



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**VICERRECTORADO DE INVESTIGACION Y POSGRADO**  
**CENTRO DE ESTUDIO DE POSGRADO**



**TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL**

**TÍTULO DE:**

**MAGÍSTER EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

**TEMA:**

**“ESTRATEGIA DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL DR. ALFREDO J. VALENZUELA DEL CANTÓN GUAYAQUIL DE LA PROVINCIA DEL GUAYAS”.**

**AUTOR:**

Dra. Erlinda Humbelina Herdoiza Ortega

**TUTOR:**

Dr. Marcelo Vargas Velasco

**Babahoyo – Los Ríos – Ecuador**

**2015**



## **CERTIFICACIÓN**

Certifico que el presente trabajo de titulación **“ESTRATEGIA DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL DR. ALFREDO J. VALENZUELA DEL CANTÓN GUAYAQUIL DE LA PROVINCIA DEL GUAYAS”**, elaborado por la Dra. Erlinda Humbelina Herdoiza Ortega egresada de la maestría en gerencia en servicios de salud, se han realizado todas las correcciones que el tribunal de sustentación sugirió a la defensa de la tesis.

Babahoyo, 19 de diciembre de 2015

---

Dr. Marcelo Vargas Velasco, Msc

**TUTOR**



## **Dedicatoria**

Con amor a mis padres

LUCIA ORTEGA

AMABLE HERDOIZA

A mis hijos

LEANDRO HURTADO

ANDRÉS HURTADO

VANESA ALEXANDRA

A mi nieta

ANDREA FIORELLA

Quienes llenaron de amor cada uno de mis días, por su paciencia y comprensión en este sacrificado y duro camino en busca de mi superación profesional.

A ellos que son mi aliciente y la fuerza que me impulsa y me obliga a ser mejor cada día.

## **Agradecimiento**

A Dios nuestro creador, por haber iluminado mi camino guiarme por el sendero del bien y del conocimiento.

A las instituciones que dieron el apoyo para q esta investigación salga a delante en especial al hospital Dr. Alfredo J. Valenzuela de la ciudad der Guayaquil Provincia del Guayas, a la Universidad Técnica de Babahoyo y la Unidad de Posgrado por las facilidades prestadas durante el proceso investigativo.

Al director de mi maestría Dr. Marcelo Vargas Velasco y a todos los docentes que me han enriquecido intelectualmente con sus conocimientos y experiencias.

Especialmente al señor ingeniero magister Fabián toscano Ruiz, director del Centro de Estudio de Posgrados Babahoyo Provincia de Los Ríos, por su invaluable apoyo y a todas aquellas personas q una u otra forma han colaborado para la realización de mi tesis.

## **CERTIFICACION DE AUTORIA**

Son de mi absoluta responsabilidad las ideas, doctrinas, resultados y propuestas expuestas en el presente trabajo de investigación, y los derechos de autoría del mismo pertenecen a la Universidad Técnica de Babahoyo.

**Herlinda Humbelina Herdoiza Ortega**

## RESUMEN

El Hospital Neumológica Dr. Alfredo J. Valenzuela es un hospital de especialidad neumológica de referencia a nivel nacional, está localizado en la provincia del Guayas, en la ciudad de Guayaquil en las faldas del Cerro El Carmen a 45 metros sobre el nivel del mar, asentado en un terreno de 53.659.96 mts.2 y un área total aproximada de construcción horizontal de 29.000 mts2. El terreno donde se levanta la edificación pertenece a la Junta de Beneficencia de Guayaquil, la actividad médica del hospital es control de la propagación y/o contagio de enfermedades respiratorias infecciosas, como el caso de la tuberculosis. Las áreas de hospitalización son sumamente amplias y ventiladas, y cumplen con normas de bioseguridad y de vigilancia epidemiológica, manteniendo la separación en las salas de los pacientes sin tuberculosis de los casos de TB sensible, TB MDR y TB XMDR; aplicando el sistema de cohortes que permiten optimizar en la medida de las posibilidades los espacios disponibles.

La cartera actual de servicios es la siguiente dispone de 232 camas distribuidas en 8 salas de hospitalización y una sala de cuidados intensivos; contamos además con quirófano y salas de procedimientos, emergencias las 24 horas del día, laboratorio clínico, farmacia, servicios de imagenología (ecografía y rayos X), terapias respiratorias y de salud mental, nutrición y servicio de cocina, consulta externa con atención en patologías respiratorias, interconsultas de especialidades como cardiología, servicios de nutrición y dietética para tratamientos especialmente en el caso de pacientes con diabetes y para el cuidado de las dietas de pacientes hospitalizados con bajo peso; así como servicio de consultas de pediatría y odontología. Contamos con atención en el área de consulta externa en horas hábiles y días laborables y nuestra emergencia funciona las 24 horas todo el año. Adicionalmente, con los servicios accesorios que el MSP solicita como Salud Reproductiva, entre otros.

**Palabras claves:** Estrategias de salud, calidad de vida y atención por preferencia

## ABSTRAC

Neumológico Hospital Dr. Alfredo J. Valenzuela is a specialty hospital pulmonology reference nationally is located in the province of Guayas, in the city of Guayaquil on the slopes of Cerro El Carmen to 45 meters above sea level, settled on a land of 53.659.96 mts.2 and an approximate total area of 29,000 m2 horizontal construction. The land on which the building stands belongs to the Guayaquil Welfare Board, the hospital medical activity is controlling the spread and / or spread of infectious respiratory diseases such as tuberculosis case. Hospital areas are very spacious, airy, and comply with biosafety standards and surveillance, maintaining the separation in the rooms of patients without tuberculosis cases of sensitive TB, MDR TB and TB XMDR; applying the cohort system to optimize the extent of the possibilities available space.

