



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRÁDO Y EDUCACIÓN CONTINUA

**TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE
MAGÍSTER EN SERVICIOS DE SALUD**

TEMA:

**ASPECTOS CULTURALES BUROCRATICOS QUE INFLUYEN EN LA
CALIDAD DE SERVICIOS QUE OTORGA A LOS BENEFICIARIOS DEL
SEGURO CAMPESINO DEL DISPENSARIO "HUILLOLOMA" DEL CANTON
SAN MIGUEL DE LA PROVINCIA DE BOLIVAR.**

Autora

LCDA. MÓNICA KATHERINE GALEAS BAÑO

Directora

ING. SARA TORRES DÍAZ, Mg. Sc.

BABAHOYO - LOS RÍOS - ECUADOR



2013



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRÁDO Y EDUCACIÓN CONTINUA

**TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE
MAGÍSTER EN SERVICIOS DE SALUD**

TEMA:

**ASPECTOS CULTURALES BUROCRATICOS QUE INFLUYEN EN LA
CALIDAD DE SERVICIOS QUE OTORGA A LOS BENEFICIARIOS DEL
SEGURO CAMPESINO DEL DISPENSARIO "HUILLOLOMA" DEL CANTON
SAN MIGUEL DE LA PROVINCIA DE BOLIVAR.**

Autora

LCDA. MÓNICA KATHERINE GALEAS BAÑO

Directora

ING. SARA TORRES DÍAZ, Mg. Sc.

Babahoyo

2013

Babahoyo, 04 de Octubre de 2013

Sr. Ing.

Fabián Toscano Ruiz, MAE

DIRECTOR DEL CENTRO DE ESTUDIOS DE POST GRADO Y EDUCACION
CONTINUA DE LA UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO.

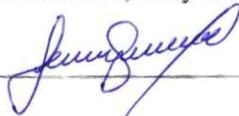
Ciudad.

De mis consideraciones.

Con el presente informe a usted que la Lcda. Mónica Katherine Galcas Baño ha concluido la elaboración de su tesis titulada "*Aspectos Culturales y Burocráticos que influyen en la calidad de servicios que otorga a los beneficiarios de Seguro Campesino del Dispensario "Huilloloma" del Cantón San Miguel de la provincia de Bolívar*". La egresada ha cumplido con todas las fases de ejecución e incorporado las recomendaciones formuladas por la dirección de tesis en el informe final de la investigación. Por esta razón, considero que está en disposición de presentarse a defender su Tesis ante el Tribunal que el Organismo competente designe.

Es todo cuanto debo informar a Usted para los fines consiguientes.

Del Señor Director, muy atentamente,



Ing. Sara Torres Díaz, Mg Sc.

Directora de Tesis

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a Dios todo poderoso por guiar mis pasos con sabiduría, a mis Padres por el esfuerzo y dedicación, a mis hijos por ser la razón y el motivo de mi existencia, y a todos quienes anhelan una educación renovada y fundamentada en el amor para educar en justicia y verdad a los Profesionales de la Salud.

Mónica Gáleas Baño

Octubre de 2013

AGRADECIMIENTO

Infinitamente mi gratitud y renovado reconocimiento, a la Universidad Técnica de Babahoyo y al Centro de Estudios de Postgrado y Educación Continua, como a todos los Profesores que tan gentil y ampliamente compartieron conmigo sus experiencias y me permitieron prepararme en Gerencia en Servicios de la Salud.

Dejo especial agradecimiento a la Ing. Sara Torres Díaz, por su entrega generosa e incondicional en el ejercicio de la tutoría de esta tesis.

Mónica Gáelas Baño

Octubre de 2013

DECLARATORIA DE AUTORÍA

Yo, Mónica Katherine Galeas Baño, declaro que los resultados y conclusiones de la tesis denominada "**Aspectos Culturales y Burocráticos que influyen en la Calidad de Servicios que otorga a los beneficiarios del SEGURO CAMPEÑO del Dispensario "Huilloloma" del Cantón San Miguel de la Provincia de Bolívar**", son de mi exclusiva responsabilidad y la propiedad intelectual pertenece a la Universidad Técnica de Babahoyo.

Lcda. Mónica Galeas Baño

Octubre de 2013

ÍNDICE

CAPÍTULO	Página
Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Declaratoria de Autoría	iii
1. INTRODUCCIÓN	1
2. TEMA	2
3. MARCO CONTEXTUAL	
3.1. Contexto internacional	2
3.2. Contexto nacional y local	11
4. SITUACIÓN PROBLÉMICA	23
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
6. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	28
7. JUSTIFICACIÓN	29
8. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	30
9. MARCO TEÓRICO	
9.1.. Marco conceptual	31
9.2. Marco referencial	34
10. HIPÓTESIS	
10.1 General	55
10.2. Específicas	55

11. RESULTADOS

11.1. Pruebas estadísticas aplicadas en la verificación de hipótesis	56
11.2. Análisis e interpretación de datos	57
11.3. Discusión de resultados	72
11.4. Conclusiones y recomendaciones	74

12. PROPUESTA DE APLICACIÓN

12.1. Alternativa obtenida	77
12.2. Alcance	78
12.3. Aspectos básicos	79

1. INTRODUCCIÓN

El estudio de las actividades del dispensario del Seguro Social Campesino Huilloloma y sus limitaciones que es el tema de la tesis, abordó la calidad de la atención de salud que reciben los afiliados de las comunidades Huilloloma, Cristal y Chaupiyacu del Cantón Balzapamba y Pisagua, Pretoria, La Alegría, la Prosperidad, Guadalupe, la Huaquilla, San Jacinto (Clementina), la Maravilla y La Vitalia en el cantón Montalvo; ha concentrado la atención en los aspectos administrativos que dificultan alcanzar una atención de calidad.

Para su ejecución, se aplicaron los métodos inductivo para la formulación del problema y deductivo, para relacionar información empírica y deducir conclusiones, recomendaciones y la propuesta de mejora. Los instrumentos fueron la encuesta a los usuarios y entrevista al personal médico del dispensario Huilloloma.

Los resultados mostraron que existe insatisfacción entre los usuarios del dispensario, principalmente por la falta de medicamentos, por la distancia que deben recorrer hasta el dispensario. Los asociados de la provincia de Bolívar creen que el acceso al dispensario no es fácil debido a la topografía del terreno. Otro resultado indicó que los aspectos culturales son elementos de insatisfacción, ya que muchos usuarios no comprenden las indicaciones médicas, lo que representa dificultades de comunicación.

Los resultados, una vez interpretados a la luz de la teoría de sustento, permitieron la formulación de una propuesta de intervención así como la deducción de conclusiones y recomendaciones. La propuesta se estructura en cuatro tipos de actividades tendentes a mejorar la calidad de la atención que reciben actualmente los usuarios de este dispensario del Seguro Campesino.

2. TEMA DE INVESTIGACIÓN

Las actividades actuales del dispensario del dispensario del Seguro Social Campesino “Huilloloma” de la parroquia Balsapamba, cantón San Miguel, provincia de Bolívar y sus limitaciones.

3. MARCO CONTEXTUAL

3.1. Contexto internacional

La Unión Europea refuerza la labor de los países miembros al reunirlos para abordar retos comunes en estrecha cooperación con otros socios internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) pero la prestación de la asistencia sanitaria es competencia de cada uno de ellos.

La actuación de la UE se basa en su Estrategia Sanitaria cuyos objetivos son:

- *promover la buena salud en una Europa que envejece
- *proteger a las personas de las amenazas a la salud
- *fomentar sistemas de salud dinámicos y nuevas tecnologías.

Los sistemas de salud de Bélgica, Dinamarca, España, Reino Unido y Suecia ofrecen cobertura universal a los ciudadanos y se financian mediante fondos

públicos, procedentes en su mayoría de la recaudación de impuestos, con la excepción de Bélgica, cuya principal fuente de financiación es el sistema de seguridad social. El gasto de salud del año 2008 osciló en torno a la media del grupo UE-15 (9,5% del PIB), con una diferencia aproximada de tres cuartos de punto por encima en el caso de Bélgica y por debajo, en el Reino Unido. La participación del sector privado fue aún minoritaria, siendo ligeramente más importante en Bélgica y España, aunque en este país, en el 2012 se incrementó el sector privado como consecuencia de las nuevas políticas económicas dictadas por el gobierno español para disminuir la crisis económica.

En lo referente a la distribución de competencias de salud, todos los sistemas son de naturaleza descentralizada. Las administraciones regionales se encargan de la gestión de los servicios de salud, y en algunos países como Dinamarca y Suecia la prestación de servicios sociales compete a la administración local. (Carnicero, Rojas, 2010)

Continúan explicando que los gobiernos centrales asumen las labores de legislación y coordinación en el nivel nacional. En función del país, el sistema de salud ofrece al paciente un grado distinto de libertad de elección de médico y centro hospitalario, y potencia en mayor o menor medida el papel del médico de atención primaria como punto de primer contacto el paciente con el sistema, para autorizar su derivación a los servicios de atención especializada en caso necesario.

El sistema más abierto es el sueco, que ofrece al paciente libertad total de elección y prescinde del médico de atención primaria obligatorio y el más restrictivo es el español, que otorga libertad de elección dentro del sistema público, pero limitada según criterios geográficos.

Las características de las plantillas de los servicios de salud también varían de un país a otro, pudiendo estar compuestas por empleados públicos, empleados privados o profesionales liberales. En lo que respecta a su volumen, los sistemas de Bélgica y Reino Unido cuentan con plantillas amplias, pero en Dinamarca y Suecia se considera que algunas disciplinas cuentan con escasos profesionales, como el caso de la enfermería debido a las condiciones de trabajo, o el caso de los médicos en Suecia, dada la dispersión geográfica de la población. (Carnicero y Rojas, 2010) (Maya Mejía, 2003)

Algunos de los objetivos gubernamentales en materia de salud son comunes, como la sostenibilidad financiera y la contención del gasto, mediante la adopción de nuevos esquemas de planificación y retribución ligados a la productividad, y la mejora de la gestión farmacéutica. Otro objetivo compartido es la reducción de las listas de espera, en línea con las expectativas de los ciudadanos.

Calidad de la atención de salud

Durante los años '90 predominó en el diseño y ejecución de las políticas sociales un modelo minimalista en lo social. En las políticas de salud este modelo significó

la definición de una canasta básica de prestaciones y la orientación de los recursos del Estado solo hacia los grupos más desfavorecidos.

Como respuesta a este modelo, y aún antes, diversos actores han sostenido el discurso del derecho a la salud. Sin embargo, esta invocación ha sido poco operacionalizada y, por lo general, se ha contado con escasos elementos para impulsar un debate sobre la elaboración de una política de salud con enfoque de derechos humanos. De esta manera, los derechos humanos en este campo aparecían más como un discurso ético y moral que como una propuesta para la formulación de políticas, la construcción de herramientas concretas de gestión y el desarrollo de modelos de atención que permitieran cumplir con el compromiso estatal del derecho a la salud. (Ase, 2009:27-47) (Valdez, Espina, 2011)

En España, las desigualdades sociales en salud fueron notorias entre grupos poblacionales definidos por sus aspectos sociales, económicos, demográficos o geográficos como resultado de la distinta distribución de circunstancias, oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas y que se traduce en una peor salud entre los colectivos socialmente menos favorecidos. Entre estas se cuentan las de etnia gitana, las que residen en áreas con mayor privación, las mujeres, y más recientemente la población inmigrante procedente de países pobres. A estos grupos no llega la asistencia en salud o lo hace de manera muy precaria.

En realidad, en el marco de la Unión Europea sí existe una declaratoria relacionada con la salud pública y consta en el llamado “Libro Blanco”. (Comisión europea, 2007) En este documento se propone cuatro principios:

Principio nº 1: una estrategia basada en valores sanitarios compartidos.

Principio nº 2: la salud es el tesoro máspreciado. La productividad y la prosperidad económica dependen de la buena salud de la población; y es necesario compaginar la esperanza de vida sana y los altos costes relacionados de los problemas de salud.

Principio nº 3: la salud en todas las políticas

Debe estar acompañada de otras sobre el ambiente, reglamentación de los productos farmacéuticos y alimentarios entre otras.

Principio nº 4: reforzar la voz de la UE en el ámbito de la salud a nivel mundial

Un breve análisis de los sistemas de salud latinoamericanos, evidencia que ha existido una doble tendencia: por un lado a unificar los servicios públicos y colectivos dentro de un mismo sistema y, por otro, a transferir competencias a las autonomías regionales. Los casos más antiguos de unificación del sistema de salud son Chile y Costa Rica, luego lo hizo Brasil con la Constitución de 1988 y más tarde Colombia y Argentina.

En esta experiencia prevalecieron los criterios técnico-administrativos de la descentralización sobre la necesidad de reducir los desequilibrios regionales, por lo que la evaluación de esta primera etapa en México evidencia una creciente

desigualdad, siendo las áreas de menores recursos las peor atendidas con carencia de infraestructura, materiales, suministros y personal capacitado

La atención primaria de salud (APS) es uno de los principales objetivos de la política pública de salud en Argentina. Desde la aparición del movimiento APS en 1994 se presenta una nueva organización en la redistribución del poder político, generando un compromiso social en donde se incorpora la participación ciudadana en el sistema de salud transformando su parte estructural y organizacional del modelo hospital-céntrico al nuevo modelo de Atención Primaria en Salud, generando una optimización en la atención (De Lellis, Casanova,2006)

El Sistema de Salud en Colombia, estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC). Esta normativa, si bien presenta avances conceptuales importantes, no se refleja en los resultados reales a la sociedad del proceso de atención, ya que el sistema debe garantizar lo mínimo indispensable para brindar una prestación de salud que cumpla con el precepto hipocrático, "primum non nocere". (Llinás, 2012)

En Brasil en 1994 se dio inicio a la estrategia de salud familiar – ESF (8) por ser una estrategia fuerte frente a la promoción de la salud, con un enfoque a los problemas identificados en el colectivo, se considera como instrumento en la atención primaria en salud (APS) que debe ir de la mano con el progreso científico y las necesidades de la población.

Se estima que en EE.UU. el 85 % de la población tiene algún tipo de cobertura. Alrededor del 75% posee algún seguro privado, y el 90% de estos tiene menos de 65 años. Es una cobertura diferencial, según grupo de edad, raza y etnia. Así los empleadores proveen el 80% de los seguros privados a los trabajadores, pero esto no es obligatorio y entonces las empresas más pequeñas, de menos de 500 empleados no pueden afrontar los costos de las pólizas, ni sus empleados compartirlas, con lo cual estos trabajadores vienen a engrosar las filas de la población no cubierta que en EE.UU. alcanza el 15%.

En Uruguay, el sistema de salud uruguayo se encuentra segmentado, lo que impide el desarrollo de las políticas que busca implementar el modelo de Atención Primaria en Salud, a pesar de ello se evidencia que desde las acciones de APS se ha logrado integrar la prevención, la promoción y el tratamiento; pero que consideran que la parte de rehabilitación no ha sido satisfactoria, incluyendo que aunque se encuentran diseñados los programas integrales existe inequidad geográfica especialmente en el área rural e interior del país. (Sollazzo A, Berterretche R, 2011).

El sistema de salud de Cuba tiene como limitante fundamental para el cumplimiento de sus retos y perspectivas que es la difícil situación económica por la que atraviesa el país, que se ve notoriamente agravada por el bloqueo económico y social impuesto a ese país desde hace varias décadas. Esta condición obliga al país a adquirir equipamiento médico, medicamentos y materias primas para la industria farmacéutica a precios mucho más altos que al resto de los países.

A pesar de estas limitantes, esta compleja situación es en gran medida contrarrestada por una amplia gama de atributos esenciales que tiene la actividad de salud en Cuba: un sistema de salud gratuito de cobertura universal, con más de 50 años de experiencia de trabajo bien estructurado y de alta calidad; la permanente política del Estado de priorizar el sector de la salud aún en las condiciones más adversas; la amplia oferta de recursos humanos para la salud, tanto de nivel profesional como técnico; la participación activa y destacada de la comunidad en las acciones de salud; el alto nivel educativo de la población cubana, que incluye una elevada educación sanitaria y el vertiginoso desarrollo de la biotecnología, que ha permitido disminuir las importaciones de medicamentos y medios diagnósticos, entre muchas otras.

En Argentina persisten problemas como la negativa de médicos reacios a instalarse en las zonas inhóspitas o con escaso desarrollo agro industrial y los pocos que optan por hacerlo, trabajan mayormente en condiciones de aislamiento, sobrecarga laboral y en muchas ocasiones sin la infraestructura, cantidad ni calidad de recursos humanos adecuados. Sumado a esto, los servicios de salud se vuelven inaccesibles para las comunidades debido a la escasez de medios de transporte y de comunicación. Por eso se notan desigualdades como la proporción de un médico cada 90 habitantes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, mientras que en las provincias de menor desarrollo y con economías rurales hay hasta un médico por cada 677 habitantes.

La lejanía de los centros de salud dificulta la atención médica a los habitantes de las zonas rurales, sin contar con el temor de encontrarse con miembros de grupos armados ilegales.

