación
- Programación para una próxima visita
- Coordinación para apoyo interdisciplinario

ANEXO 17: FOTOGRAFÍAS DEL EQUIPO DE TRABAJO DE LA UNIDAD OPERATIVA PIO XII



ANEXO 18: JUSTIFICACIÓN PERSONAL

No justifico esta investigación como profesional de salud, más bien como una ciudadana ecuatoriana con las mismas limitaciones de todos; soy parte de aquella población que busca bienestar no solo individual sino familiar.

Mi gran incertidumbre en materia económica cuando mis hijos enferman, mantiene viva esta necesidad de cubrir requerimientos de aquellos que realmente buscan bienestar.

He visitado la mayoría de entidades de salud: privadas, Ong's, municipales y públicas y en todas la situación fue la misma, "no se preocuparon por mi verdadero estado de salud, miraron el ángulo biológico más no el psicosocial.

Recuerdo una ocasión en la que, en una de estas entidades, se emitió una receta inimaginable, digna de guardarse en la cartera, porque su valor requería esperar el salario mensual, a fin de mes, para adquirirla.

Seguidamente mi esposo presentó un síntoma nervioso y el médico prescribió una receta para dormirlo, mientras que el fondo de su situación era un problema laboral.

Ante esto, mi interés como ciudadana y profesional con una fuerte ideología de "salud" inspirada en la propuesta de Alma-Ata, "prestación de servicios de salud y saneamiento, con características de calidad, globalidad, integridad, continuidad, eficiencia, eficacia y considerando algunos factores como equidad, educación, alimentación, ingresos económicos, ecosistema estable y justicia social" motivó a validar el diagnóstico situacional de la población con el personal de salud de la unidad operativa Pio XII en la que se decidió mitigar la problemática de atención bio-psicosocial en relación al sistema de información.