The current portfolio of services is the next has 232 beds spread over 8 wards and intensive care; we also have operating room facilities and procedures, emergencies 24 hours a day, clinical laboratory, pharmacy, imaging services (ultrasound and X-rays), respiratory therapy and mental health, nutrition and kitchen facilities, outpatient care with pathologies respiratory, interconsultations specialties such as cardiology, nutrition and dietetics services especially treatment for patients with diabetes and care diets of hospitalized patients with low weight; as well as consultation service and pediatric dentistry. We focus on the outpatient area on working hours and working days and our emergency works 24 hours round. Additionally, the core services that the MSP request as reproductive health, among others.

**Keywords:** Strategies of health, quality of life and care preference



## INDICE

PORTADA.....	I
CERTIFICACION TUTOR .....	II
CERTIFICAION URKUND.....	III
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
CERTIFICACION DE AUTORIA.....	VI
RESUMEN .....	VII
ABSTRAC .....	VIII
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. TEMA .....	3
3. MARCO CONTEXTUAL .....	3
3.1. CONTEXTO INTERNACIONAL.....	3
3.2. CONTEXTO NACIONAL .....	5
3.3. CONTEXTO INSTITUCIONAL .....	6
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	10
5.1. PROBLEMA GENERAL .....	10
5.2. PROBLEMAS DERIVADOS .....	10
6. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
7. JUSTIFICACIÓN .....	12
8. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
8.1. OBJETIVO GENERAL.....	13
8.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	14
9. MARCO TEÓRICO.....	14
9.1. MARCO CONCEPTUAL.....	14
9.2. ESTRATEGIAS DE SALUD.....	14

9.3.	LA REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD .....	19
9.4.	CALIDAD DE VIDA PARA PACIENTES DE EM .....	24
10.	POSTURA TEÓRICA .....	30
11.	HIPÓTESIS .....	30
11.1.	HIPÓTESIS GENERAL .....	30
11.2.	SUB HIPÓTESIS .....	30
11.3.	TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	32
11.4.	MUESTRA.....	35
11.5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	52
12.	PROPUESTA DE APLICACIÓN DE RESULTADOS.....	54
13.	BIBLIOGRAFIA.....	73
14.	ANEXOS .....	75

## 1. INTRODUCCIÓN

Las estrategias de Salud la estaremos determinado a través de las consultas realizadas el año pasado se destacó la importancia de la función que podía desempeñar la OMS en el plano internacional en favor del fortalecimiento de los sistemas de salud en un mundo en constante cambio. Cuando procura mejorar los sistemas de salud que aún no ofrecen a todos servicios adecuados y equitativos, la OMS se enfrenta con muchos de los mismos problemas que los países. ¿Cómo definir clara y concretamente las medidas que se han de adoptar? ¿Cómo crear vínculos más sólidos entre los programas, los asociados, los donantes, los organismos de ayuda y los países? ¿Cómo dotarse de los medios que permitan afrontar los problemas actuales y determinar cuáles serán los desafíos del futuro? (OMS, 2015)

Actualmente las estrategias de salud y la calidad de vida de los pacientes realizan principalmente en los Centros de Atención Primaria de Salud (APS) del Ministerio de Salud Pública. La investigación se desarrolla en la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas en la cual existe un considerable número de pacientes con patologías de Tuberculosis.

Para el desarrollo del trabajo investigativo de tipo cuantitativo, se involucra a los pacientes que asisten a consulta externa y que se encuentran hospitalizados en el Hospital Dr. Alfredo J. Valenzuela que atiende a pacientes de las parroquias urbanas de la ciudad, así como de cantones aledaños a la ciudad de Guayaquil, o que son referenciados de otras provincias.

La investigación es fundamentalmente teórica, por lo que se utiliza el método científico y técnicas como la observación de campo dónde se analizará el servicio que brinda Hospital Dr. Alfredo J. Valenzuela a los pacientes con patologías de diferente índole, entrevistas a directivos y personal médico en la que se pretende identificar los procesos y caracterización de las enfermedades recurrentes, así como los procesos y normas de calidad que se utilizan en el tratamiento y hospitalización, aplicando encuestas a pacientes para identificar las características del servicio y su opinión acerca del tratamiento recibido.

## **2. TEMA**

“Estrategia de salud y calidad de vida en los pacientes del hospital Dr. Alfredo J. Valenzuela del cantón Guayaquil, provincia del Guayas.”

## **3. MARCO CONTEXTUAL**

### **3.1. Contexto Internacional**

Dado que la salud es uno de los requisitos esenciales para un buen desempeño en materia laboral, el Estado desea controlarla a fin de garantizar el ejercicio pleno del poder, su legitimidad, además de practicar —si se presenta la necesidad— el monopolio de la violencia para perpetuar el orden social. En este trabajo de reflexión teórica se parte de la siguiente hipótesis: en el siglo XVII, el poder soberano correspondía a quien podía garantizar la vida de sus súbditos mediante el poder sobre la vida a través de la muerte; en la época contemporánea, el poder tiene la misma perspectiva de garantizar la vida, sólo que a través de una tecnología inversa, que consiste en hacer vivir o dejar morir (biopoder). Su ejercicio no lo efectúa un gobierno monárquico sino uno democrático que incide sobre las poblaciones para su control sobre el cuerpo y sobre la vida en general (Tejada, 2011).