En el 2012 se cambiaron los conceptos básicos de la Protección Social en Salud orientándola a garantizar derechos sociales universales a diferencia del enfoque de los años 90, con énfasis en la focalización de subsidios, el manejo de riesgos individuales y base en el mercado.

Este nuevo enfoque se basa en intervención estatal y resulta conceptualmente congruente con el objetivo de Cobertura Universal y con los valores nucleares de la APS renovada: Derecho a la salud, Equidad y Solidaridad.

En Paraguay, la renovación de la Atención Primaria en Salud basada en un enfoque integral, es uno de los modelos propuestos donde se utiliza la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud – APIS, que como lo señalan Vega et al (2009) “además de estar conformado por elementos estructurales y funcionales que garanticen la cobertura universal con equidad, debe prestar atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, con énfasis en la prevención, promoción y garantizar la atención del paciente en el primer contacto.”

Como puede notarse, el tratamiento que recibe la salud pública es diferente en cada país, y en ninguno de los consultados se observa una estructura como la del

Seguro Social campesino, lo cual dificulta la comparación con otros sistemas que podrían servir de referente.

3.2. Contexto nacional y local

El sistema de salud de Ecuador está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende al Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), los servicios de salud de las municipalidades y las instituciones de seguridad social (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional). El MSP ofrece servicios de atención de salud a toda la población. El MIES y las municipalidades cuentan con programas y establecimientos de salud en los que también brindan atención a la población no asegurada. Las instituciones de seguridad social cubren a la población asalariada afiliada.

Las últimas regulaciones para acceder a los beneficios del Seguro de Salud están definidas en la Resolución N° C.D. 357 del 9 de febrero de 2011, en la cual también se establece, la atención médica a los hijos e hijas menores de 18 años de edad de afiliados (as) en relación de dependencia y voluntarios, y de los pensionistas de invalidez y vejez del seguro general de incapacidad permanente total o absoluta de riesgos del trabajo, con el financiamiento del 3,41% de su pensión o renta mensual por la protección en salud, de uno o más hijos menores de 18 años de edad, previa solicitud al IESS. Asimismo, se aprobó la normativa

para que el afiliado (a) con relación de dependencia y voluntarios, tengan derecho a recibir atención médica en caso de accidente o emergencia, desde el primer día de afiliación al IESS.

Demografía

La afiliación al Seguro General Obligatorio creció en aproximadamente 380 000 beneficiarios, durante el 2011. Así, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) cuenta con 2,1 millones de afiliados a escala nacional, de acuerdo con datos provisionales. (El Comercio, enero de 2012)



Fuente: IESS - EL COMERCIO

Fuente: <http://www.elcomercio.ec/negocios/afiliacion-Seguro-Social>

Desde el año 2007, se ofreció mayor atención a la salud pública, con la provisión más amplia de servicios del país, 47% de unidades ambulatorias y hospitalarias, y

los hospitales de referencia nacional más grandes del país, cubre alrededor del 51% de la población ecuatoriana.

Los trabajadores del sector formal de la economía, incluyendo al sector campesino, tienen derecho a afiliarse al IESS. Este instituto cubre por lo menos a 20% del total de la población ecuatoriana. El ISSFA y el ISSPOL cubren a poco más de 5% de la población con seguros públicos, que representan 2% de la PEA. La cobertura de salud de estos sistemas es familiar e incluye a los hijos hasta los 25 años de edad. En resumen, si bien la ley proclama la cobertura universal en salud, en los hechos todavía existe una limitada cobertura real con servicios cuya calidad no siempre es la óptima.

El Seguro Social Campesino

El Seguro Social Campesino es un régimen especial del Seguro Universal Obligatorio para proteger a la población rural y a las personas dedicadas a la pesca artesanal, siempre que no perciban remuneración de terceros, ni se constituyan en empleadores.

En agosto de 1968, el Instituto ecuatoriano de Previsión social puso en marcha el Plan piloto del Seguro Social campesino que se inició en cuatro comunidades: Guabug en Chimborazo; Yanayacu en Imbabura; Palmar en la provincia de Guayas y La Pila, en Manabí. Incorporó 614 familias rurales al beneficio del Seguro social, prescindiendo de la relación laboral trabajador- empleador. La

cobertura de este seguro se expandió a partir de los años 80 con la expedición de la Ley de extensión del Seguro Social campesino.

Misión

El Seguro Social Campesino, conforme la Ley de Seguridad Social protege permanentemente a la población del sector rural y pescador artesanal del Ecuador, en sus estados de necesidad vulnerables mediante la ejecución de programas de salud integral, discapacidad, invalidez, vejez y muerte de la población campesina con el fin de elevar el nivel y calidad de vida.

Visión

El Seguro Social Campesino, régimen especial solidario del IESS, es el líder de la protección a la población campesina y pescador artesanal del país y reconocido promotor del desarrollo de comunidades y del mejoramiento permanente de calidad de vida de sus afiliados.

Servicios que ofrece el Seguro Social Campesino:

Como lo explica un noticia de diario El Mercurio (2010), actualmente, los dispensarios del Seguro Social Campesino atienden a sus pacientes de lunes a viernes y para cumplirlo, se ha contratado nuevos profesionales. Los dispensarios brindan los siguientes servicios:

Promoción, prevención en salud, saneamiento ambiental y desarrollo comunitario.

Atención odontológica preventiva y de recuperación

Atención durante el embarazo, parto y post parto

Pensiones de jubilación por invalidez y vejez

Auxilio de funerales

Otros beneficios son la atención médica al niño, entrega de medicina y exámenes de laboratorio.

Entre sus principales objetivos está el promover la participación social para elevar el nivel de vida, organización y cultura. Las personas afiliadas a este Seguro hacen un aporte de \$1,60 al mes, y tienen acceso a la atención.

Cobertura

El Seguro Social Campesino (SSC) tiene 652 dispensarios médicos a los que el IESS abastece de medicamentos, por lo menos en tres ocasiones al año. Estos dispensarios para la atención de los campesinos y pescadores artesanales están distribuidos en las diferentes regiones del país. Actualmente son 1.155.157 afiliados los que reciben los beneficios de la atención de salud y servicios comunitarios.

Cómo funciona el seguro campesino

El Art 9, literal h de la Ley para la Seguridad Social dice "Para los efectos del Seguro Social Campesino, es campesino el trabajador que se dedica a la pesca artesanal y el habitante rural que labora habitualmente en el campo por cuenta propia o de la comunidad a la que pertenece, no recibe remuneraciones de un

empleador público o privado y tampoco contrata a personas extrañas a la comunidad o a terceros para que realicen actividades económicas bajo su dependencia”.

Este mismo cuerpo legal determina que los servicios de salud y las prestaciones del Seguro Social Campesino se financiarán con los siguientes recursos:

- a. El aporte solidario sobre la materia gravada que pagarán los empleadores, los afiliados al Seguro General Obligatorio, con relación de dependencia o sin ella, y los afiliados voluntarios;
- b. La contribución obligatoria de los seguros públicos y privados que forman el Sistema Nacional de Seguridad Social;
- c. El aporte diferenciado de las familias protegidas por el Seguro Social Campesino;
- d. La contribución financiera obligatoria del Estado sobre la materia gravada de los afiliados con relación de dependencia al Seguro General Obligatorio; y,
- e. Las demás asignaciones que entregue la Función Ejecutiva para el financiamiento de las prestaciones solidarias de este Seguro, de conformidad con el Reglamento General de esta Ley.

El derecho a la seguridad social:

Art. 34.- El derecho a la seguridad social es un derecho irrenunciable de todas las personas, y será deber y responsabilidad primordial del Estado. La seguridad social se regirá por los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiaridad, suficiencia, transparencia y participación, para la atención de las necesidades individuales y colectivas.

Principios:

Art. 373. El Seguro Social Campesino que forma parte del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, será un régimen especial de seguro universal obligatorio para proteger a la población rural y a las personas dedicadas a la pesca artesanal; se financiará con el aporte solidario de las personas aseguradas y empleadoras del sistema nacional de seguridad social, con la aportación diferenciada de las jefas o jefes de las familias protegidas y con las asignaciones fiscales que garanticen su fortalecimiento y desarrollo.

Los requisitos para ser atendido son: seis imposiciones mensuales ininterrumpidas para enfermedad; 12 imposiciones mensuales ininterrumpidas, anteriores al parto, para maternidad; el jubilado campesino está libre de tiempo de espera en enfermedad; los afiliados de la organización campesina que dejen de pagar aportes conservan el derecho a las prestaciones de salud hasta dos meses después.

El afiliado para la atención en los dispensarios solo necesita presentar el carné de afiliación, el comprobante de pago de aportes del tesorero de la organización y el comprobante de depósito al IESS por parte de la organización. (Nuevo empresario, 2012)

Una de las actividades del equipo de salud es registrar información que sirve para que las áreas de salud de cada provincia del país, tengan información de primera mano respecto a la salud de cada uno de sus habitantes para trabajar en soluciones a los problemas de desigualdad e inequidad en la atención y promoción de la

salud, desigualdades de género, generacional, social, cultural, y étnica, hospitales, lo que es muy difícil si tomamos en cuenta la distancia, pobreza y situaciones culturales como el miedo al Hospital. El médico del sector rural se encuentra con diferentes dificultades que van desde las carencias de instrumentos y medicinas hasta la actitud de sus pacientes que no siempre cumplen con las recomendaciones (Informe MSP, Area 12, 2013)

Estructura Administrativa

El Seguro Social Campesino es administrado por la Dirección del Seguro Social Campesino. Su política es fijada por el Consejo Directivo del IESS. La Dirección del Seguro Social Campesino es la responsable de administrar los procesos de aseguramiento, entrega de pensiones, prestaciones de salud y monetarias y compra de servicios médico – asistenciales, dirigidas al jefe de familia, su cónyuge o conviviente con derecho, sus hijos y familiares que viven bajo su dependencia, debidamente acreditados.

La autoridad responsable de la gestión de la Administradora del Seguro Social Campesino es el Director y entre sus principales responsabilidades tiene:

- a. La administración del Seguro Social Campesino y el cumplimiento del plan de beneficios al asegurado, en prestaciones por enfermedad, maternidad y atención odontológica; el auxilio para funerales por el fallecimiento de cualquiera de los miembros afiliados; y las pensiones del jefe de familia por invalidez total y permanente o por vejez.

b. La administración del presupuesto anual y la asignación de recursos para cada Unidad Provincial, en concordancia con las metas de afiliación y cobertura de programas de desarrollo comunitario, prevención y atención de enfermedades y de la evolución del tamaño de la población asegurada.

c. La aprobación de las solicitudes de incorporación de nuevas organizaciones campesinas al Seguro, la calificación y reconocimiento de derechos y la autorización de entrega de las prestaciones a los afiliados y beneficiarios.

d. La proposición de políticas, estrategias y programas de promoción, afiliación, prevención de enfermedades, atención de salud y desarrollo comunitario.

e. Coordinación con los diferentes seguros especializados y las direcciones provinciales para el desarrollo de los planes y programas de interés común.

f. La administración central está conformada por una Dirección Nacional y dos Subdirecciones: de Aseguramiento y Control de Prestaciones; y, de Contabilidad y Control Presupuestario.

Para la atención en a los asegurados del Seguro Social Campesino, existen las Unidades Provinciales del Seguro Social Campesino; y, los Dispensarios Comunitarios. Dependiendo del nivel de complejidad de la respectiva Dirección Provincial, las Unidades Provinciales del Seguro Social Campesino, son

Subdirecciones, Departamentos o Grupos de Trabajo. El Dispensario Comunitario depende de la Unidad Provincial del Seguro Social Campesino.

Está dividida en cinco Centros de Prestaciones y Promoción Campesina, cuya jurisdicción territorial es la siguiente:

Zona I: Provincias de Esmeraldas, Carchi, Imbabura, Pichincha, Sucumbíos y Francisco de Orellana. La sede administrativa se encuentra en la ciudad de Quito.

Zona II: Provincia del Guayas, Los Ríos, El Oro y Galápagos. La sede administrativa se encuentra en la ciudad de Guayaquil. Es a la que corresponde el Dispensario de Huilloloma.

Zona III: Provincias de Cañar, Azuay, Morona Santiago, Loja y Zamora Chinchipe. La sede administrativa se encuentra en la ciudad de Cuenca.

Zona IV: Provincias de Cotopaxi, Tungurahua, Bolívar, Napo, Pastaza y Chimborazo. La sede administrativa se encuentra en la ciudad de Riobamba.

Zona V: Provincia de Manabí. La sede administrativa se encuentra en la ciudad de Portoviejo.

El Dispensario Comunitario es la unidad prestadora del servicio de salud, en el primer nivel de complejidad médica que comprende: los servicios de prevención y

atención de enfermedades no profesionales, atención médica y odontológica, dependiente de la Unidad Provincial del Seguro Social Campesino.

Para la instalación de los Dispensarios en las Comunas Campesinas, se requiere se cumplan ciertas normas, las que son:

- Exclusivamente en el campo, entendiéndose por campo lo establecido en las definiciones operacionales.
- En localidades accesibles a través de una vía de comunicación permanente.
- Que existan por lo menos 1.200 personas incorporadas al sistema.
- Por lo menos a 8 Km de cualquier otra unidad de salud de igual o mayor nivel (de complejidad).

Su estructura administrativa es centralizada y las decisiones se toman en este nivel, su estructura no facilita el flujo de información en ambos sentidos a través de todos los procesos, subprocesos, actividades y tareas.

Para ubicar mejor la situación actual del Dispensario de Huilloloma, donde se ejecutó esta investigación, se hace una breve descripción de las características geográfico-económicas y sociales de la provincia de Bolívar a la que pertenece. Esta provincia se ubica en la región central del Ecuador. Su territorio tiene una extensión de 3.926 km², se ubica en las estribaciones occidentales de la cordillera occidental de los Andes. Tiene un total de población de 169.370 habitantes. El 70% de la población es rural y 26% urbana. El 53.7% de la población es menor de 25 años y el 14.1% de personas corresponde al grupo de personas mayores de 65

años. La actividad agropecuaria es la principal actividad económica de la población. La provincia está integrada por los cantones de: Guaranda, Chimbo, Chillanes, Echeandía, San Miguel, Caluma y Las Naves.

Concentra el 2.1% del total de establecimientos de salud del país, el 0.9% de los establecimientos con internación y el 2.5% sin internación. De los seis establecimientos de salud con internación apenas tres pertenecen al sector público y al Ministerio de Salud Pública –MSP. La otra mitad pertenece al sector privado. Todo lo contrario sucede con los establecimientos de salud sin internación, de las 77 unidades de salud existentes 75 pertenecen al sector público.

La provincia muestra además, una alta concentración en las actividades de tipo curativo, solamente el 26,6% del total de consultas son de prevención. (Informe ODM Bolívar, 2006)

El Dispensario de Huilloloma se encuentra ubicado en la población del mismo nombre y pertenece a la parroquia Balzapamba del Cantón San Miguel. Este cantón con sus 27,244 personas, representa el 14.84% del total provincial. El 25.4% de los habitantes corresponde al área urbana y el 74.6%, al sector rural. El 51.46% mujeres y el 48.54% hombres. La densidad es de 0.48 habitantes/hectárea. (INEC, 2010).

Esta distribución poblacional revela el gran peso que tiene la población rural en cuanto a necesidades de atención médica. Otros datos importantes para

comprender el entorno de la problemática tratada en la tesis, son las características específicas de la parroquia Balzapamba cuya tasa de crecimiento poblacional es de -0,29; el porcentaje de pobreza por NBI extremo se sitúa en el 21.81%.

Las necesidades básicas insatisfechas son notables en el área rural, apenas alcanzan un porcentaje de cobertura del 10%, los efectos de la contaminación en las riberas de los cuerpos de agua son evidentes porque son receptoras de los vertidos de los alcantarillados, sin previo tratamiento.

Huilloloma tiene como límites: al Norte, Yacullari; al Sur, El Limón; al Este, el cerro Padre Urcu y al Oeste el río Cristal. Presenta necesidades de urgente atención como la presencia de enfermedades de notificación obligatoria como la leishmaniasis, (Amagandi, 2009)

4. SITUACIÓN PROBLÉMICA

La Seguridad Social en el Ecuador es entendida y aceptada como un derecho que le asiste a toda persona de acceder, por lo menos, a una protección básica para satisfacer estados de necesidad. Es así como la concepción universal respecto del tema ha llevado a cada nación a organizarse con el objeto de configurar variados modelos al servicio de este objetivo. En este contexto siempre se concibió al Estado como el principal, si no el único, promotor de esta rama de la política

socioeconómica, puesto que los programas de seguridad social están incorporados en la planificación general de éste.

No se lograron siempre los resultados esperados respecto de implementar un sistema de seguridad social justo y equitativo, en el cual la persona tuviera la importancia y atención que merece. Por eso, al crearse el Seguro Campesino como un régimen especial del seguro general obligatorio para proteger a la población rural y al pescador artesanal del país, financiado con el aporte solidario de los asegurados y empleadores del sistema nacional de seguridad social, la aportación diferenciada de las familias protegidas y las asignaciones fiscales, se contó con una herramienta que garantice su fortalecimiento y desarrollo, al ofrecer prestaciones de salud a la familia campesina, incluida la de maternidad.