Según un informe del departamento de Sanidad, el 94% de las residencias para mayores violan las normas de sanidad y/o de trato a los pacientes. En el 17% de los casos, la situación supone un peligro directo para la salud de los residentes.

Las violaciones consisten en falta de higiene, maltrato a los pacientes (un 20% de los casos), errores con los medicamentos o mala nutrición (Way, 2015).

En el 2006, la calidad de vida de los pacientes fueron notificados 20.533, la tasa de morbilidad fue de 77.4/100 000 habitantes, siendo el grupo etáreo de los adolescentes y adultos jóvenes los mayormente afectados y por tanto su capacidad de producción disminuida, situación alarmante en la economía del país, por lo cual es considerado un problema de salud pública surgiendo así la Estrategia de Salud Control da como respuesta a esta realidad, cuyo objetivo es brindar atención integral a la persona, familia y comunidad con riesgo a enfermar y morir por tuberculosis. (MINSA, 2000)

Frente a esta problemática la OMS, inicia una campaña bienal cuyo objetivo es inspirar la innovación en materia de investigación y atención de esta enfermedad. La campaña se inspira en los nuevos y ambiciosos objetivos y metas del Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2011-2015 presentado en octubre de 2010. Este nuevo plan señala por vez primera las lagunas de investigación que deberán colmarse para sacar al mercado pruebas de diagnóstico rápido de la enfermedad, regímenes terapéuticos más cortos y una vacuna plenamente eficaz. (OMS, 2010)

En países desarrollados, entre el 50% y 60% de los usuarios no cumplen el tratamiento médico, cuya razón aún no encuentra una respuesta satisfactoria. El abandono a los tratamientos se debe a los factores más importantes que

condicionan cepas más resistentes, traducándose en aumento de la incidencia y mortalidad. (Salazar Gonzales, 2001)

### **3.2. Contexto nacional**

Este panorama es más crítico en el Ecuador donde el modelo de desarrollo económico ha generado consecuencias negativas como: sub-empleos, desempleos, bajo ingreso per cápita que genera pobreza extrema, las cuales son el origen de los múltiples factores que condicionan la permanencia del foco infeccioso de la enfermedad, los cuales son el déficit de saneamiento ambiental, hacinamiento, poca accesibilidad a los servicios de salud, deficiente educación para la salud y estrés social.

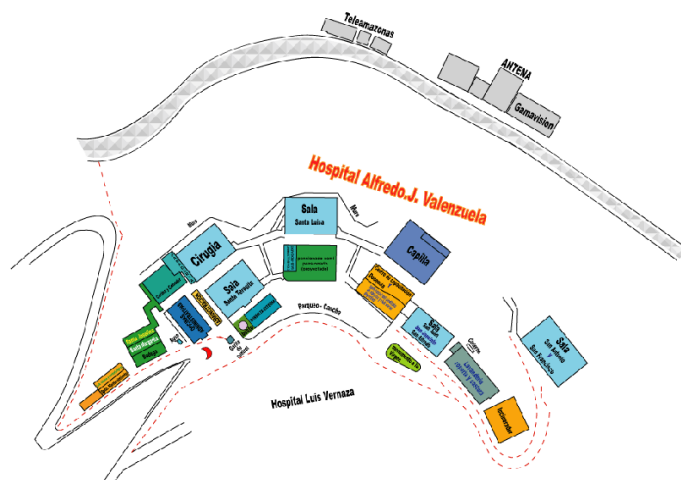
El Ministerio de Salud Pública del Ecuador en su compromiso de brindar calidad y calidez en el ámbito de la salud ha diseñado el programa Respira Ecuador contra la Tuberculosis, donde se encontrará información de utilidad para los pacientes en tratamiento, así mismo para personas que quieran conocer acerca de la enfermedad y cómo prevenirla, adicionalmente está dirigida a quienes rodean a las personas que se encuentran bajo tratamiento médico (amigos, familiares, profesionales de la salud).

En Ecuador esta enfermedad continúa siendo un problema de salud pública; el territorio es considerado de mediana carga de tuberculosis. La intervención directa del Ministerio de Salud Pública ha permitido incrementar el porcentaje de cura. En 2013 el porcentaje de cura fue del 73,86%, y la meta para este año es llegar al 85%.

En el caso de que el paciente no asista a su tratamiento, el personal del MSP acude al domicilio para hacer seguimiento del caso y no descuidar el proceso curativo.

### 3.3. Contexto Institucional

El Hospital Neumológica Dr. Alfredo J. Valenzuela es un hospital de especialidad neumológica de referencia a nivel nacional, está localizado en la provincia del Guayas, en la ciudad de Guayaquil en las faldas del Cerro El Carmen a 45 metros sobre el nivel del mar, asentado en un terreno de 53.659.96 mts.2 y un área total aproximada de construcción horizontal de 29.000 mts2. El terreno donde se levanta la edificación pertenece a la Junta de Beneficencia de Guayaquil, que lo cedió en comodato o Préstamo de Uso a la institución que lo construyó y a la que perteneció el Hospital Valenzuela es decir, a la Liga Ecuatoriana Antituberculosa (LEA).





“Nuestra Institución fue fundada por la Liga Ecuatoriana Antituberculosa (LEA) e inaugurada el 1 de Julio de 1946, misma que fue denominada Sanatorio Alfredo J. Valenzuela, en honor al Dr. Alfredo José Valenzuela Valverde, fundador de LEA y mentor del hospital. Al desaparecer LEA como organismo, el hospital fue incorporado al naciente Ministerio de Salud Pública, el 20 de Diciembre de 1973 mediante decreto No 1346 del registro oficial 457. Por los años ochenta se comenzó hablar del Hospital Valenzuela, no como hospital sanatorio sino como Tisoneumológico y luego solo como neumológico” (Revista Respirar Ed. No 1 del 2006 del HNAV).

La ubicación geográfica del hospital en las laderas del Cerro del Carmen, garantiza la ventilación natural y la dotación de luz solar, lo cual está acorde a los lineamientos en cuanto al control de la propagación y/o contagio de enfermedades respiratorias infecciosas, como el caso de la tuberculosis. Las áreas de hospitalización son sumamente amplias y ventiladas, y se cumplen con normas de bioseguridad y de vigilancia epidemiológica, manteniendo la separación en las salas de los pacientes sin tuberculosis de los casos de TB sensible, TB MDR y TB XMDR; aplicando el sistema de cohortes que permiten optimizar en la medida de las posibilidades los espacios disponibles.

Somos una unidad de salud de tercer nivel, por lo cual estamos en el proceso de migrar hacia la atención por referencia desde otras unidades de salud de menor complejidad, aplicando el Sistema de Referencia y Contrarreferencia, de acuerdo a lo dispuesto por la normativa legal, sin embargo, aún la mayor parte de nuestros pacientes al menos en consulta externa se generan por demanda espontánea. Como unidad hospitalaria pública de Nivel III formamos parte de la Red Pública Integrada de Salud (RPIS), conformada por las unidades del Ministerio de Salud Pública y por las unidades de salud privadas por medio de la Red Complementaria de Salud (RCS).

#### 4. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

En la actualidad, contamos con 232 camas habilitadas, distribuidas en 8 salas de hospitalización y una sala de cuidados intensivos; contamos además con quirófano y salas de procedimientos, emergencias las 24 horas del día, laboratorio clínico, farmacia, servicios de imagenología (ecografía y rayos X), terapias respiratorias y de salud mental, nutrición y servicio de cocina, consulta externa con atención en patologías respiratorias, interconsultas de especialidades como cardiología, servicios de nutrición y dietética para tratamientos especialmente en el caso de pacientes con diabetes y para el cuidado de las dietas de pacientes hospitalizados con bajo peso; así como servicio de consultas de pediatría y odontología. Contamos con atención en el área de consulta externa en horas hábiles y días laborables y nuestra emergencia funciona las 24 horas todo el año. Adicionalmente, con los servicios accesorios que el MSP solicita como Salud Reproductiva, entre otros.

<b>HOSPITALIZACION</b>		<b>2013</b>	<b>2014</b>
<b>ALTAS</b>		2.222	2.186
<b>TOTAL DE DEFUNCIONES</b>	MENOS 48 HORAS	37	46
	MAS 48 HORAS	254	291
	TOTAL	291	337
<b>TOTAL DIAS ESTADA</b>		50.821	48.110
<b>TOTAL DIAS PACIENTE</b>		56.158	49.250
<b>DIAS CAMAS DISPONIBLES</b>		95.067	87.724
<b>INDICE DE OCUPACION HOSPITALARIA</b>		60%	56,10%
<b>INDICE DE GIRO DE CAMAS</b>		8,10%	10,50%
<b>DOTACION OPERATIVA DE CAMAS</b>		248	248

Persiste como un problema de salud pública a nivel mundial y esto incluye a Ecuador. A fines del siglo pasado ocurrió, un resurgimiento de esta enfermedad en países desarrollados y en desarrollo, por el aumento de las poblaciones vulnerables y de migraciones derivadas de guerras y hambrunas, pero, principalmente, por el descuido en que cayeron los programas de control en la mayoría de los países. Para afrontar este problema, los objetivos de desarrollo del milenio de la Organización de Naciones Unidas (ONU) han establecido en sus metas para el 2015 reducir a la mitad la incidencia de la tuberculosis encontrada en 1990.

Se logró controlar la sintomatología, debido que a su nutrición mejora por las dietas balanceadas que da el hospital, sin embargo una vez dado el alta el paciente continua con su habita de fumar.

Los niveles gobernantes tienen un programa de capacitación sin embargo no socializan con los niveles operativos (departamento administrativos y unidades médicas).

Los profesionales de la salud tantos médicos como enfermeras, casi el 80% están por cumplir su actividad diarias.

Los soportes tecnológicos (hardware y software) están limitados, las salas de hospitalización tratar de mejorar sus historias clínicas a mano.

Siendo un hospital de especialidad no tiene tomógrafo.

## **5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **5.1. Problema general**

¿Cómo determinar las estrategias de salud y calidad de vida en los pacientes que asisten al Hospital neumológico Dr. Alfredo J. Valenzuela de la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas?