De los enunciados que constituyen el marco general de atención del Seguro Social Campesino se desprende que los servicios que reciben sus beneficiarios deben ser de calidad y esa calidad está relacionada, en primer lugar, con todos los aspectos de la gestión administrativa porque se orienta hacia un nuevo modelo de atención con enfoque familiar, comunitario, intercultural, integral y que valora sobre todo, la medicina preventiva, la participación y saneamiento ambiental.

Este marco conceptual se hace operativo con la promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento de enfermedades no profesionales, recuperación y rehabilitación; medidas relacionadas con la salubridad ambiental y desarrollo comunitario.

La ejecución eficiente de las actividades está condicionada a la disponibilidad e interrelación de recursos humanos, materiales y de gestión, y a los procesos de evaluación aplicados conforme a la norma establecida. También se relaciona con el tipo de actitud asumida por los funcionarios del dispensario a quienes corresponde la puesta en marcha de las actividades.

En este contexto se ubica la investigación efectuada en el Dispensario Médico del Social Campesino "Huilloloma" que se encuentra a ocho kilómetros de la parroquia Balzapamba, en el Cantón San Miguel, provincia de Bolívar. El personal se compone de dos médicos generales, un Odontólogo, dos enfermeras con título de Licenciada, una trabajadora social y una tecnóloga. Recibe generalmente 42 pacientes diarios.

El trabajo en el dispensario consiste en las prestaciones de salud tradicionales y visitas a las comunidades donde el personal realiza tareas de prevención y educación para la salud, visitas domiciliarias a pacientes impedidos de trasladarse especialmente los que se hayan intervenido quirúrgicamente en época reciente, y el fomento de la participación ciudadana en proyectos de mejoramiento comunitario.

Sus actividades se distribuyen entre diez comunidades de organizaciones campesinas con una población de 3925 afiliados. La planta física es de un piso y se distribuye en:

* Sala de espera

- *Consultorio odontológico
- *Sala de rehabilitación oral
- *Consultorio médico
- *Estación de enfermería
- *Sala de cirugía menor
- *Área de vivienda de enfermera
- *Bodega

Este Dispensario mejoró su infraestructura con ayuda económica de la comunidad, pero no se pueden cubrir otras necesidades como insumos médicos, tecnológicos, equipamiento e infraestructura necesarios para brindar una atención de salud acorde a las demandas de los afiliados.

El personal médico y de apoyo del Dispensario Huilloloma trabaja con responsabilidad pero la eficiencia de sus tareas se ve afectada por falencias que se originan en otros niveles de la administración y por prácticas de los usuarios. Respecto de la primera, puede citarse el corto número de medicamentos del cuadro de medicinas disponibles que, le impide atender otras enfermedades presentes entre los afiliados como la osteoporosis, alzheimer, leishmaniasis y otras de larga duración. La importancia de afecciones como la leishmaniasis es grande en una población rural inserta en un entorno geográfico accidentado y con las condiciones climáticas favorables a la existencia de vectores. Con frecuencia se ven obligados a transferir a los enfermos al sistema de salud general o algún hospital del seguro social por la imposibilidad de atenderlos en el centro.

Existe una demanda del servicio en el sector que supera las posibilidades de espacio y personal; se observa escases de personal médico, suministros e insumos y un deterioro de las instalaciones médicas, una alta dependencia en el proceso de toma de decisiones administrativas y financieras que dificulta la solución inmediata de condiciones adversas; como resultado los servicios no son satisfactorios para los usuarios.

Las normativas institucionales y disponibilidad de personal que establecen un horario fijo de atención médica, fuera del cual no se puede acceder a la atención médica, son otras limitaciones.

Por otra parte, los usuarios continúan con algunas costumbres que ponen en riesgo su salud como una búsqueda tardía de asistencia médica; costumbres alimenticias inadecuadas a las edad, labor y otras condiciones; interpretación o aplicación errónea de las recetas, ambiente insalubre.

Como resultado son muchos los que se sienten insatisfechos y prefieran buscar un hospital del sistema de salud general o simplemente no se atienden hasta que su estado se ha deteriorado mucho y resulta imposible atenderlos con las disponibilidades del dispensario.

La percepción de la calidad de los servicios del Dispensario Huilloloma entre los usuarios del Seguro Campesino afecta en el largo plazo, la credibilidad en el

sistema, perdurabilidad del servicio, el desarrollo institucional y la conformidad de la población con los planes de atención y prevención.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con base a las situaciones descritas anteriormente, se propuso como problema general:

¿Cuáles son las limitaciones que afectan la calidad del servicio que presta el Dispensario del Seguro Social campesino “Huilloloma” de la parroquia Balzapamba, cantón San Miguel, provincia de Bolívar?

Específicos:

¿Cómo influye la ubicación del Dispensario Huilloloma en el acceso a los servicios de salud?

¿De qué manera las diferencias culturales entre personal médico y usuarios influyen en la calidad de atención de salud?

¿Cuál es el grado de satisfacción de los usuarios del Dispensario Huilloloma” del Seguro Social campesino?

¿Cómo disminuir las limitaciones que afectan la calidad de la atención en el Dispensario Huilloloma del Seguro Social campesino?

6. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación se realizó entre los meses de septiembre de 2011 y marzo de 2012.

La población estudiada fue la compuesta por los afiliados al dispensario del Seguro Social Campesino Huilloloma, situado en el recinto del mismo nombre, en la parroquia Balzapamba.

El objeto de estudio fue la gestión de la atención de salud y su campo de acción, las limitaciones que afectan la calidad de los servicios del dispensario.

7. JUSTIFICACIÓN

La investigación reveló los factores que intervienen en la calidad de la atención de salud a los usuarios del dispensario Huilloloma del Seguro Social Campesino. La importancia del trabajo se concreta en la identificación y análisis del efecto de la falta de medicinas y de personal médico sobre la percepción de calidad por parte de los usuarios.

Este dispensario, como parte del Seguro campesino debe ofrecer no solamente atención de salud curativa, sino principalmente, preventiva y se hace necesario descubrir los limitantes de la calidad de atención a los usuarios, como paso previo a la formulación de acciones para mejorarla.

Dado que la misma Constitución de la república y otros cuerpos legales, señalan que las instituciones públicas deben brindar servicios con eficiencia, eficacia, transparencia, responsabilidad, calidad, es pertinente, por su actualidad, realizar esta investigación sobre el desempeño de un dispensario de salud estatal.

El valor científico de la tesis se define en la información cualitativa y cuantitativa que una vez procesada, permite deducir conclusiones sobre la situación real de calidad de atención de este servicio de salud, y cómo inciden sobre esta, limitaciones de diferente carácter: de gestión de talento humano, de administración de operaciones, de infraestructura.

Finalmente, los datos habilitan a la autora para la formulación de una propuesta de intervención que, dado el nivel de decisión del dispensario, se la formula bajo el criterio de apoyarse en aliados con cuya intervención, se cumplan las actividades y objetivos.

8. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

General:

Estudiar el impacto de las limitaciones organizacionales en la calidad de las actividades que realiza el Dispensario “Huilloloma” del Seguro Social campesino en la parroquia Balzapamba, cantón San Miguel

Específicos:

Determinar la influencia de la ubicación del Dispensario Huilloloma en el acceso a los servicios de salud

Establecer el efecto de las diferencias culturales entre personal médico y usuarios en la calidad de atención de salud

Especificar el grado de satisfacción de los usuarios del Dispensario Huilloloma del Seguro Social campesino .

Formular estrategias que disminuyan la calidad de la atención en el Dispensario Huilloloma del Seguro Social campesino.

9. MARCO TEÓRICO

9.1. Marco conceptual

Enfoques gerenciales

Los enfoques gerenciales emergen con el propósito de entregar instrumentos alternativos a los ejecutivos para enfrentar los nuevos desafíos. Ahora se sabe que el enfoque que la gerencia adopte para su organización constituye también una ventaja competitiva de primer orden.

El primer dilema que se plantea para la gerencia es definir cuál o cuáles son los enfoques pertinentes para su empresa de entre todas las alternativas disponibles: Empowerment-organizaciones inteligentes, downsizing-rightsizing, administración de la calidad total-sistema ISO, benchmarking, reingeniería y las nuevas tendencias en planificación estratégica.

Universalidad

Para alcanzar universalidad con equidad resulta decisivo el modelo de atención que se implementa en un sistema de salud. En el Ecuador, universalidad significa

que los ciudadanos pueden acceder a los servicios de salud públicos, sin restricciones que no sean las de infraestructura y cobertura. No se admite discriminación de ninguna clase.

Modelos de atención

En el Ecuador, el modelo de atención de salud es integral con enfoque en Atención Primaria de Salud (APS) renovada. Son tres niveles de atención: Puestos de salud, hospitales generales, hospitales de referencia nacional.

El Modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural (MAIS-FCI) es el conjunto de estrategias, políticas, lineamientos y herramientas que al complementarse, organiza el sistema nacional de salud para responder a las necesidades de salud de las familias y la comunidad del Ecuador, permitiendo la integralidad de los tres niveles de atención

Modelo filosófico

Su eje fundamental está en los principios y valores de la Atención Primaria en Salud: la equidad, la solidaridad, la justicia social, el acceso universal a los servicios, la acción multisectorial y la participación comunitaria. se basa en sus principios y valores, hace énfasis en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Constituyen sus elementos esenciales: sostenibilidad, responsabilidad y rendición de cuentas; orientación hacia la calidad, respuesta a necesidades de salud de la población; atención integral, integrada y continua.

Calidad de la atención

Donabedian juzga a la calidad de la atención médica como la aplicación de la ciencia y la tecnología de manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar los riesgos. Para este autor el grado de "calidad es la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre peligros y bondades

Indicadores de proceso

Asegurar que la entidad realiza mediciones para evaluar y monitorear el desempeño de sus procesos, facilitando la gestión interna de éstos y el seguimiento por parte de los clientes y las partes interesadas.

Los indicadores de salud representan medidas-resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud; vistos en conjunto intentan reflejar la situación sanitaria de una población, permitiendo vigilarla. Son instrumentos de evaluación que pueden determinar, directa o indirectamente, modificaciones. Así, brindan una idea del estado que guarda una condición de salud, por ejemplo, la ocurrencia de una enfermedad u otro evento relacionado con la salud o de un factor asociado con la misma.

Donabedian fue el primero en plantear que los métodos para evaluar la calidad de la atención sanitaria pueden aplicarse a tres elementos básicos del sistema: la estructura, el proceso y los resultados. los métodos para evaluar la calidad de la

atención sanitaria pueden aplicarse a tres elementos básicos del sistema: la estructura, el proceso y los resultados. Ministerio de Salud pública (2013)

9.2. Marco referencial

9.2.1. Antecedentes investigativos

Entre los antecedentes investigativos del presente estudio se encuentran los trabajos de Jimena Sasso (2011), quien realizó un estudio de la seguridad social en el Ecuador, su historia y cifras. Señala los fundamentos de la seguridad social en el país y describe los elementos que afectan su eficiencia:

- la evasión de contribuciones manifestada en la declaración de ingresos menores para evitar la afiliación de los empleados, especialmente en las provincias de Los Ríos, El Oro y Tungurahua con mayor porcentaje de personas no afiliadas y sin algún tipo de seguro, superando el 80% de su población;
- la precariedad del empleo que afecta aún a un gran porcentaje de ecuatorianos;
- desigualdad en la distribución de los afiliados en sectores rurales y urbanos: en los sectores rurales, el número de afiliados es mucho menor en que los ciudadanos.

Otro estudio que se ha tomado como punto de partida de esta tesis es el efectuado por Fuertes (2010) en el centro de atención ambulatoria - Cotocollao del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). Este autor determinó que la planificación estratégica es útil para aplicarla en sus diferentes áreas: financiera, de afiliados, de procesos internos y de innovación y aprendizaje, porque permitirá definir objetivos a largo plazo, identificar metas y objetivos cuantitativos,

desarrollar estrategias para alcanzar dichos objetivos y localizar recursos para llevar a cabo dichas estrategias.

El trabajo que Larrea Noroña (2008) realizó acerca de un Plan estratégico con Balanced Scorecard para el hospital del IESS de Latacunga, tiene entre sus recomendaciones: identificar expectativas con el propósito de fortalecer la satisfacción laboral y obtener un mejor resultado en el ejercicio de funciones; realizar el análisis de factores macro ambientales para identificar los que afectan al normal desarrollo de la institución y desarrollar periódicamente una investigación y evaluación interna del área administrativa, financiera y sistemas de información.

Además, Gavilánez y Ortiz, (2009) estudiaron la satisfacción de los usuarios internos y externos del IESS en Riobamba en los aspectos de Salud Individual y Familiar, Riesgos del trabajo, Sistema de Pensiones y Seguro Social Campesino, aplicando como herramienta el análisis factorial y el coeficiente de correlación.

Otra investigación tomada como antecedente es la realizada por Norma Varela Mora (2011) sobre la “estrategia de gestión de comunicación para mejorar la cultura Organizacional en el hospital IESS-Milagro” . Ella concluye que la comunicación escasa hacia los usuarios provoca inconformidad. La autora recomienda difundir, por medios electrónicos y otros medios, las normas de salud básicas y el trabajo institucional.

Por su parte, Palacios (2012) en el Dispensario Médico del Seguro Social Campesino de Los Bajos del Pechiche del cantón Montecristi, provincia Manabí-Ecuador, desarrolló un proyecto de acción, encaminado a mejorar la calidad de atención a los pacientes diabéticos. Esta propuesta se inició con la ejecución de un diagnóstico participativo y al realizar la priorización se estableció como problema central la mala calidad de atención al paciente diabético. Como factores causales a esta problemática se encontró que el programa de atención integral al paciente diabético no estaba diseñado; el equipo de salud no se había capacitado; y, el paciente y familia estaban desinformados sobre su participación en el tratamiento.

9.2.2. Marco teórico

9.2.2.1. Calidad de los servicios de salud en sectores rurales

La atención de la salud en el sector rural ha vivido cambios en los últimos años. A raíz de la creación del Seguro Social Campesino los pobladores rurales del Ecuador constituyen una parte importante de la planificación de la salud en el país. Un gran sector de la población ecuatoriana que, por habitar en el sector rural no accedía a los servicios de salud o lo hacía esporádicamente, actualmente, tiene derecho a recibir una atención médica de calidad.

El Seguro Social Campesino tiene un enfoque familiar, comunitario, intercultural, con una modalidad integral y privilegiando la medicina preventiva. El enfoque familiar en salud significa la consideración de la familia en las

políticas, en las normativas, en los planes y programas, en la organización de los servicios de salud y en el desempeño de las funciones asistenciales, comunitarias, docentes e investigativas de los profesionales de la salud. En realidad considera un enfoque holístico de lo que significa socialmente la salud en un grupo complejo que es la familia. De esta manera, se la entiende como un elemento de bienestar familiar y una obligación del estado.

Se abandonó el enfoque gerencialista que se manejaba en base a demandas individuales y encarecía el acceso a la salud. Este enfoque que buscaba la eficiencia en el retorno económico entendía la atención de salud como un servicio. Al sustituirse este enfoque por el de tipo familiar, el estado tomó a su cargo la mejora de la atención de salud, especialmente a los sectores rurales. Ese objetivo de volvió operativo con el Seguro Campesino en el Ecuador.

Este nuevo tipo de atención de salud, aplica el principio de universalidad que busca asegurar según Acosta y Vega, (2008) con el trabajo coordinado de todos los actores del sector, una cobertura real para la atención, promoción y recuperación de la salud de toda la población, en la medida que es un derecho fundamental de todas las personas.

Este modelo filosófico establece una visión multidimensional y biopsicosocial de las personas e implica la provisión multidisciplinaria, continua y coherente de la atención con acciones intersectoriales, para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, con la finalidad de mejorar el estado de

salud y fomentar el pleno desarrollo de la población. No busca este modelo, la recuperación económica de los fondos invertidos, sino el mejoramiento de las condiciones generales de salud. Con estas bases es que se puede comprender que el estado ecuatoriano haya destinado dinero para el apoyo al Seguro Social campesino, cuyos beneficiarios aportan una mínima cantidad en relación a los beneficios que reciben.

Arévalo (2010) define al modelo de atención como el espacio de encuentro del sistema institucional con la población, para llevar a cabo las acciones definidas como pertinentes a ese encuentro o a esa interacción. Los modelos de atención corresponden a la forma de organización que permite desarrollar el proceso. Los servicios deben llegar en forma adecuada a los Afiliados/Jubilados y Empleadores.

9.2.2.2. Calidad de la atención de salud

Al expresar que los servicios de salud deben llegar en forma adecuada a los usuarios, se refiere a la calidad de la atención que deben recibir los afiliados en este caso, al Seguro Social Campesino. La calidad se refiere siempre a buenos resultados y puede dividirse o apreciarse en grados, de acuerdo a los recursos y a su utilización. Ya Donabedian expresó que existen muchas dificultades para definir la noción de calidad en los servicios médicos pues este criterio se basa muchas veces en juicios de valor sobre los cuidados médicos como la dimensión, los constituyentes, la oportunidad (Jaramillo, 2003).