### **5.2. Problemas derivados**

¿Realizar un análisis situacional con los grupos de interés del Hospital neumológico Dr. Alfredo J. Valenzuela de la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas?

¿De qué manera el impacto de los procesos afecta en la calidad de atención de los pacientes en las unidades operativas del hospital?

¿De qué manera la deficiencia en las estrategias operativas afecta la calidad de vida de los pacientes del Hospital neumológico Dr. Alfredo J. Valenzuela de la ciudad de Guayaquil?

## 6. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

<b>Objeto de estudio</b>	Estrategia de salud y calidad de vida de los pacientes
<b>Campo de acción</b>	Salud
<b>Área</b>	Administrativa
<b>Aspecto</b>	Disminución de los efectos
<b>Delimitación espacial</b>	La investigación se efectuará en el Hospital neumológico Dr. Alfredo J. Valenzuela de la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas.
<b>Delimitación temporal</b>	Este trabajo de investigación se realiza durante el segundo trimestre del año 2015 (Abril – Junio)
<b>Delimitación conceptual</b>	<b>Palabras claves:</b> Estrategias de salud, calidad de vida.

## 7. JUSTIFICACIÓN

En este marco, el estudio de investigación es relevante porque analiza la salud pública, donde los funcionarios médicos y paramédicos cumplen un rol protagónico dentro del control de los pacientes, en su mayoría se considera al usuario como un ente exclusivamente biológico y por lo tanto la actividad predominante es la administración del tratamiento farmacológico y desestiman la estrategia de la información, educación, comunicación en el cuidado que como persona integral debe tener todo usuario de salud.

Considerando que en la ciudad de Guayaquil su población es muy extensa, la incidencia de enfermedades es alta, la misma que se evidencia en los casos reportados por el Hospital neumológico Dr. Alfredo J. Valenzuela, es importante una atención integral con procedimientos donde la relación paciente- hospital debe generar niveles de satisfacción adecuados.

Algunas enfermedades son calificadas como un problema de trascendencia social, fundamento epidemiológico que exige la participación efectiva de cada uno de los usuarios, sus familias y comunidad para su erradicación, por lo que se requiere una atención con calidez y calidad.

Este proyecto es viable porque en el establecimiento de salud del Hospital neumológico Dr. Alfredo J. Valenzuela se cuenta con la información necesaria y

la colaboración del personal y pacientes, así como de los directivos. Además la investigadora cuenta con la experticia en el tema.

Es pertinente porque mientras en el mundo la pobreza mantenga los índices que tiene, especialmente en los países latinoamericanos, donde la exclusión de los más pobres sigue siendo un determinante de la salud, donde se va a considerar las estrategias de salud y calidad de vida de pacientes, con indicadores por multidrogoresistencia se incrementan.

Es relevante, porque en la ciudad de Guayaquil y específicamente en el Hospital neumológico Dr. Alfredo J. Valenzuela, donde la prevalencia de multidrogoresistencia está vinculada al abandono del tratamiento.

El trabajo investigativo es considerado un referente, para el seguimiento de la planificación a largo plazo que el hospital realiza en las diferentes áreas operativas, administrativa y de apoyo. Analiza los grupos de interés: pacientes, directivos, servidores públicos, personal sindicalizado, proveedores y organismos internacionales

## **8. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **8.1. Objetivo general**

Analizar las estrategias de salud y calidad de vida de los pacientes que asisten al Hospital neumológico Dr. Alfredo J. Valenzuela de la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas.

## **8.2. Objetivos específicos**

Realizar un análisis situacional con los grupos de interés del Hospital neumológico Dr. Alfredo J. Valenzuela de la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas

Identificar el impacto de los procesos afecta en la calidad de atención de los pacientes en las unidades operativas del hospital

Elaborar estrategias de salud operativas para mejorar calidad de vida de los pacientes del Hospital neumológico Dr. Alfredo J. Valenzuela de la ciudad de Guayaquil.

## **9. MARCO TEÓRICO**

### **9.1. Marco Conceptual**

### **9.2. Estrategias de salud**

El uso eficiente de recursos ha permitido obtener indicadores satisfactorios con menor gasto por problema sanitario. La explicación descansa en primer lugar en que las políticas de salud han sido vistas por todos los gobiernos como un tema de Estado, con tareas a largo plazo, y estrategias coherentes para definir las metas a lograr.

Adicionalmente, la creación de una cultura de búsqueda del bien común en torno a Salud que generaciones de profesionales y trabajadores han transformado en



su proyecto de vida, ha permitido alcanzar resultados notables en esperanza de vida, morbimortalidad materna, mortalidad infantil, desnutrición, programa de inmunizaciones; y más recientemente, en el acceso garantizado en términos de calidad, oportunidad y financiamiento para todos los ciudadanos a tratamientos estandarizados.

Durante el siglo XX, la lucha contra la desnutrición infantil, la mortalidad materna, la baja expectativa de vida, las enfermedades infecciosas; junto con los esfuerzos por profesionalizar el cuidado clínico, aumentar la cobertura de los programas de planificación familiar, y dotar de centros asistenciales y profesionales calificados a los lugares más recónditos de nuestra geografía, marcaron una pauta clara y consistente (MINSAL, 2011).

Las tendencias demográficas, como la urbanización, el aumento del número de ancianos y la prevalencia de enfermedades crónicas, los hábitos de vida sedentaria cada vez más arraigados, la resistencia a los antibióticos y otros medicamentos comunes, la propagación del abuso de drogas y de la violencia civil y doméstica, amenazan la salud y el bienestar de centenares de millones de personas. Varios factores transnacionales tienen también un importante efecto en la salud. Entre ellos cabe citar la integración de la economía mundial, los mercados financieros y el comercio, el acceso a los medios de información y a la tecnología de comunicación y la degradación del medio ambiente por causa del uso irresponsable de recursos.

Estos cambios determinan los valores, los modos de vida durante el ciclo de vida y las condiciones de vida en todo el mundo. Algunos, como el desarrollo de la

tecnología de comunicaciones, tienen mucho potencial para la salud; otros, como el comercio internacional de tabaco, acarrearán un importante efecto desfavorable.

Estos períodos de transición demográfica y epidemiológica son complejos porque coexisten problemas asociados al subdesarrollo como las enfermedades infecciosas aunque en mucha menor cuantía y emergen problemas asociados al desarrollo y estilos de vida cuya etiología es mucho más compleja y multicausal tal es el caso de las enfermedades crónicas no transmisibles (cardiovasculares, accidentes, salud mental etc.) (Molina\_M.Helia, 2010).

## **DISEÑOS DE PROGRAMAS DE EVALUACION.**

Existen standard universales que todo modelo o proceso evaluativo debe cumplir.

**Criterio de utilidad:** la evaluación debe cumplir standard de utilidad que aseguren que la evaluación aportará la información necesaria a los usuarios de ella.

Adecuada identificación de los usuarios o clientes.

Credibilidad de los evaluadores, a través de su idoneidad personal y profesional.

Cantidad y calidad de la información recolectada.

Informe del resultado de la evaluación: completo, claro y oportuno.

Evaluación de procesos, resultados e impacto que permite una mirada amplia y completa del sujeto de evaluación.

**Criterios de factibilidad:** la evaluación debe ser factible de realizar, realística, adecuada en los niveles de intensidad y costo a las características del objeto de evaluación.

La evaluación debe ser práctica en sus procedimientos y debe producir el mínimo de desorden en el proceso de obtenerse la información, que debe ser la mínima necesaria.

Viabilidad política: la previa planificación de la evaluación debe contemplar la posición de los distintos grupos de interés y los sesgos susceptibles,

Costo efectividad: la evaluación debe ser eficiente y producir información lo suficientemente valiosa que justifique el costo de ella.

**Criterios de propiedad:** estos estándares tiene que ver con la seguridad de que una evaluación será conducida correctamente desde el punto de vista legal y ético y con el debido resguardo del buen comportamiento de los involucrados en la evaluación y de los afectados por ella.

Orientación de servicio: la evaluación debe ayudar a la organización en su gestión y toma de decisiones.

Acuerdos formales: que se hará, quien lo hará, cómo y cuándo. Las partes deben estar de acuerdo y deben adherir las condiciones del proceso.

Respetar el derecho de los sujetos involucrados: la evaluación se debe conducir con respeto y protección de las personas.

Interacción entre personas: el evaluador debe respetar la dignidad y valor de las personas, las cuales no deben ser perjudicadas o amedrentadas.

Completa valorización: la evaluación debe reconocer en globalidad las fortalezas y debilidades del sujeto de evaluación.

Revelar los hallazgos de la evaluación: las partes formales involucradas deben acceder a los resultados.

Conflicto de intereses: deben ser abordados con transparencia y honestidad sin permitir que interfieran en el proceso evaluativo ni en los resultados de éste.

Responsabilidad fiscal: la nominación de los evaluadores y el gasto del proceso deben estar dentro de un marco de transparencia y prudencia.

**Criterios de precisión:** la evaluación debe cumplir con standard que aseguren la entrega de una información correcta, adecuada y justa en sus juicios de valor.

Documentación sobre el sujeto de evaluación: las características del programa deben estar descritas y conocidas a cabalidad por el equipo evaluador.

Análisis del contexto: el contexto debe ser analizado en detalle pudiendo identificar los factores que de él influyen en el desarrollo y resultados del programa.

Descripción detallada de los procesos y metodologías de la evaluación.

Fuentes sostenibles de información: las fuentes de información deben ser descritas con detalle.

Información válida: la metodología de obtención de la información debe ser escogida y desarrollada de modo tal que las conclusiones que de ella se obtenga sea válida.

Seguridad de la información.

Información sistemática: la información debe ser recolectada, procesada y reportada en forma sistemática, en forma tal de pesquisar errores y corregirlos a tiempo.

Análisis de información cuantitativa: esta información debe ser adecuadamente y sistemáticamente analizada en vistas a si responden las preguntas evaluativas.

Análisis de información cualitativa: debe ser adecuadamente y sistemáticamente analizada en vistas a si responden las preguntas evaluativas.

Justificación de conclusiones: las conclusiones obtenidas de la evaluación deben ser explícitamente justificadas, de modo que los interesados valoren.

Reporte imparcial: el procesos de elaboración del reporte debe salvaguardarse de distorsiones producto de sensibilidades personales o sesgos, el reporte debe expresar fielmente los hallazgos de la evaluación (Molina\_M.Helia, 2010).