Cuando se conviene en lo que es buena calidad para un centro, una historia clínica u otro elemento, lo que se hace realmente es construir un modelo ideal de calidad, ajustarlo a la conveniencia pero fundamentado en la ciencia, la práctica, la política de salud, etc.

Para definir la calidad de la atención en salud en el Dispensario Huilloloma se inicia por definir la calidad en sentido general, como el conjunto de propiedades y características de un servicio que le confieren la aptitud para satisfacer las necesidades implícitas o explícitas. Otra manera de expresarlo es la prestación de los mejores servicios posibles con un presupuesto determinado, sin trabajar o gastar más, sino de una forma más racional y que satisfagan las necesidades del cliente- paciente con eficiencia.

La calidad en el servicio de salud es por lo tanto un instrumento global de gestión enfocado a la mejora continua, aspecto que engloba a todas las actividades hospitalarias y a todos los procesos que realizamos tanto dentro como fuera de una institución sanitaria. Se conceptúa como una propuesta para incrementar la satisfacción de los clientes y que tiene en cuenta tanto sus expectativas asistenciales como de trato. Es también un mecanismo de motivación y de implicación de todos los profesionales de la sanidad en los objetivos generales de la organización. Es también el mecanismo para estandarizar las actividades, que puede facilitar el diseño de los procedimientos a seguir, dando los instrumentos para evaluar las desviaciones que pueden existir frente a los objetivos que se han

propuesto, permitiendo la evaluación de los resultados a medida que se van obteniendo.

La calidad se ha convertido en un estilo de gestión empresarial, y no existe contradicción alguna en su aplicación a la gestión de la atención en salud. La calidad en este ámbito permite ahorrar recursos económicos y materiales, tiempo, y mejora la imagen institucional entre los usuarios. Además, son parte de la calidad los sistemas de información y las nuevas técnicas de comunicación que hacen que, conceptos como perfiles de patologías, mapas de control, se estén utilizando de forma habitual en el quehacer de la gestión hospitalaria.

La calidad de atención en salud no depende únicamente de los planes y protocolos establecidos, sino de las personas encargadas de ejecutarlos: desde este enfoque, la calidad se relaciona con valores y principios, además de los procesos, técnicas y procedimientos que se haya establecido. De allí que se requiera tener en cuenta que detrás de todo quehacer hay personas y que son las que han de crear, impulsar, utilizar sus instrumentos para que una medida o sistema que se adopte tenga alguna posibilidad de triunfar.

Como se habrá apreciado, formular una definición única de calidad resulta difícil, pues posee muchas aristas y en ella inciden muchos factores; se exponen definiciones dadas por varios autores, de las que se obtienen elementos comunes: el objetivo fundamental es la satisfacción del cliente, que en el caso de la salud es

el usuario no solamente el paciente, sino sus familiares y contexto más cercano entre quienes se difunden la mayor o menor satisfacción por el servicio recibido.

Para la medición de la calidad de atención en salud, se usa generalmente el esquema de Donabedian (estructura-proceso-resultado). Este modelo, emplea elementos de la teoría de sistemas y cubre todos los sectores de un hospital. Los indicadores de la estructura son variables objetivas y cuantificables, que miden componentes necesarios para la buena calidad, pero no suficientes por sí solos para garantizarla: instalaciones, todo tipo de materiales, recursos humanos y financieros y la estructura de la organización. Los indicadores de proceso se vinculan con lo que se hace por los pacientes en relación con el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la prevención, etc. Los indicadores de proceso son los más difíciles de evaluar, pero constituyen elementos clave en la garantía de la calidad. (Burmester, 1997, González, 1994)

Con frecuencia se evalúa la personalidad o el comportamiento de las personas que prestan la atención, en lugar de su capacidad técnica, esta última mucho más difícil de juzgar. En vez de la habilidad, a menudo se usa la amabilidad de la atención como medida indirecta de la calidad. Franco et al (1994) definen la calidad como "el grado en que el desempeño o los logros reales coinciden con las normas establecidas". No obstante, De Geyndt propone eludir el problema de las definiciones y concentrarse en lo que se supone que la evaluación de la calidad debe lograr

Fernández López (2010) y Burmester (1994) coinciden en señalar que evaluar la calidad implica formular juicios de valor acerca de los resultados de los procedimientos técnicos y administrativos. Es importante comprender que esos juicios de valor no pueden basarse en preferencias personales subjetivas, sino que han de relacionarse con normas establecidas de forma objetiva y de antemano. Estas normas o indicadores son instrumentos básicos del proceso de evaluación. Por otra parte, la necesidad de disponer de indicadores no debe desembocar en una preocupación obsesiva por el establecimiento de normas mínimas, en virtud de las cuales todo lo que sobrepasa las exigencias se considera bueno. Si el objetivo está representado por exigencias mínimas, nunca se alcanzará la excelencia.

La mejora continua de la calidad, es una condición indispensable en las empresas de salud, se logra a través de un diseño apropiado del servicio y su proceso, ajustado a las necesidades del cliente, asegurándose que los diferentes elementos que lo componen y participan en él se produzcan en el lugar correcto y en el tiempo previsto. Cuando el servicio se aleja de estas condiciones, se originan costos por falta de calidad, por el tiempo excesivo para recibir el servicio y otros. (Pezántes, 2010)

Algunos de los principales autores y precursores de los conceptos modernos de calidad son:

Edwards W. Deming, estadístico considerado el padre de la calidad moderna, vivió la evolución de la calidad en Japón y de esta experiencia desarrolló los 14 puntos de Deming y las siete enfermedades mortales. El aseguró que "la mejora

de la calidad se consigue con el control estadístico de todos los procesos".
(Rossander, 1994)

Para Deming la calidad es un grado predecible de uniformidad y confiabilidad de un producto a bajo costo y acorde con el mercado. Por supuesto, estos enunciados deben contextualizarse ya que el servicio del Seguro Social campesino tiene un costo muy bajo en aportaciones para sus beneficiarios. Mantener la calidad significa implementar un plan de atención en que el estado intervenga para volver accesibles estos servicios y esto es precisamente lo que hace el estado ecuatoriano con el Seguro Campesino.

Sin lugar a dudas este enfoque de calidad ha resultado exitoso para muchas empresas lucrativas en términos de mayor rentabilidad, pero cuando se refiere a instituciones prestadoras de salud sin fines de lucro como es el Seguro Campesino, no pueden aplicarse los mismos indicadores. De aquí se desprende que para las prestadoras de salud como el Seguro Social Campesino deba contextualizarse los criterios e indicadores de la calidad de la atención.

En esta línea, Zlatar (2008) sostiene que la aplicación del enfoque de calidad en la prestación de servicios de salud bajo el concepto de cliente, como el usuario de los bienes y producto, como el resultado de un proceso o actividad capaz de satisfacer las necesidades de los consumidores, no tendría los resultados deseados, utilizando el mismo indicador de calidad medido por la satisfacción del cliente, puesto que en todo servicio de salud se encuentra impregnado el espíritu

profesional y a nivel hospitalario el espíritu institucional, dentro de un marco doctrinario coherente y adecuado. (Zlatar M, 1998)

En realidad, para tratar sobre calidad se utilizan algunos términos como cliente y satisfacción, pero se ubica en el contexto de la atención de salud, donde predominan valores que se manifiestan en una atención de carácter humanitario, cálido, empático; con la dotación de los insumos (medicinas) para la recuperación o el mantenimiento de la salud.

La atención de salud es tan buena como buenos sean elementos como el cumplimiento de las normas, conocimientos de la medicina y tecnología vigentes, con oportunidad, amabilidad, trato personalizado, comunicación permanente entre los participantes en el acto médico y una organización institucional que facilite las anteriores.

Philip B. Crosby, señala que la calidad es gratis porque al cumplir los requerimientos de un cliente, logra Cero Defectos. En las empresas donde no se contempla la calidad, los desperdicios y esfuerzos de más pueden llegar del 20% al 40% de la producción. Para lograr Cero Defectos promueve catorce pasos los cuales son:

1. Compromiso de la dirección
2. Equipo para la mejora de la calidad
3. Medición del nivel de calidad

4. Evaluación del costo de la calidad
5. Conciencia de la calidad
6. Sistema de acciones correctivas
7. Establecer comité del Programa Cero Defectos
8. Entrenamiento en supervisión
9. Establecer el día "Cero defectos"
10. Fijar metas
11. Remover causas de errores
12. Dar reconocimientos
13. Formar consejos de calidad
14. Repetir todo de nuevo

Joseph M. Juran, su principal principio e idea es que la administración de la calidad se basa en tres pasos:

- Planear.
- Controlar.
- Mejorar la calidad.

Su filosofía denominada "Trilogía de Juran", que consistía en la planificación, el control y el mejoramiento de la calidad. Básicamente, insistía en el compromiso del área gerencial con el logro y que se capacite al personal en la gestión pertinente. Bajo estos enunciados, tanto la gerencia como los niveles medianos y operativos tenían responsabilidad sobre una gestión de calidad.

De acuerdo a Meza et al (2006) se describen los pasos de Juran:

Planificar la calidad: determinar los clientes, definir la calidad según los intereses de los clientes, diseñar servicios adecuados a esa necesidad, proveer los recursos necesarios para esos servicios, diseñar procesos capaces de generar esos servicios, transferir los procesos a las actividades habituales, decidir los estándares aceptables (objetivos de calidad)

Medir la calidad: monitorear indicadores, comparar resultados con el objetivo, actuar sobre los desajustes.

Mejorar la calidad: establecer la infraestructura, identificar las necesidades para los proyectos de mejora, organizar los equipos de mejora como recursos, motivación, formación.

Los principios de Juran continúan siendo válidos y aplicables a diferentes organizaciones. Al contrastarlos con la atención de salud del Dispensario Huilloloma, se identifica la necesidad de crear un fuerte compromiso institucional respecto de la pertinencia y aplicación de los planes formulados, el seguimiento de las actividades y de superar los logros.

Los conceptos de calidad, trasladados al campo de la atención de salud, se convierten en las características del servicio que reciben los usuarios que en este caso, son los afiliados al Seguro Campesino; en las condiciones de la atención médica; la medida en que sienten que han sido bien atendidos y cubiertas sus expectativas de salud y personales; las condiciones del ambiente físico, de los equipos e insumos y finalmente, la relación de los aspectos anteriores con los

costos finales del servicio, considerando que en Ecuador, la salud pública es un derecho y no existe el criterio de la rentabilidad económica, sino social.

La propuesta de la calidad de Philip B. Crosby (1979) consiste en el establecimiento de patrones para lograr la ausencia total de defectos; admitía que las instituciones deben establecer objetivos claros para sus esfuerzos de mejoramiento de la calidad.

Existen algunas posiciones que señalan como imposible alcanzar la calidad total, pero un breve análisis lleva a identificar a la calidad como un término primario muy difícil de aprehender y delimitar. Por eso es que se fijan determinadas características a los objetos y situaciones para lograr consensos sobre los que es su calidad. De ello se deduce la necesidad de establecer una línea conceptual y los aspectos específicos que conformarán en este caso, lo que se entiende como calidad en la atención de salud.

9.2.2.3. Limitaciones organizacionales en los servicios de salud

Hace ya varias décadas que en la mayoría de los países se debate la necesidad de mejorar la forma en que se prestan los servicios de salud a la población, tanto en función de la cantidad como de la calidad. Varios son los factores que intervienen y son endógenos y exógenos. Entre los primeros se cita a la cultura organizacional.

La cultura organizacional se expresa en el comportamiento de la organización, por lo que la conducta que los individuos adopten en sus diferentes roles sociales o laborales dentro de la organización, es una manifestación de ésta. Una organización puede cambiar, pero ello no puede ser independiente de la totalidad social conformada en dicha organización, dado que una expresión de la unidad social y laboral en las organizaciones es la cultura.

El cambio o transformación organizacional no se puede realizar sin una modificación de los valores, actitudes y comportamientos de los funcionarios.

Es definida por Schein (1992) como un patrón de supuestos básicos inventados, descubiertos y/o desarrollados por un grupo, en la medida que aprende a manejar y resolver sus problemas de adaptación externos y de integración interna. Necesariamente estos factores han de ser transmitidos a los nuevos miembros del grupo, como la manera más correcta de percibir, pensar y sentir en relación con sus elementos socioculturales y problemas emergentes. De aquí la autora reflexiona que, al aplicarse a los servicios de salud, una atención de calidad también está vinculada a la calidad de la estructura del sistema de salud porque los procesos pueden ser obstaculizados por una burocracia lenta y tradicional.

En la misma línea de pensamiento, Bower (1995) establece que la cultura es un elemento invisible para las personas que pertenecen a las organizaciones, al punto de llegar a convertirse, algunas veces, en la forma de hacer las cosas. Sin embargo, en la raíz de cada cultura están los valores en los que se basa la

organización, los cuales pueden ser permanentes y durar muchas décadas o pueden cambiar rápidamente por efecto del entorno o de quienes lo dirigen.

Asimismo, Stoner (1996) conceptualiza la cultura organizacional como una serie de entendidos importantes como normas, valores, actitudes y creencias compartidos por los miembros de la organización. Forma actitudes en los empleados y determina la manera en que la organización interactúa con su entorno. Igualmente, Robbins (2004) la designa como un sistema de significados común entre los miembros, que distingue una organización de otras, donde los valores compartidos se conservan y comparten.

Puede señalarse que la cultura describe la parte del ambiente interno de una organización, es decir supuestos, creencias y valores, muchas veces tácitos, que comparten sus miembros, distinguiéndolos de otras organizaciones, pues estos guían su funcionamiento, afectando la forma en que las personas interpretan las circunstancias y sus esquemas para organizar y retener la información, que les permiten enfocar sus actos.

Entonces, al integrar los enunciados de los autores mencionados, la cultura organizacional es el conjunto de valores, tradiciones, creencias, hábitos, normas, actitudes y conductas que dan identidad, personalidad y destino a una organización para el logro de sus fines económicos y sociales. Cuando existe, estima la autora, una cultura de servicio, todo este conjunto de conceptos se

traduce en un equipo que trabaja con eficiencia para solucionar y prevenir los problemas que surjan de las tareas de cada nivel de decisión.

Entre los factores exógenos que afectan la calidad de la atención puede citarse la cobertura, las costumbres locales y tradiciones, la tardía búsqueda de asistencia médica, entre otras.

El análisis de la cobertura de los servicios de salud puede tener diversos aspectos. Por un lado existe la "cobertura financiera", es decir, el derecho que tiene la población a pertenecer a sistemas de seguros que financian la atención. En realidad esa cobertura financiera no se refiere a la verdadera atención recibida por la población, sino a la "capacidad" de la población de tener acceso a la atención que en el Ecuador no está en función estricta de su capacidad de pago. (Paganini, 1998)

La cobertura también se puede analizar sobre la base de la oferta de los servicios. En este caso se relacionan el número y el tipo de servicios de atención con el tamaño de la población.

Una tercera forma de analizar la cobertura consiste en estudiar la utilización de los servicios por parte de la población, y en este caso se utiliza el concepto de "cobertura verdadera".

9.2.2.4. Satisfacción de los usuarios de servicios de salud

La satisfacción de los usuarios respecto de los servicios que reciben en el Seguro Social campesino dependen de quien responda: si son funcionarios probablemente dirán que es muy grande; si son usuarios probablemente se escucharán algunas quejas. Todavía un gran número de profesionales considera que sólo con actuar de acuerdo con las normas y estándares científico-técnicos de su profesión, se puede ofrecer un servicio de calidad en el sentido más amplio. No obstante, el carácter técnico es sólo una de las dimensiones de la calidad, necesaria pero no suficiente, para satisfacer las expectativas y necesidades de los pacientes.

Ortiz, Muñoz y Torres (2004) indican que una de las principales expectativas manejadas por el usuario es la relacionada con la recuperación de la salud, proporcionándole al médico un mayor peso específico sobre este ítem, por lo que el trato otorgado por el médico constituye un elemento fundamental en la satisfacción de sus expectativas, y si los pacientes no perciben un trato amable las expectativas de satisfacción se ven afectadas negativamente.

Los resultados al respecto muestran la gran importancia de la relación médico-paciente. Por tal motivo, el trato del médico hacia el usuario constituye un factor elemental para la emisión de juicios de insatisfacción.

Así la satisfacción de usuario es el elemento primordial del servicio de salud. Define su razón de ser pues los demás elementos se articulan para lograr un cierto

grado de satisfacción que justifica la prestación (Blanco et al). La satisfacción del usuario es un fenómeno complejo que se relaciona con múltiples factores:

- la efectividad de la ayuda para reducir o eliminar en el usuario la sensación desagradable que acompaña la necesidad no satisfecha.

- eficacia de los servicios de salud para resolver problemas de salud no sintomáticos

- eficiencia del personal para establecer los procedimientos óptimos.

- la oportunidad, integralidad, relación con el personal

- las características físicas del servicio.

La satisfacción de los usuarios es importante en sí misma, aparte de sus repercusiones sobre la salud. Esta es una preocupación que debe incorporarse al sistema de valores de la organización por ser una clara demanda social (Zurro y Cano, 2003)

Además de aseverar que regularmente la mayoría de los clientes afirman estar satisfechos, independientemente de la calidad real, McCauley y Salter (1998) indican que resulta difícil evaluar la satisfacción.

9.2.2.5. Estrategias de mejoramiento de servicios de salud

En el aspecto de cómo hacer, en lo operativo del sistema de salud vemos que los métodos industriales también pueden aplicarse en el sector porque la mayoría de los errores de la asistencia médica ocurren como resultado de los problemas que

proviene de las relaciones entre los procesos, de las especialidades o de los departamentos, las cuales son situaciones institucionales comunes y de los sistemas de cualquier organización. La calidad depende del desempeño de las personas y de las estructuras, de los sistemas o los procesos y de los recursos disponibles para respaldar dicho desempeño, de acuerdo a Williams (2010).

El desempeño de la organización incide en la calidad de los servicios y depende del trabajo individual y colectivo. Para García (1993) la competitividad de la organización necesita y depende de una gran capacidad directiva en todos los niveles. Esta capacidad directiva como valor compartido dentro de la organización, constituye una de las claves de la cohesión dentro de un esquema empresarial eficiente.

Si bien el Seguro Campesino realmente no es una empresa, tiene que regirse por principios que son comunes, como la eficiencia y calidad; en consecuencia, para que sus actividades produzcan satisfacción entre sus usuarios, requiere que sus niveles directivos a nivel nacional, regional, zonal y local, actúen bajo los fundamentos citados. También la calidad de su atención está enlazada a la cobertura real, administración del centro de salud y prácticas de los usuarios del servicio.

Existen obstáculos en el acceso a servicios de salud que, por repetirse, resultan invisibles. Estos se clasifican en geográficas, si la dificultad de acceso es ocasionada por un accidente geográfico o una barrera construida por acción humana; las económicas que se refieren a la imposibilidad de acceso por falta de dinero, tanto para el transporte como, por ejemplo, para comprar medicamentos. Las barreras administrativas expresan la dificultad que impone la organización misma de los servicios, por ejemplo los horarios de atención o los turnos. La cuarta barrera identificada es la cultural y se relaciona con las diferencias en las diferentes prácticas y costumbres del personal de los servicios de salud, incluso el idioma y la población.

9.3. Postura teórica

El debate sobre el Seguro Social Campesino implica profunda y esencialmente un debate sobre la naturaleza del servicio otorgado al campesino, los fines del Instituto de Seguridad Social y las nociones respecto a los valores centrales que deben regular la existencia en común.

En el contexto institucional, desde su inicio, el Seguro Social Campesino partió de la premisa de que la solidaridad nacional debía (debe) y podía (puede) ser dirigida a la solución de aquellas necesidades más sentidas de la población rural en el Ecuador: la atención a la salud y la protección durante la vejez y la incapacidad física.

El desarrollo de esta tesis adoptó como una línea directriz los enunciados de la International Organization for Standardization (ISO) que definió a la calidad como "el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado" y la de la Organización Mundial de la Salud que afirma: "una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite".

Otro enfoque de la tesis se encuentra en el Modelo de Atención de Salud, cuando orienta los servicios hacia la promoción de salud y prevención de la enfermedad con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales.

10. HIPÓTESIS

10.1 General

La calidad del servicio del Dispensario del Seguro Social campesino "Huilloloma" de la parroquia Balzapamba, cantón San Miguel, provincia de Bolívar es limitada principalmente por las condiciones geográficas y culturales

10.2. Específicas

La ubicación del Dispensario Huilloloma limita a los usuarios el acceso a los servicios de salud

Las diferencias culturales dificultan la comunicación entre el personal médico y los usuarios.

La mayor parte de los usuarios están insatisfechos de la atención de salud del "Dispensario Huilloloma" del Seguro Social campesino

La aplicación de una estrategia de mejoramiento con participación de los usuarios mejorará la calidad de la atención en el Dispensario Huilloloma del Seguro Social campesino

11. RESULTADOS

11.1. Pruebas estadísticas aplicadas en la verificación de hipótesis

Para el análisis de los resultados se utilizó la comparación e interpretación de los datos organizados por frecuencias, dado que no se trataba únicamente de presentar valores numéricos, sino de darle un valor a esos datos con el referente de la teoría de sustento.

11.2 Análisis e interpretación de datos

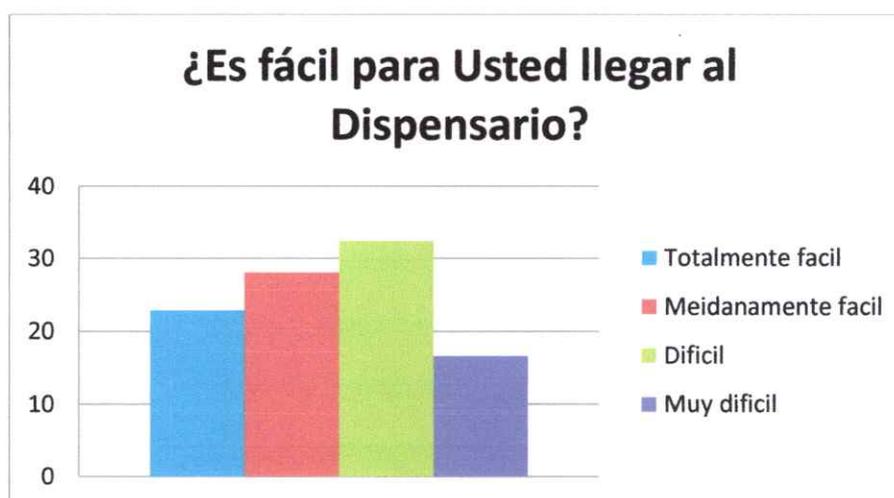
11.2.1. Encuesta a usuarios

Pregunta 1. ¿Es fácil para Usted llegar al Dispensario?

Respuesta	f	%
Totalmente fácil	84	22.88
Medianamente fácil	103	28.06
Difícil	119	32.42
Muy difícil	61	16.62
Total	367	100

Fuente: Encuesta septiembre 2012-enero de 2013

Elaboración: La autora



Esta es una pregunta que se justifica porque en sectores rurales de topografía accidentada, las vías de comunicación determinan el acceso a los servicios. El dispensario de Huilloloma está situado aledaño a la vía Babahoyo-Guaranda; las comunidades campesinas que se ubican en los cantones Montalvo y Balzapamba, están alejadas, algunas sin acceso a vías principales. Los caminos vecinales no siempre se encuentran en las mejores condiciones para facilitar el acceso. En este

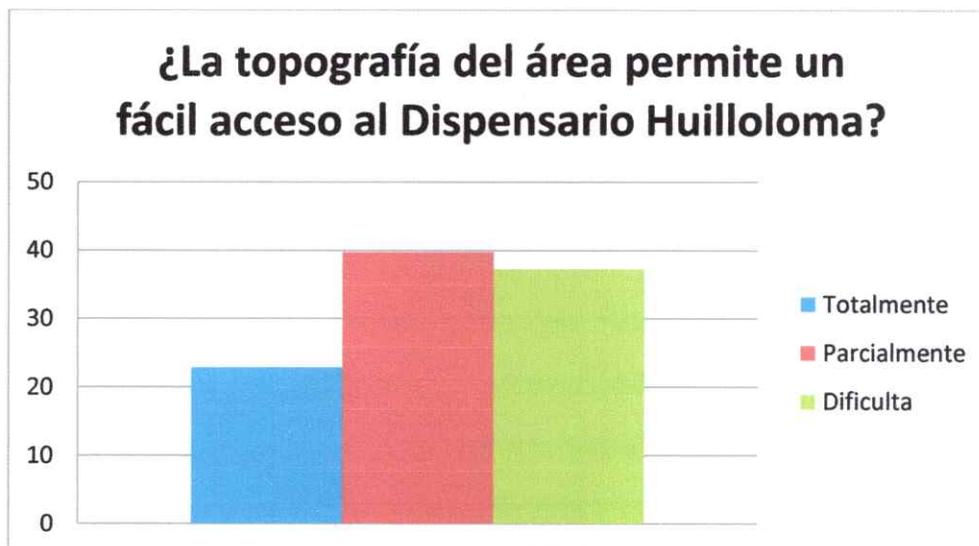
caso la distancia se convierte en un factor de insatisfacción del usuario y por eso se explica el porcentaje que obtuvo la respuesta “difícil” (32.42%).

Pregunta 2. ¿La topografía del área permite un fácil acceso al Dispensario Huilloloma?

Respuesta	f	%
Totalmente	84	22.88
Parcialmente	146	39.78
Dificulta	137	37.32
Total	367	100

Fuente: Encuesta septiembre 2012-enero de 2013

Elaboración: La autora

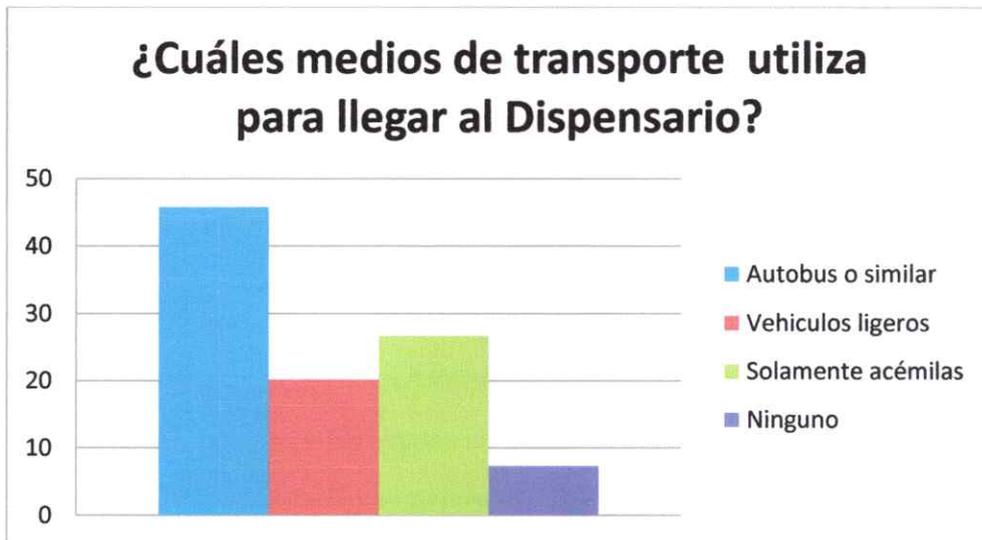


El 39.78 % considera que la topografía permite parcialmente el acceso al dispensario. Los caminos vecinales, muchos de ellos apenas trochas muy empinadas dificultan el acceso rápido y el 37.32 %, asegura que lo dificulta. La topografía empinada es un obstáculo para los usuarios que viven en las comunidades rurales del Cantón Balzapamba.

Pregunta 3. ¿Cuáles medios de transporte utiliza para llegar al Dispensario?

Respuesta	f	%
Autobús o similar	168	45.77
Vehículos ligeros	74	20.16
Solamente acémilas	98	26.7
Ninguno	27	7.35
Total	367	100

Fuente: Encuesta septiembre 2012-enero de 2013
 Elaboración: La autora



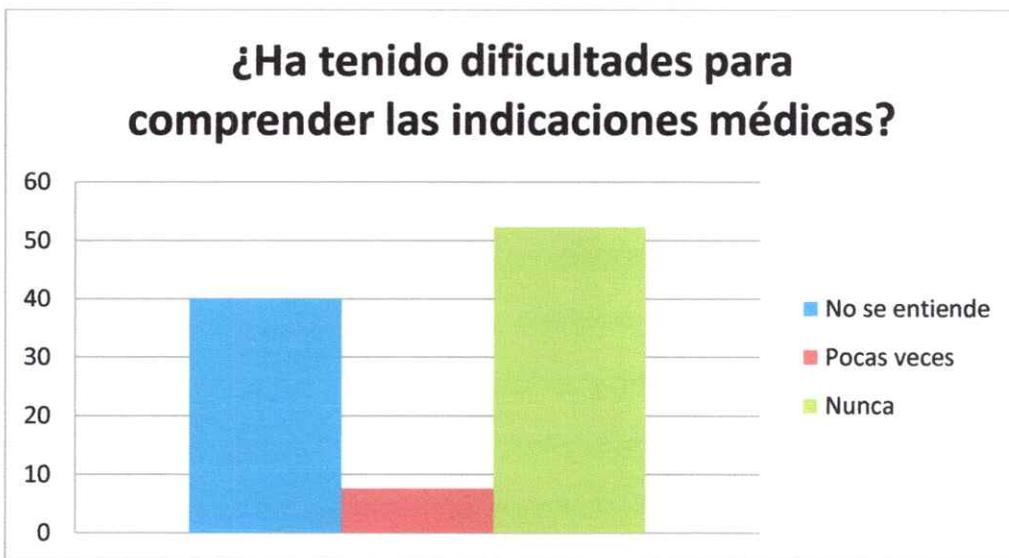
La mayoría de usuarios utiliza autobuses, es decir el transporte público pero importantes porcentajes usan acémilas y los vehículos livianos. Un usuario enfermo seguramente encontrará muy molesto viajar hasta el dispensario en un vehículo liviano o sobre animales.

Pregunta 4. ¿Ha tenido dificultades para comprender las indicaciones médicas?

Respuesta	f	%
Muchas veces, no se entiende el lenguaje	147	40.05
Pocas veces	28	7.62
Nunca	192	52.31
Total	367	100

Fuente: Encuesta septiembre 2012-enero de 2013

Elaboración: La autora



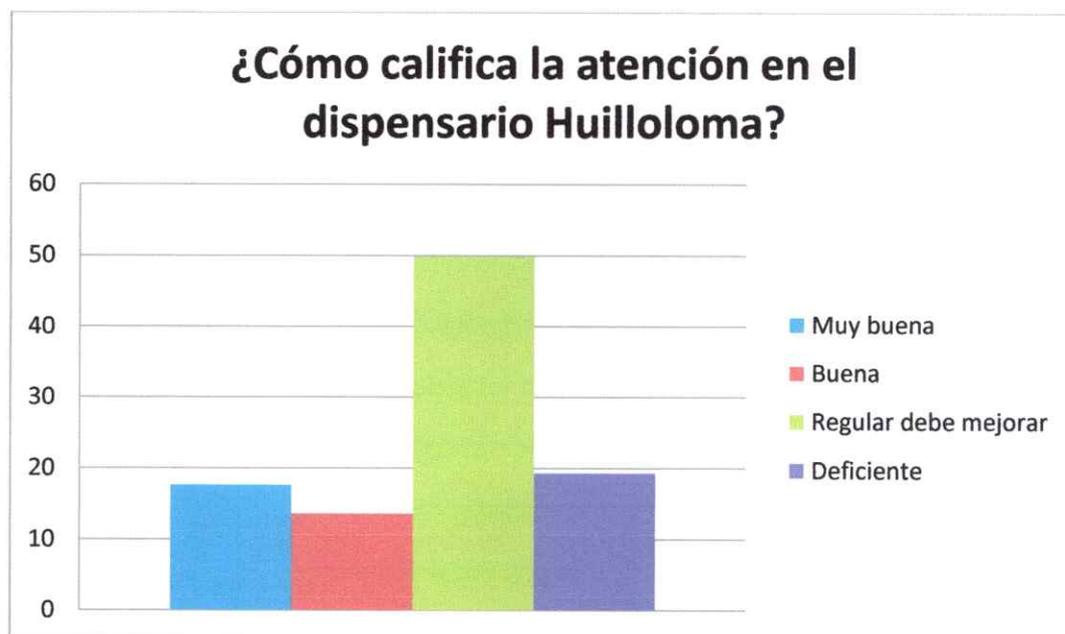
Los usuarios en ocasiones, no comprenden las indicaciones del personal médico por los diferentes niveles de lenguaje. Esta situación molesta al usuario que no sabe exactamente cómo tomar las medicinas, los horarios u otra indicación. Siente que no ha recibido suficiente información, que ha sido atendido deficientemente.

Pregunta 5 ¿Cómo califica la atención en el dispensario Huilloloma?