### **9.3. La reforma del sector de la salud**

Sistema Nacional de Salud (SNS) cubano viene realizando importantes reformas a partir de los años 60, como parte fundamental de las transformaciones del período revolucionario y no como una imposición de los tiempos actuales de unipolaridad, globalización, crisis económicas, demandas de equidad social, sino como una necesidad del propio espíritu de la revolución, como reflejo del respeto más absoluto de uno de los derechos humanos más importantes de todo ciudadano del mundo.

La reforma sectorial más que un hecho eventual ha sido un proceso permanente, ya que desde los inicios del proceso revolucionario comenzó la creación del Servicio Médico Rural, la de las Áreas de Salud y del propio Sistema Nacional de Salud, llevó a los lugares apartados la acción de un nuevo trabajador de la salud, de un nuevo derecho del ciudadano por primera vez hecho realidad. Nuevas formas del sistema se fueron haciendo presentes durante más de treinta años, que han respondido a nuevas necesidades y realidades, sin dejar de luchar por

la erradicación de toda imperfección que fuera detectada, en su constante quehacer por brindar lo mejor en salud para toda la sociedad (INFOMED, 2000).

## **9.2 Marco referencial**

### **9.2.1. Antecedentes investigativos**

Según la tesis doctoral de Miquel Bennassar Veny cuyo tema: Estilos de vida y salud en los estudiantes universitarios manifiesta que existen algunos estudios sobre estilos de vida de los estudiantes universitarios que demuestran un predominio de estilos de vida poco saludables, además se ha postulado que la etapa universitaria es una de las que se abandonan ciertos hábitos saludables. Actualmente, está ampliamente demostrado que determinadas conductas de riesgo como *el tabaquismo*, una dieta poco saludable, una conducta sedentaria o un excesivo consumo de alcohol pueden contribuir de forma independiente a incrementar la morbimortalidad. No obstante, se ha estudiado poco la agrupación entre los diferentes factores de riesgo. Entre los resultados obtenidos podemos la relación a los estilos de vida y destacar que existen diferencias en cuanto a los estilos de vida saludable y no saludable según el género, pero no se observan diferencias según la clase social. Además, se observa que son determinantes de una dieta saludable, el realizar ejercicio físico, no fumar, desayunar todos los días y realizar un mayor número de comidas.

En el papers calidad de vida y factores psicológicos asociados de Rojas. A, Arias, D. Hidalgo, C. Manifiesta que tal como lo sugiere Tonón (2006), pensar en la calidad de vida implica la participación de las personas en la evaluación de aquello que los afecta, lo cual significa que necesariamente es preciso integrar en dicho concepto el bienestar físico y psicológico, relacionado con las

necesidades materiales y socio afectivas. De hecho la inadecuada resolución de las oportunidades sociales tiene una amplia relación con la pobreza y de ésta con la salud que propiamente podríamos tener a nivel físico y mental. Ya Berlinger (1997) ha planteado como la reducción selectiva de la atención médica, el acceso restringido a la tecnología, las condiciones de trabajo, nutrición y vivienda, son parte de las expectativas negativas de vida, y por tanto de la brecha existente entre la salud integral y la realización ciudadana.

El estudio realizado por (Morales, 2013) cuyo tema fue: “Caracterización epidemiológica, distribución y asociaciones en el servicio de salud metropolitano sur oriente: estudio descriptivo y analítico (enero de 2010 a julio de 2012).”, que tuvo como objetivos - Caracterizar y definir distribución y asociaciones de la tuberculosis pulmonar en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. El estudio muestra que la tendencia actual presentada en el SSMSO, en su mayoría, en los Servicios de Urgencia y atenciones hospitalarias y no en la APS. Esta es la principal respuesta a nuestra pregunta de investigación.

En otro estudio realizado por (Marcela.González, 2013) denominado: Relación en los últimos años se han implementado diferentes estrategias tendientes a mejorar el pronóstico y disminuir las readmisiones hospitalarias, entre ellas programas de seguimiento, educación y consultoría con diversos profesionales (enfermera(o), nutricionista, kinesiólogo y médico). Un meta-análisis mostró que las intervenciones multidis-ciplinarias reducían en un 3% la mortalidad y un 8 % las readmisiones hospitalarias.

La cronicidad y pronóstico de la IC han provocado interés en ampliar la perspectiva con que está siendo abordado su manejo y, por tanto, se ha

considerado la calidad de vida como un aspecto que podría otorgar orientación al momento de elegir las estrategias para el manejo de los pacientes con un mayor impacto en la evolución natural de la enfermedad. Al rededor del mundo, diversas experiencias de intervención única o múltiple han tenido éxito en mejorar la calidad de vida de personas con IC. El objetivo de esta revisión bibliográfica es conocer las características de las estrategias de intervención multidis-ciplinarias implementadas por el equipo de salud, que han mejorado la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardíaca.

### **9.2.2 Bases Teóricas**

#### **Calidad de Vida de Pacientes**

Al hablar de calidad de vida, nos referimos a un concepto que hace alusión a varios niveles de la generalidad, desde el bienestar social o comunitario hasta ciertos aspectos específicos de carácter individual o grupal. Por lo tanto, calidad de vida tiene diferentes definiciones desde el aspecto filosófico y político hasta el relacionado a la salud.