Respuesta	f	%
Muy buena	63	17.66
Buena	50	13.62
Regular, debe mejorar	183	49.86
Deficiente	71	19.34
Total	367	100

Fuente: Encuesta septiembre 2012-enero de 2013

Elaboración: La autora

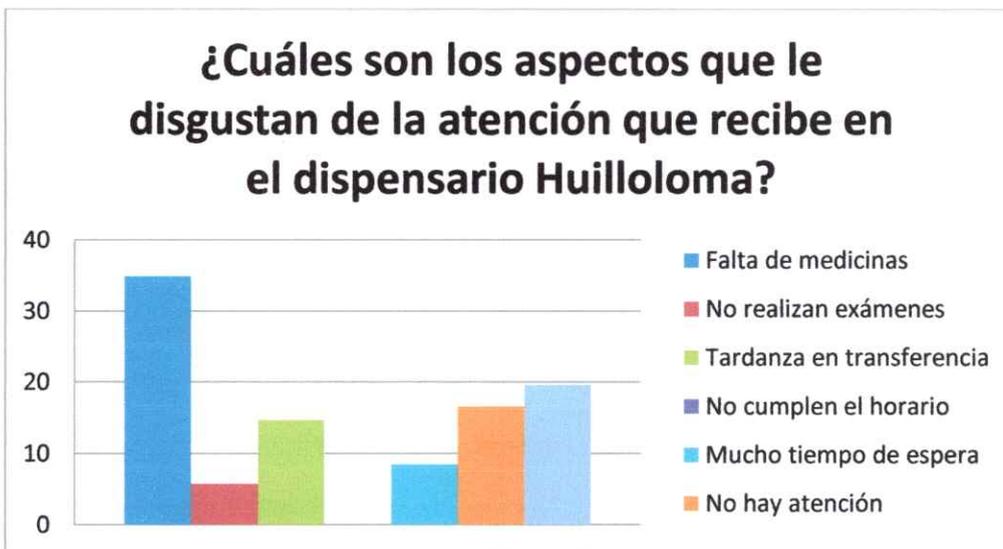


La mayoría de los usuarios consultados (49.86%) considera que la atención es “regular, debe mejorar” lo que implica la existencia de aspectos positivos y negativos presentes en la atención de salud. Un porcentaje significativo (19.34%) la califica como deficiente. Como el personal médico es poco, es difícil darles atención inmediata y más personal a los usuarios, explicarle los procedimientos o cuidados.

Pregunta 6 ¿Cuáles son los aspectos que le disgustan de la atención que recibe en el dispensario Huilloloma?

Respuesta	f	%
Falta de medicinas	128	34.87
No realizan exámenes	21	5.72
Tardanza en los trasferencias a hospitales	54	14.71
No cumplen el horario de trabajo	0	0.00
Mucho tiempo de espera	31	8.44
No hay atención de emergencia después de jornada laboral	61	16.62
Ninguno	72	19.61
Total	367	100

Fuente: Encuesta septiembre 2012-enero de 2013
Elaboración: La autora

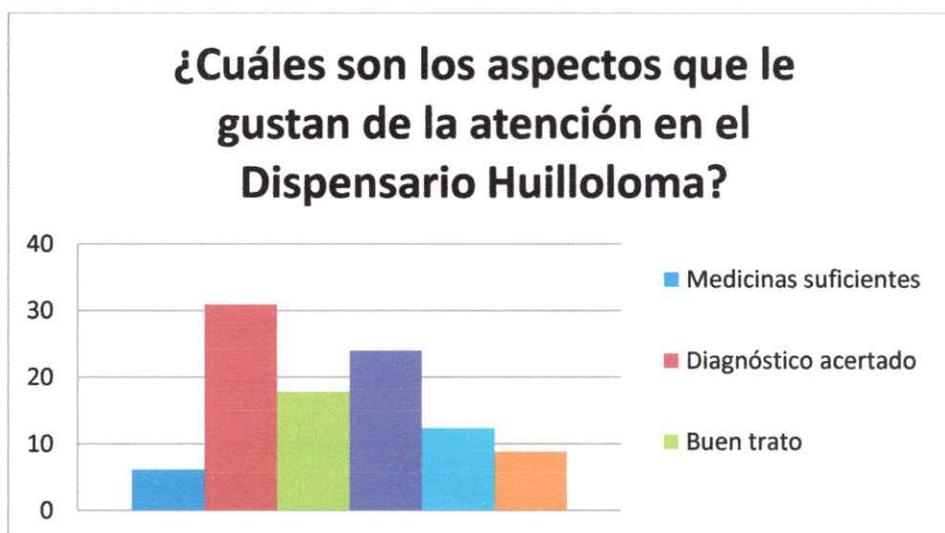


La falta de medicinas es el mayor aspecto negativo del Dispensario (34.897%). Al respecto, la administración Central del IESS es la encargada de distribuir las medicinas dos veces por año, pero los retrasos en el año 2012 produjeron desabastecimiento y se afectó la atención a los usuarios.

Pregunta 7 ¿Cuáles son los aspectos que le gustan de la atención en el Dispensario Huilloloma?

Respuesta	f	%
Medicinas suficientes	39	6.15
Diagnóstico acertado	196	30.91
Buen trato	113	17.82
Cumplen el horario de trabajo	152	23.97
El tiempo de espera es corto	78	12.30
Se interesan por el paciente	56	8.83
Total	634	100

Fuente: Encuesta septiembre 2012-enero de 2013
Elaboración: La autora



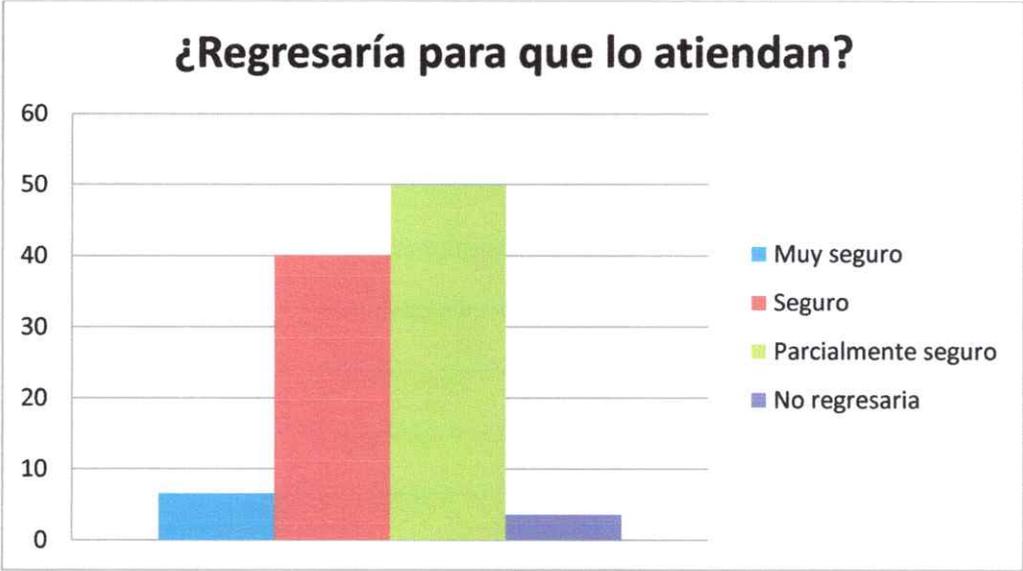
El diagnóstico acertado es el aspecto que le gusta a la mayoría de los usuarios del dispensario Huilloloma (30.91%) ; también el buen trato (17.82%). Este último aspecto es lo que se denomina atención al usuario y es un elemento importante en las empresas actuales. Aunque el dispensario no es una empresa que produzca

rentas está obligado, incluso por la normativa vigente, a ofrecer una atención con calidad y calidez. Todas las acciones que realice deben estar pensadas y orientadas a satisfacer la demanda, en este caso, de salud primaria.

Pregunta 8. ¿Regresaría para que lo atiendan?

Respuesta	f	%
Muy seguro	24	6.53
Seguro	147	40.05
Parcialmente seguro	183	49.86
No regresaría	13	3.54
Total	367	100

Fuente: Encuesta septiembre 2012-enero de 2013
Elaboración: La autora



Esta pregunta se relaciona con los elementos que gustan o disgustan a los usuarios del Dispensario Huilloloma. El 49.86% está parcialmente seguro de volver a buscar atención médica al dispensario; es decir, existe un segmento de la población atendida que se siente medianamente satisfecho con la atención. Como consecuencia, se requieren estrategias de adhesión que incrementen la fidelidad de

los usuarios al sistema y evite sobrecargar otras unidades el sector público como criterio de eficiencia.

Pregunta 9. ¿Cómo realiza el personal médico las actividades educativas en salud preventiva?

Respuesta	f	%
Con charlas	296	80.65
Con materiales impresos	71	19.34
Con equipos de audio y vídeo	0	0.00
Total	367	100

Fuente: Encuesta septiembre 2012-enero de 2013

Elaboración: La autora



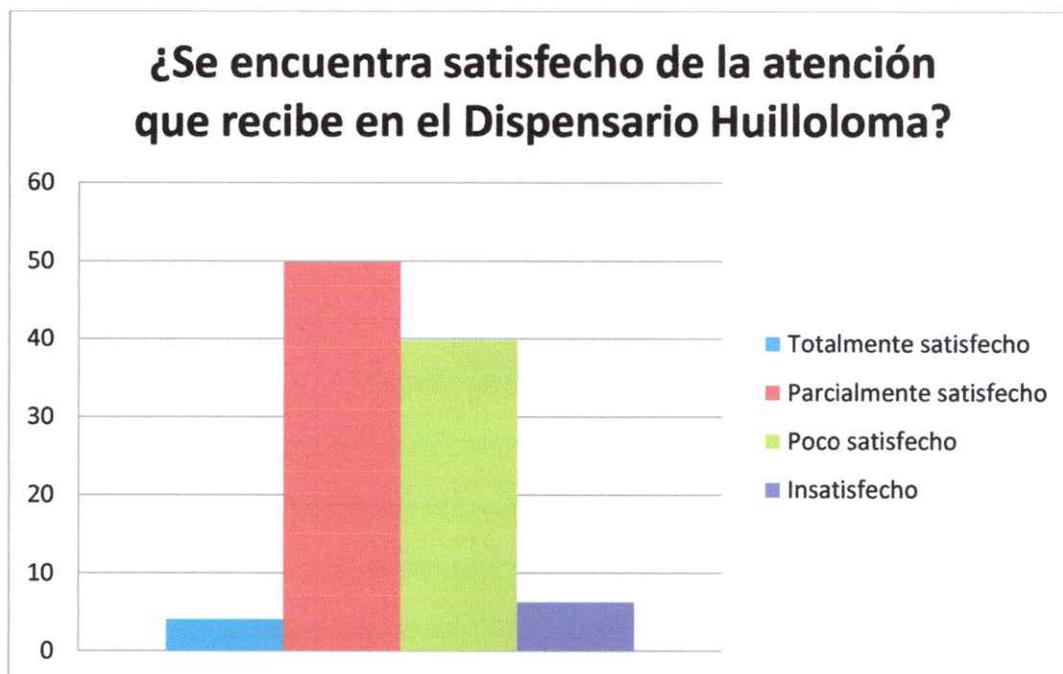
El personal médico del dispensario realiza actividades en las comunidades, para educar en salud preventiva con charlas, el 80.65% de las ocasiones. La falta de medios audiovisuales las hacen menos atractivas, disminuye la comprensión y asimilación del mensaje, no provoca interés entre los usuarios, muchos de los cuales son personas con un bajo nivel educativo. Esta falencia afecta la calidad

del servicio que presta el dispensario en uno de los pilares de la atención de salud que es la prevención de enfermedades.

Pregunta 10 ¿Se encuentra satisfecho de la atención que recibe en el Dispensario Huilloloma?

Respuesta	f	%
Totalmente satisfecho	15	4.08
Parcialmente satisfecho	183	49.86
Poco satisfecho	146	39.78
Insatisfecho	23	6.26
Total	367	100

Fuente: Encuesta septiembre 2012-enero de 2013
Elaboración: La autora



Los usuarios están parcialmente satisfechos (49.86%) con la atención que reciben en el dispensario Huilloloma. Un análisis más profundo de los resultados muestra

que un porcentaje importante (39.78%) está “poco satisfecho”. Los datos de la tabla muestran que existen demandas no cubiertas por la atención del dispensario.

11.2.2. Entrevista a personal médico y de enfermería

Pregunta 1. ¿Cómo la ubicación del dispensario influye en el acceso al Dispensario Huilloloma?

Informante	Respuesta
Médico	Realmente la ubicación del dispensario es muy buena si se toma en cuenta que está ubicado en la vía Babahoyo-Guaranda. Si vemos ese punto, la ubicación favorece la atención y el acceso de los usuarios del Seguro Campesino
Odontóloga	La ubicación del dispensario sí es adecuada y cercana a los usuarios del cantón Balzapamba pero para los que se encuentran en el Cantón Montalvo, si parece algo lejano, aunque existe mucha facilidad para transportarse.
Licenciada en enfermería	Yo veo bien situado al dispensario, pienso que los usuarios lo ven como alejado de sus comunidades, pero en realidad no están lejos. Está junto a la carretera y se llega con facilidad. Yo no creo que la calidad del servicio se afecte por la ubicación, pero quizá las personas desean uno más cercano.
Auxiliar de enfermería	No creo que la ubicación del dispensario sea motivo de menor calidad del servicio. Existen otros aspectos más importantes

Fuente: Entrevista a personal médico, noviembre de 2012

Elaboración: La autora

La mayoría del personal médico considera que el dispensario resulta lejano para algunas comunidades. Algunas de ellas como la Huaquilla, San Jacinto, La Maravilla están situadas en los límites de los cantones Montalvo y Babahoyo. El análisis de estos datos se debe complementar con el conocimiento del sector, puesto que las comunidades atendidas en el dispensario Huilloloma disponen de vías de transporte en buen estado, de manera que la distancia no es necesariamente una limitante de los servicios.

Pregunta 2. ¿Los usuarios comprenden las indicaciones médicas

Informante	Respuesta
Médico	Los usuarios generalmente entienden las indicaciones simples. Pero cuando se les explica por qué deben hacer o no algo, se complican. Cuando se trata de comunidades indígenas y sobre todo, las personas mayores, se presentan dificultades de comunicación
Odontóloga	En la atención de odontología no suelen existir dificultades para comprender las indicaciones.
Licenciada en enfermería	Las personas que tienen menor educación se confunden mucho, sobre todo si deben tomar algunas medicinas
Auxiliar de enfermería	No he tenido dificultades.

Fuente: Entrevista a personal médico noviembre de 2012

Elaboración: La autora

En atención de salud, se debe asegurar que el usuario comprenda las indicaciones médicas tanto de las dosis como las recomendaciones generales de cuidado. Las diferencias de educación pueden causar confusiones en tanto no se cuide el

lenguaje utilizado. En la tabla, el 75% del personal médico responde que “muchas veces” han tenido dificultades para hacerse comprender por los usuarios.

Esta pregunta profundiza en las diferencias culturales y su efecto en la comprensión de las indicaciones médicas

Pregunta 3. ¿Existen costumbres de los usuarios que hayan dificultado la aplicación de recomendaciones médicas?

Informante	Respuesta
Médico	Los juicios o dogmas tradicionales pueden obstaculizar la aplicación de recomendaciones médicas. Todavía existen usuarios que se niegan a realizarse exámenes delicados como el de próstata o impiden a sus parejas que se realicen los que se necesiten por cuestiones de machismo. La falta de cultura de prevención es otra costumbre que atenta contra la calidad del servicio porque acuden al médico cuando las enfermedades ya están avanzadas y quieren que los procesos de transferencia sean rápidos.
Odontóloga	En la atención de odontología no suelen existir dificultades para comprender las indicaciones. La costumbre que afecta es la falta de prevención, solo vienen cuando sienten dolor.
Licenciada en enfermería	Los usuarios no han comprendido que deben cuidarse y prevenir, eso presiona sobre la calidad de los servicios; no se los puede atender a veces con la celeridad que demandan y que pudo evitarse.
Auxiliar de enfermería	En el sector rural existen varias creencias populares que se contraponen con la recomendación médica.

Fuente: Entrevista a personal médico noviembre de 2012
Elaboración: La autora

Los informantes indican que muchas veces las costumbres de los usuarios dificultan la aplicación de recomendaciones médicas. Esta pregunta es valiosa porque la percepción de calidad de la atención se relaciona con los resultados en la salud recuperada de sus usuarios. Algunos hábitos muy acentuados en los usuarios pueden obstaculizar el trabajo del personal médico.

No siempre creen en la explicación que se les da por ejemplo, de la necesidad de los exámenes anuales de próstata, mama, papanicolau.

Pregunta 4 ¿Cuáles son los aspectos que disminuyen la calidad de la atención que brindan en el dispensario Huilloloma?

Informante	Respuesta
Médico	La falta de medicamentos es la principal razón. Pese a los requerimientos, desde las oficinas centrales no atienden los pedidos. En este año únicamente en los meses finales se ha dotado al dispensario, suficientemente. La falta de medicinas nos limita y causa molestias a los usuarios
Odontóloga	Los equipos son modernos, lo que afecta la calidad es la falta de medicinas e insumos (materiales, anestesia)
Licenciada en enfermería	Nos afecta la falta de equipos audiovisuales para realizar campañas de salud preventiva; las personas no se interesan en el tema que les presentamos porque solo son charlas.
Auxiliar de enfermería	La falta de medicinas

Fuente: Entrevista a personal médico noviembre de 2012

Elaboración: La autora

Las respuestas coinciden en afirmar que la falta de medicinas es el principal factor limitante de las actividades del dispensario de Huilloloma. Un dispensario desprovisto de medicinas contribuye poco a la salud el sector que atiende.

Pregunta 5 ¿Los usuarios han colaborado de alguna manera para el mejoramiento del servicio?

Informante	Respuesta
Médico	Las comunidades cercanas repararon y mejoraron las instalaciones y jardín; también la Prefectura de Bolívar que se encargó del techado
Odontóloga	Si, la comunidades si colaboran cuando se les ha solicitado
Licenciada en enfermería	Los usuarios colaboraron con el centro porque se dieron cuenta que no se podía esperar a la administración central. 1
Auxiliar de enfermería	Las comunidades cercanas si colaboraron

Fuente: Entrevista a personal médico noviembre de 2012

Elaboración: La autora

Las respuestas señalan que los usuarios ya han mostrado su colaboración con el dispensario, por lo que cabe esperar que otras iniciativas de mejoramiento sean apoyadas en el futuro.

11.3 Discusión de resultados

La información obtenida mediante encuesta a usuarios y entrevista al personal médico evidencia que las limitaciones del servicio que presta el dispensario del Seguro Social campesino Huilloloma son varias. De ellas, la deficiencia de medicinas y la falta de personal médico son causadas por deficiencias administrativas desde las autoridades centrales del IESS. La lentitud burocrática enlentece los trámites y como resultado, las medicinas llegan con retardo.

Desde su inicio, en este dispensario ha existido solamente un médico general, una odontóloga, una profesional en enfermería y una auxiliar. Aunque en la actualidad la población ha crecido hasta aproximadamente 6000 usuarios, la dotación de profesionales médicos no se ha incrementado. Tal condición limita la calidad del servicio y sumado a la falta de medicinas que se acentuó en el año 2012, ocasiona serios reparos y molestias entre los usuarios que viajan desde distancias apreciables y no encuentran satisfacción a sus demandas de salud.

Otras condiciones que también afectan la calidad del servicio son la extensa área geográfica que le corresponde atender a este dispensario y que agrupa a dos cantones limítrofes, de diferente topografía como Montalvo y Balzapamba.

Para los usuarios del Cantón Montalvo, recorrer una gran distancia hasta un dispensario situado en las estribaciones de la cordillera no se justifica, si la atención es deficiente por las limitaciones ya señaladas, pero igual insatisfacción

se siente entre los usuarios del cantón Balzapamba, que en ocasiones recorren caminos vecinales en mal estado, empinados y deben esperar largo tiempo para ser atendidos o no encuentran medicinas adecuadas.

Otras limitantes de la calidad del servicio del dispensario son la falta de un laboratorio para diagnóstico y medios audiovisuales que ayuden al personal médico en el trabajo de prevención de enfermedades. Las charlas llegan a ser aburridas, poco interesantes para los usuarios porque no se apoyan en medios que muestren de manera gráfica, los temas que se exponen. En este sentido, siguiendo a Jaramillo (2003), la carencia de recursos disminuye la calidad de la atención de salud porque no puede alcanzarse un gran volumen de productividad. En el caso del dispensario Huilloloma, la productividad se refiere no solamente al número de pacientes atendidos, sino cuáles y cuántas de sus necesidades de atención médica fueron cubiertas.

Los datos revelan que incluso existen factores culturales que inciden en la calidad de la atención y se convierten en limitaciones del trabajo. Las personas, de acuerdo a su nivel cultural tienen dificultades para comprender las recomendaciones médicas. Esta condición es peligrosa en casos en los que se deba tomar varias medicinas y en la atención preventiva de enfermedades de pronóstico grave como el cáncer uterino, de próstata y otros de similar complejidad.

Un aspecto que interviene es el machismo que se manifiesta en la prohibición a las esposas, de practicarse análisis pertinentes, a tiempo.

Por último, la población dispersa plantea una dificultad para comunicarse y trabajar por un objetivo común que es la salud. Al respecto, ya en la Ley de Participación Ciudadana, el Código de salud y el Foro Nacional de la salud, se establecen algunos elementos para aportar en la solución o por lo menos, una mitigación de las problemáticas encontradas.

Los cuerpos legales suministran una base a partir de la cual se diseñan e implementan estrategias técnicamente viables, fundamentadas, en el ámbito administrativo, en la calidad de la gestión y la ejecución de planes operativos. La propuesta surgida de esta investigación tiene que situarse en el nivel de ejecución operativa al cual corresponden las actividades del dispensario estudiado.

11.4. Conclusiones y recomendaciones

Como conclusiones de esta investigación se enuncian las siguientes:

1. Las principales limitaciones del dispensario Huilloloma del Seguro Social campesino son las deficiencias de medicinas y personal médico, afectan directamente la calidad del servicio que se brinda a los usuarios de las comunidades afiliadas.
2. Los factores culturales inciden negativamente en la calidad de la atención porque limitan el acceso, especialmente de usuarias, a la prevención de salud.

También se manifiestan en las barreras comunicacionales que se crean por diferencia de lenguaje o por otras razones, para la comprensión de las indicaciones médicas. Al asimilar estas conclusiones al campo de la administración, la dificultad radica en las comunicaciones interpersonales y a través de la organización.

3. La infraestructura médica del dispensario es mínima. No efectúan exámenes rutinarios por la ausencia de equipos. Esta característica también influye en la percepción de calidad ya que, para efectuar su diagnóstico, el médico ordena los análisis y el usuario debe viajar a Babahoyo para que los efectúe. Este lapso utilizado en recorrer grandes distancias, es percibido como tiempo perdido, como atención de baja calidad.

4. La ubicación geográfica representa una limitación menor del dispensario frente a otros aspectos. Está ubicado en un lugar de fácil acceso, en una vía en buenas condiciones, servida por varias cooperativas de transporte, pero resulta lejana para las comunidades del cantón Montalvo. Las limitaciones parecen más culturales ya que se lo relaciona con otra provincia.

5. Un número alto de usuarios se siente insatisfecho con la atención del dispensario Huilloloma; el principal argumento es la falta de medicina, pero también determina este criterio, la ausencia de exámenes y la demora en las transferencias a otros hospitales.

6. Las estrategias que se apliquen para mejorar la calidad de la atención necesitan la participación de los usuarios. Así se asegurará la creación de redes de intereses comunes comprometidos con la conservación del servicio.

7. El mejoramiento de la calidad del servicio depende en gran parte de los administradores del sistema de seguridad social campesina, por eso es importante que los usuarios conformen grupos y redes de apoyo al dispensario, de manera que, en uso del derecho de participación, puedan intervenir con actividades que presionen a los directivos para que cumplan con lo que les corresponde.

Como recomendaciones se proponen:

a. Crear redes de apoyo al Seguro Social Campesino, conformadas en cada comunidad, en grupos desde 10 personas. Su trabajo consistirá en participar en foros, reuniones y diferentes eventos que se organicen sobre la calidad del servicio para presionar la dotación de mejor infraestructura y equipamiento de los dispensarios. También proporcionarán información sobre la salud de la comunidad para coordinar acciones con el dispensario.

b. Diseñar y estandarizar procesos comunicacionales tanto verbales como escritos. Las recomendaciones médicas de carácter general deben estar escritas en carteles, acompañadas de gráficos de fácil comprensión.

c. Crear una base de datos con la información de salud que les brinden los informantes; esta información, servirá para interpretar el estado de una comunidad en un momento dado y a través del tiempo. Permitirá analizar y contrastar la información proveniente de una comunidad y entre comunidades, a fin de constituirlo en insumo de la planeación futura.

d. Presentar los resultados de la situación epidemiológica de las comunidades, de manera gráfica para que los usuarios conozcan y apoyen las actividades de mejora que propongan.

e. Aplicar, con el apoyo de las comunidades y autoridades, la propuesta de intervención que se ha elaborado como producto de esta tesis.

f. Diseñar procesos investigativos relacionados con estrategias de marketing acordes a la difusión de los servicios del dispensario, la inclusión de la participación de usuarios en el mejoramiento de la calidad y la aplicación de normativas de calidad en el servicio.

12. PROPUESTA DE APLICACIÓN

12.1 Título de la Alternativa:

Plan Operativo de mejoramiento de la calidad de salud para el Dispensario del Seguro Social Campesino Huilloloma.

La alternativa que se ha obtenido como resultado de la investigación recoge las necesidades de mejora específicas del dispensario Huilloloma. La situación actual descubre desatención en la dotación de medicinas, cobertura amplia y dispersa, insuficiente personal médico, ineficiencia en las actividades de educación para la prevención de enfermedades.

Todos los aspectos que se han evidenciado al finalizar la fase de campo, son importantes porque influyen en la calidad de la atención. La relación entre lo que el usuario espera y lo que recibe en el ámbito de la atención de salud es la calidad; la dotación irregular de medicinas, insuficiente personal médico y la cobertura dispersa, no son manifestaciones de calidad.

12.2. Alcance

La propuesta está dirigida a organizar un conjunto de actividades que mejoren la gestión operativa del dispensario Huillooloma, enmarcadas en los objetivos institucionales de gran alcance. Son sus referentes conceptuales:

- la calidad como el grado de interrelación y armonía entre las características del servicio del dispensario y los objetivos para los que fue creado.
- identificación de las necesidades de salud educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento de los usuarios del dispensario.

La propuesta está limitada por el nivel de toma de decisiones al que pertenece el dispensario. No es estratégico ni táctico, sino operativo; la ubicación en la estructura organizativa del Seguro Campesino condiciona la forma de abordar los aspectos deficientes que se encontraron. La desatención en la dotación de medicinas, cobertura amplia y dispersa, insuficiente personal médico, ineficiencia en las actividades de educación para prevenir enfermedades, no puede ser solucionados únicamente con acciones tomadas desde el nivel operativo al que corresponde el dispensario. Dada esta situación se involucra en la propuesta diseñada a otros actores sociales como el Prefecto y los beneficiarios; esto permitirá ejecutar con mayor eficiencia y efectividad, las actividades direccionadas a mejorar la situación actual desde las posibilidades reales del dispensario y su personal.

12.3. Aspectos básicos

12.3.1. Antecedentes

El dispensario del Seguro Social Campesino Huilloloma está situado en el Cantón Balzapamba y atiende a las siguientes comunidades:

Huilloloma, Cristal, Chaupiyacu del Cantón Balzapamba y Pisagua, Pretoria, La Alegría, la Prosperidad, Guadalupe, la Huaquilla, San Jacinto (Clementina), la Maravilla y La Vitalia en el cantón Montalvo. En el año 2013, los afiliados ya suman 1200 jefes de familia y se calcula una población promedio actual de 6000 usuarios.

12.3.2. Justificación

La propuesta constituye una herramienta técnica de gestión, ejecutable desde el dispensario Huilloloma. Está constituida por las actividades que realizarán el personal médico del dispensario y los usuarios, es decir, en el nivel operativo, ya que no le corresponde la planeación estratégica sino ejecutar de la manera más eficiente las directrices a nivel nacional. No se puede formular un plan estratégico dado el nivel de decisión del dispensario y porque existe una estructura jerárquica de estricta aplicación.

Es un aporte a la gestión cuya puesta en práctica no requiere de la autorización de los mandos superiores del Seguro Campesino, no desvía sus objetivos ya que se puede implementar con los recursos humanos del dispensario y la colaboración ya

ofrecida por el Prefecto de la provincia de Bolívar, que se convierte en un aliado.

Es un adelanto metodológico de los procedimientos actualmente realizados porque mantendrá actualizada y visible la información epidemiológica de las comunidades atendidas desde el dispensario. Para avanzar en el objetivo de la prevención de enfermedades se diseñarán instrumentos que mostrarán a los usuarios, el valor práctico de las recomendaciones.

Los grupos promotores voluntarios de salud representan los grupos formales que existen en las organizaciones, su función es la de mantener la comunicación con el dispensario y apoyar sus intervenciones en la prevención de salud.

Las actividades destinadas a mejorar la dotación de medicinas y personal se las ha formulado bajo la premisa de que los ciudadanos participación comunitaria tienen obligaciones y derechos respecto de la calidad de la salud. Al respecto, un soporte legal de esta propuesta se encuentra en la Ley de participación ciudadana, en el Art 4, que entre los principios de la participación establece el de responsabilidad; y en el Art. 37, en el que reconoce la existencia del voluntariado que puede “participar en la ejecución de programas, proyectos y obra pública”.

Otro soporte de la propuesta es el análisis del Foro Nacional de la Salud (Quito, 2013) que establece entre los retos y desafíos de la salud pública en el Ecuador “Mejorar y evaluar la calidad de los servicios de salud” y “Superar la verticalidad

de la gestión que limita la capacidad de innovación y autonomía". Con este aporte teórico, la propuesta que presenta la autora, constituye un instrumento moderno y concordante con las actuales proyecciones de la gestión de salud en el país.

La propuesta se ubica en el concepto de calidad como "el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado", porque los dispensarios del Seguro campesino fueron establecidos para dar atención de salud preventiva, curativa y de mantenimiento; es lo que se aspira a lograr con las actividades diseñadas.

Respecto de su aplicación, la propuesta consiste en cuatro tipos de actividades: dos que requieren aliados y cuya ejecución está supeditada a la determinación política de las autoridades y dos que se pueden cumplir con recursos propios y la ayuda de los directamente interesados que son los usuarios.

Las actividades destinadas a mejorar la dotación de medicinas y personal médico estarán acompañadas por las directivas de asociaciones usuarias para lograr mayor atención a la que se ha obtenido hasta la actualidad.

Las actividades relacionadas con la prevención de enfermedades tienen un aliado en el Prefecto de la provincia de Bolívar quien ha manifestado su firme compromiso para dotar de equipos de laboratorio y computación al dispensario ya que le interesa apoyar una mejor atención de salud de los campesinos de su jurisdicción.

Es necesario recalcar la necesidad de contar con aliados que compartan diversos intereses en el mejoramiento de la calidad de la atención en este dispensario porque de esta consideración, deviene su puesta en práctica, en ese sentido se ha logrado involucrar al Prefecto provincial de Bolívar. Un breve análisis demuestra que financieramente, es posible aplicarla porque el costo es bajo, la autora trabaja en el dispensario Huilloloma y conoce el medio interno y externo.

12.3.3. Objetivos

Mejorar la calidad de atención de salud que se ofrece en el dispensario del Seguro Social Campesino Huilloloma a través de actividades ejecutadas con enfoque de eficiencia y eficacia por el personal médico, con el apoyo de los usuarios y de aliados.

12.3.4. Estructura general de la propuesta

Título: Plan operativo de mejoramiento de la calidad de la atención de salud para el Dispensario del Seguro Social Campesino Huilloloma.

Componentes:

- a. Actividades para mejorar la dotación de medicinas
- b. Actividades para crear y disponer de información actualizada sobre situación epidemiológica de las asociaciones (comunidades)
- c. Actividades para incrementar el personal médico
- d. Actividades para mejorar la eficiencia en la prevención de enfermedades

a. Actividades para mejorar la dotación de medicinas

Actividades	Recursos
Conformación de grupo de directivos de las asociaciones	Datos e informes anuales
Preparación de informe histórico de consumo	
Preparación de solicitud	
Envío del pedido en fecha oportuna, acompañando de cartas de las directivas de las comunidades involucradas	
Visita de los directivos de asociaciones a directivos del IESS campesino para exigir la dotación de insumos y medicinas	

b. Actividades para crear y disponer de información actualizada sobre situación epidemiológica de las asociaciones (comunidades)

Actividades	Recursos
Implementación de software	Equipo informático
Elaboración de mapa de cobertura, con identificación visible de tipo de enfermedad prevalente y dotación de servicios básicos	Papel bond Alfileres Cartulina
Colocación del mapa en sitio visible del dispensario para que el personal y los usuarios se informen	Cinta adhesiva Tarjetas
Difusión de la situación epidemiológica en las visita del equipo médico a las asociaciones	

El mapa es un instrumento gráfico que se actualizará constantemente con la información de los usuarios que acuden al dispensario. Se podrá localizar rápidamente situaciones de riesgo de salud y realizar acciones de prevención oportunamente.

c. Actividades para incrementar el personal médico

Actividades	Recursos
Elaboración de informes de atención médica con las correlaciones usuarios/ médico	Documentos Directivos de asociaciones usuarias Personal médico de Dispensario
Elaboración de solicitud de las comunidades	
Envío del pedido en fecha oportuna, acompañando de cartas de las directivas de las comunidades	
Acompañamiento de directivos de asociaciones usuarias ante las autoridades provinciales/nacionales	

d. Actividades para mejorar la eficiencia en la prevención de enfermedades

Actividades	Recursos
De Planificación y organización:	Aliados; GAD de provincia de Bolívar Recursos: Personal de enfermería del Dispensario
Elaboración de documentos para capacitación en prevención de enfermedades	
Preparación de cronograma de visitas coordinadas con las comunidades	

Adquisición de equipos de audio y vídeo	Huilloloma
Creación y preparación de los grupos promotores voluntarios de salud	Usuarios
De Ejecución	
Dictado de conferencias --foro para informar y educar en prevención	
Reuniones con grupos promotores voluntarios de salud de las comunidades.	
De control y evaluación	
Reuniones de evaluación de conocimientos y refuerzo en las comunidades (capacitación continua en prevención de la salud)	

Estructura de grupos promotores voluntarios de salud

Un coordinador(a)

10 miembros como mínimo, pertenecientes a la misma comunidad.

Funciones:

Proporcionar información al dispensario sobre posibles vectores, focos de insalubridad, casos .

Apoyar la ejecución de las actividades de prevención de salud, propuestas o coordinadas por el dispensario: mingas, conferencias, jornadas de prevención

Apoyar la satisfacción de necesidades de personal, infraestructura, dotación de medicinas al dispensario.

Evaluación:

Actividad	Indicador de éxito	Responsable	Tiempo
Actividades para mejorar la dotación de medicinas	Todas las comunidades entregan al dispensario las cartas de apoyo a la dotación completa y oportuna de medicinas Se concreta visita de dirigentes a las autoridades provinciales	Lcda. Mónica Galeas Baño	2 meses
Actividades para incrementar el personal médico	Todas las comunidades entregan al dispensario las cartas de apoyo para que se incremente el personal médico Se concreta visita de dirigentes a las autoridades provinciales		2 meses
Actividades para crear y disponer de información actualizada sobre situación epidemiológica de las comunidades	Todas las comunidades envían información Se construye el mapa de situación epidemiológica		4 meses
Actividades para mejorar la eficiencia en la prevención de enfermedades	Todas las comunidades forman grupos de promotores voluntarios de prevención de salud. Todos los grupos voluntarios apoyan las actividades de salud preventiva.		2 meses

12.3.5. Resultados esperados

- a. Dotación oportuna de medicinas para la atención a los usuarios
- b. Incremento de medidas preventivas de salud en las comunidades a las que atiende el dispensario Huilloloma
- c. Decremento de la atención curativa
- d. Incremento de personal médico

13. BIBLIOGRAFÍA

ABELLO MORALES, Emilio. Calidad de la Atención Medica: ¿Paciente o cliente?. Rev Med Hered [online]. 2001, vol.12, n.3 [citado 2013-08-14], pp. 96-99 . Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2001000300005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1018-130X.

ACEVEDO, R. (2011) La atención básica en salud en el municipio de Tres Ríos: un análisis de la gestión y organización del sistema de salud. Tesis de maestría .Río de Janeiro. Escuela Nacional de Salud Pública.

ACOSTA RAMIREZ, Naydú; VEGA ROMERO, Román. (2008) El caso de la implementación de la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud (APIS) en la localidad de Suba, Bogotá – Colombia. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá, v.7,n.14,June 2008. Consultado en <<http://www.scielo.org.co/scielo.php?>

script=sci_arttext&pid=S1657-70272008000100008&lng=en&nrm=iso>. access
27 abril de 2013.

AMANGANDI SINCHIPA NANCY. 2009. Intervención de la enfermera en el programa de educación y prevención en los pacientes con leishmaniasis en la comunidad de Huilloloma de la parroquia de BALSAPAMBA, CANTÓN SAN MIGUEL, PROVINCIA DE BOLIVAR EN EL PERIODO DE NOVIEMBRE 2008 A SEPTIEMBRE 2009". TESIS DE GRADO Licenciatura en Ciencias de la Enfermería

ASE Ivan; BURJOVICH Jacinta. (2009) La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. Salud colectiva [revista en la Internet]. Abr [citado 2013 Abr 15] ; 27-47. Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000100003&lng=es

BEATO, M.S.F.; STRALEN, C.J.; PASSOS, I.C.F. (2011) Un análisis del discurso sobre el sentido de la promoción de salud incorporado a la Estrategia de Salud de la Familia. Interface – Comunicación/ Salud/educación. V.15, n.37, p.529-37.

BERNAL I, Louro. (2008) Enfoque familiar en la atención sanitaria integral. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. Salud y Medicina. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. p. 437.

BLANCO RESTREPO, Jorge; MAYA MEJÍA José María. (2005). Fundamentos de salud pública. Tomo I. 2º edición. Corporación para investigaciones biológicas (CIB)

BOWER, Joseph (1995). Oficio y Arte de la Gerencia. Volumen I. Escuela de Administración de Empresas Harvard. Colombia: Grupo Editorial Norma.

BURMESTER, Haino. (1997). Reflexiones sobre los programas hospitalarios de garantía de calidad. Revista Panamericana de Salud Pública, 1(2), 149-154. Consultado Junio 01, 2013, de: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891997000200017&lng=en&tlng=es.10.1590/S1020-49891997000200017.

CARNICERO Javier , ROJAS David,. (2010) Aplicación de las tecnologías de la información y las comunicaciones en los sistemas de salud de Bélgica, Dinamarca, España, Reino Unido y Suecia. CEPAL, División de desarrollo social. Chile

COMES, Yamila et al. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Anu. investig. [online]. 2007, vol.14 [citado 2013-06-02]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100019&lng=es&nrm=iso. ISSN 1851-1686.

COMISIÓN EUROPEA. 2007. Libro Blanco. Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013) Comisión de las comunidades europeas. Bruselas. 12 p

CONGRESO LATINOAMERICANO DE SALUD PÚBLICA (2012). VIII Jornadas Internacionales de Salud Pública. Simposio de Salud Mental y Salud Pública: propuestas para intervenciones sostenibles. Córdoba, Argentina.

CROSBY, PHILIP. (1979) La calidad no cuesta. El arte de cerciorarse de la calidad. Compañía Editorial Continental S.A.

DE GEYNDT W. (1995) Gestión de la calidad de la atención sanitaria en países en desarrollo. . Washington, DC: World Bank.

DELCORE, Loredana. (2004) Cultura Organizacional y Reforma del Sector Salud - Condición Necesaria para el Cambio. *Rev. cienc. adm. financ. segur. soc* vol.12, n.1. Consultado 7 de abril de 2013. pp. 35-40. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592004000100004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1409-1259.

DE LELLIS, Martín, CASANOVA, Patricia. (2006) La estrategia de atención primaria de la salud a casi tres décadas de su formulación. Cátedra de Salud pública y Salud mental I. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

Diario La Hora. http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101369158/-1/Seguro_Campesino_prev%C3%A9 remodelaci%C3%B3n.html#.UXG2ZUqFn
nY)

Diario El Mercurio. Beneficios del Seguro Social Campesino.. 24 septiembre, 2010. Consultado el 11 de diciembre de 2012. Disponible en <http://www.elmercurio.com.ec/252818-beneficios-del-seguro-social-campesino.html>

DOMÍNGUEZ-ALONSO, Emma; ZACEA, Eduardo. (2011). Sistema de salud de Cuba. Salud Pública de México, 53(Supl. 2), s168-s176. Recuperado en 16 de abril de 2013, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800012&LNG=ES&TLNG=ES .

FERNÁNDEZ-LÓPEZ Juan Antonio, FERNÁNDEZ-FIDALGO María, CIEZA ALARCOS. (2010) Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Rev. Esp. Salud Publica [en internet] 2010 . Consultado mayo 17 2013. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000200005&lng=es.

FRANCO LM, et al. (1994) El logro de la calidad a través de la resolución de problemas y mejora de procesos. Bethesda, MD: QA Project. (Serie Perfeccionamiento metodología QA)

FUERTES JUSTICIA ,Jaime Elicio. (2010) “Planificación estratégica para el centro de atención Ambulatoria - Cotocollao del instituto ecuatoriano de Seguridad social (IESS)” periodo 2010-2013”.Tesis de Grado. Centro Universitario: Quito.

GARCÍA ECHEVARRÍA, Santiago; del VAL NÚÑEZ, María Teresa. (1993) Cultura corporativa y competitividad de la empresa española. Ed Díaz de Santos. Serie Management. 92 p.

GAVILÁNEZ RAMOS, Fernando Félix; ORTIZ ZAMBRANO, Zoila del Rocío (2009) Estudio de Satisfacción en la calidad del servicio para medir la relación que existe entre el Cliente Interno y Externo de la Dirección Provincial del Guayas del Instituto Ecuatoriano De Seguridad Social (IESS). Tesis de grado. Ingeniería Comercial y Empresarial, especialización Comercio Exterior y Marketing. Escuela Superior Politécnica del Litoral.

GONZÁLEZ DAGNINO, A. (1994) Calidad total en atención primaria de salud. Madrid. Ediciones Díaz de Santos. p14

GOBIERNO PROVINCIAL DE BOLÍVAR .(2006) Informe ODM Bolívar, Estado de Situación. CISMIL, PRO-ODM, CONCOPE, AECI. UNDP, Quito.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2010). [www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculos _ provinciales/bolivar.pdf](http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculos_provinciales/bolivar.pdf)

JARAMILLO J. (2003) Gerencia y administración de servicios médicos y hospitales. San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica, Editora Nacional de Salud y Seguridad Social. p 50

LARREA NOROÑA, JUAN JOSÉ. 2008. Plan estratégico con Balanced Scorecard para el Hospital del IESS de Latacunga. Tesis de grado. Escuela Politécnica del Ejército. Sede Latacunga.

LLINÁS DELGADO, Adalberto E. (2010). Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema. Salud, Barranquilla . 143-154. Consultado el 15 de abril de 2010 en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522010000100014&lng=en.

LUCIO , Ruth; VILLACRÉS, Nilhda; HENRÍQUEZ, Rodrigo 2011) Sistema de salud de Ecuador. Salud Pública. Méx 2011; Vol. 53(2):177-187

MARTÍN ZURRO, A, CANO PÉREZ, J F. (2003). Atención primaria, Conceptos, organización y práctica clínica. Vol 1. 5ª edición. Elsevier. España. 520 p

MAYA MEJÍA JM. (2003) Capítulo 2, Sistemas de servicios de salud. En: Fundamentos de salud pública tomo II (administración De la salud pública., 1ª edición. Editores: Blanco Restrepo H. y Maya Mejía JM. Medellín.

McCAULEY A, SALTER C. Satisfacción del cliente. En: La importancia de la calidad. Population Information Program, Center for Communication Programs, Johns Hopkins University School of Public Health. USA. 1998

MEZA LÓPEZ Valeriano, GASSÓ Teresa et al. Celadores. (2006) Temario y Test específico. MAD. 1era ed. Madrid.388 p

MINISTERIO DE SALUD, ECUADOR (2013) Manual Operativo red nacional integrada de servicios de salud. Red Publica integral de salud- red privada complementaria version preliminar final 1.3

ORTIZ ESPINOSA, Rosa María; MUNOZ JUAREZ, Sergio y TORRES CARRENO, Erick. (2004) Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México. *Rev. Esp. Salud Publica* online. vol.78, n.4 Consultado el 07 de julio de 2013 pp.527-537. Disponible en: <<http://scielo.isciii.es/scielo.php?>

script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000400010&lng=es&nrm=iso>. ISSN
1135-5727.

PAGANINI, José María. (1998). La cobertura de la atención de salud en América Latina y el Caribe. Revista Panamericana de Salud Pública, 4(5) Consultado ved agosto 03, 2013, desde http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891998001100003&lng=en&tlng=es. 10.1590/S1020-49891998001100003.

PALACIOS SANTANA, Mary Elizabeth.(2012). Mejoramiento en la calidad de atención al paciente diabético del Dispensario del Seguro Social Campesino los Bajos del Pechiche del cantón Montecristi. Tesis de Magíster en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local. UTPL, Manta. pp. 137. Disponible en <http://dspace.utpl.edu.ec/handle/123456789/3755>

PEZÁNTES LEÓN, MARY GRACIELA. 2010 Supervivencia, rentabilidad y crecimiento. Guía Didáctica; Modulo II , IV ciclo . Maestría en Gerencia de Salud para el desarrollo local. Universidad Técnica Particular de Loja

POLÍTICAS Y PROGRAMAS SOCIALES. Serie Políticas sociales. Disponible en: http://www.eclac.org/publicaciones/xml/7/23777/sps114_lcl2450.pdf

PUENTES VACCA, Jeimy Senaida, TORRES RUDA, Yuri Marcela . (2012) Atención Primaria en Salud en Latinoamérica: Revisión Temática,. Universidad

Nacional de Colombia. Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública
Bogotá D.C., Colombia

ROSSSANDER, C. (1994). Los catorce puntos de Deming aplicados a los
servicios. Díaz de Santos. España, 176 p

ROBBINS, Stephen (2004). Comportamiento Organizacional. Teoría y Práctica.
México: Ed. Prentice Hall. 816 p.

SASSO, Jimena. La seguridad social en el Ecuador, historia y cifras (Cifras). En:
Actuar en mundos plurales. Boletín de Análisis de Políticas Públicas, Quito:
FLACSO sede Ecuador, (no.6, enero 2011): pp. 19-21

SCHEIN, Edgar (1992). Cultura Organizacional y Liderazgo. Barcelona,.

STONER, James (1996). Administración. México: Edit. Prentice Hall.

SOLLAZZO A, BERTERRETICHE R. El Sistema Integrado de Salud en
Uruguay. *Ciência & Saúde Coletiva*, (São Paulo) 2011; Vol 16 (6): 2829-2840

VALDEZ PAZ, Juan; ESPINA, Mayra. (2011) América Latina y el Caribe: la
política social en el nuevo contexto. *Enfoques y experiencias*. Repensar , vol 2.

FLACSO. Oficina regional de ciencia para América Latina y el Caribe Proyecto. ,
Montevideo, Uruguay.

VARELA MORA NORMA LIZABETH (2011) Estrategia de gestión de
comunicación para mejorar la cultura Organizacional en el hospital IESS-Milagro.
Tesis de grado. Universidad Estatal de Milagro.

VEGA R, MARTÍNEZ J, ACOSTA N. Evaluación rápida del desempeño de la
red pública de servicios de salud de Suba en el logro de los atributos de la
Atención Primaria de Salud – APS. Rev. Gerenc. Polit. Salud 2009. 8 (16): 165-
190

WILLIAMS, Guillermo I. (2010) Calidad de los servicios de salud . Programa
Nacional de Garantía de la calidad de la atención médica. Consultado enero 12 de
julio de 2013. Disponible en: med.unne.edu.ar/catedras/aps/clases/28_calidad.pdf

ZLATAR M. (1998) Espíritu y Doctrina en las Instituciones Hospitalarias. Tema
expuesto en el III Simposio sobre Filosofía de la Medicina. Universidad Peruana
Cayetano Heredia. Diciembre de 1998.

http://www.elcomercio.ec/negocios/afiliacion-Seguro-Social-subio_0_621538073.html. ElComercio.com

http://www.elnuevoempresario.com/emprendimiento_26397_seguro-social-campesino-de-ecuador-con-nuevo-modelo-de-salud.php

<http://www.misereor.gob.ec/home/index.php/unidades/subcentros/bomboiza/138-la-salud-en-el-sector-rural>

<http://www.elpais.com.co/elpais/colombia/noticias/denuncian-graves-problemas-acceso-salud-en-zonas-rurales>. Viernes, Noviembre 26, 2010

14. ANEXOS

Anexo N° 1. Encuesta a usuarios

Pregunta 1. ¿Es fácil para Usted llegar al Dispensario?

Totalmente fácil

Medianamente fácil

Difícil

Muy difícil

Pregunta 2. ¿La topografía del área permite un fácil acceso al Dispensario

Huilloloma?

Totalmente

Parcialmente

Dificulta

Pregunta 3. ¿Cuáles medios de transporte utiliza para llegar al Dispensario?

Autobús o similar

Vehículos ligeros

Solamente acémilas

Ninguno

Pregunta 4. ¿Ha tenido dificultades para comprender las indicaciones médicas?

Muchas veces, no se entiende el lenguaje

Pocas veces

Nunca

Pregunta 5 ¿Cómo califica la atención en el dispensario Huilloloma?

Muy buena

Buena

Regular, debe mejorar

Deficiente

Pregunta 6 ¿Cuáles son los aspectos que le disgustan de la atención que recibe en el dispensario Huilloloma?

Falta de medicinas

No realizan exámenes

Tardanza en los trasferencias a hospitales

No cumplen el horario de trabajo

Mucho tiempo de espera

No hay atención de emergencia después de jornada laboral

Ninguno

Pregunta 7 ¿Cuáles son los aspectos que le gustan de la atención en el Dispensario Huilloloma?

Medicinas suficientes

Diagnóstico acertado

Buen trato

Cumplen el horario de trabajo

El tiempo de espera es corto

Se interesan por el paciente

Pregunta 8. ¿Regresaría para que lo atiendan?

Seguro

Parcialmente seguro

No regresaría

Pregunta 9. ¿Cómo realiza el personal médico las actividades educativas en salud preventiva?

Con charlas

Con materiales impresos

Con equipos de audio y vídeo

Pregunta 10 ¿Se encuentra satisfecho de la atención que recibe en el Dispensario

Huilloloma?

Totalmente satisfecho

Parcialmente satisfecho

Poco satisfecho

Insatisfecho

Anexo N° 2. Entrevista al personal médico del dispensario Huilloloma.

Pregunta 1. ¿Cómo la ubicación del dispensario influye en el acceso al Dispensario Huilloloma?

Pregunta 2. ¿Los usuarios comprenden las indicaciones médicas?

Pregunta 3. ¿Existen costumbres de los usuarios que hayan dificultado la aplicación de recomendaciones médicas?

Pregunta 4 ¿Cuáles son los aspectos que disminuyen la calidad de la atención que brindan en el dispensario Huilloloma?

Pregunta 5 ¿Los usuarios han colaborado de alguna manera para el mejoramiento del servicio?