A través del tiempo se ha intentado poder plantear una definición que abarque todas las áreas que implica el concepto de calidad de vida puesto que combina componentes subjetivos y objetivos donde el punto en común es el BIENESTAR individual. De los últimos, esos se pueden agruparse en 5 dominios principales: el bienestar físico (como salud, seguridad física), bienestar material (privacidad, alimentos, vivienda, transporte, posesiones), bienestar social (relaciones interpersonales con la familia, las amistades, etcétera), desarrollo y actividad (educación, productividad, contribución) y bienestar emocional (autoestima,



estado respecto a los demás, religión). Sin embargo, es importante comprender que la respuesta a cada uno de estos dominios es subjetiva y tan variable gracias a la influencia de factores sociales, materiales, la edad misma, la situación de empleo o a las políticas en salud.

Como la enfermedad y su tratamiento pueden afectar el bienestar psicológico, social y económico de las personas, así como su integridad biológica, se puede tratar de entender a la calidad de vida en salud desde cada uno de esos dominios. De esta forma, la mejoría de la calidad de vida en los pacientes puede lograrse ya sea curando la enfermedad o mejorando los peores síntomas por un período largo o evitando daños ya sea por errores de los profesionales de la salud o por la presencia de efectos secundarios a los fármacos. Esto último de gran relevancia en las poblaciones vulnerables como son, por ejemplo, la de los adultos mayores (Avila-Funes.J, 2013).

### **9.2.2. Material y métodos**

Esta investigación se ha realizado a través de un estudio descriptivo de corte transversal con una duración de 7 meses. Para ello, se escogió una muestra inicial de 115 pacientes que estaban en tratamiento de hemodiálisis en nuestro centro.

Se consideraron los siguientes criterios de exclusión:

Pacientes que no aceptaran de forma voluntaria participar en el estudio. Recibieron previamente una copia del consentimiento informado, el cual era leído por el encuestador, aclarando las dudas antes de firmar.

Pacientes que registran menos de tres meses en tratamiento con hemodiálisis y que por las características del tratamiento no se encontraban estabilizados.

Condiciones psíquicas inadecuadas. Excluimos a aquellos con sospecha patológica de deterioro cognitivo o de demencia a través del Minimental Test (Segui-Goma.A, Amador-Peris.P, & Ramos-Alcario.A, 2010).

#### **9.4. Calidad de vida para pacientes de EM**

El desarrollo particular que tiene la esclerosis múltiple, y la diversidad de síntomas que conllevan los brotes, pueden convertirla en una enfermedad que altera significativamente el día a día de quienes la padecen. Se ofrece a continuación una recopilación de las mejores estrategias a seguir para que la EM no altere la calidad de vida de las personas.

La EM puede alterar la calidad de vida de las personas. Lo puede hacer en varios sentidos: desde el simple hecho de que el paciente deberá visitar con más frecuencia a médicos y especialistas hasta actividades que, a veces, no podrá realizar a causa de algunos síntomas. El tratamiento, combinado con un buen conocimiento de la enfermedad y una planificación cuidadosa, pueden contribuir a una vida más agradable (Observatorio, 2014).

Este es el decálogo de estrategias que se recomienda seguir.

**Informarse bien de las características de la enfermedad** y de las limitaciones que conlleva. El paciente siempre es quien mejor conoce la propia patología.

Orientar las acciones a **ir controlando la enfermedad**. Una correcta adhesión al tratamiento, un buen seguimiento médico y un autoconocimiento permitirán que las situaciones ocasionadas por la EM sean más previsibles.

**Simplificar las actividades que haya que llevar a cabo** y planificar el tiempo de descanso necesario. Hay que tener en cuenta que la fatiga será un síntoma presente, con lo cual se deberán tener previstos los períodos de descanso necesarios.

**No precipitarse a la hora de evaluar el propio estado ni anticiparse al futuro**. Hay que recordar que la esclerosis múltiple es una enfermedad que evoluciona de forma diferente en cada caso. Lo que haya sucedido a un paciente no tiene por qué suceder a todos.

**Tener presente que habrá momentos de desánimo y de recaídas**. Hay que pedir ayuda al entorno más próximo siempre que sea necesario. Las emociones negativas estarán presentes en muchos pacientes de EM, y por tanto, deben estar preparados para afrontarlas.

**Buscar apoyo en la familia y los amigos**, y tratar de no pasar los momentos difíciles en soledad. En situaciones como el momento del diagnóstico o los brotes de la enfermedad, el apoyo de las personas del entorno inmediato del afectado es fundamental.

**Adoptar hábitos de vida saludables**, si las circunstancias lo permiten. Puede resultar una buena ayuda tener una dieta saludable y hacer ejercicio físico moderado. Está comprobado que mantener una vida activa ayuda al paciente a sentirse mejor.

**Consultar siempre al médico en caso de que se observen nuevos síntomas** o se detecte la posibilidad de una recaída. La detección precoz de las recaídas puede favorecer el tratamiento, tanto si debe ser preventivo como de otro tipo.

**Compartir los conocimientos de la enfermedad** con el entorno más inmediato. Comprender bien la conducta y la evolución de la esclerosis múltiple ayuda a todos, incluso a las personas que conviven con el paciente. Está demostrado que la comunicación fluida y sin barreras ayuda a una gran mayoría de pacientes.

**Considerar la posibilidad de solicitar ayuda psicológica.** A pesar de que no todos los pacientes lo necesitan, en muchos casos puede ayudar a afrontar mejor la enfermedad y a manejar de manera adecuada las emociones. Además, será un recurso para potenciar las habilidades propias, encontrar más apoyo social, aceptar mejor la enfermedad y no descuidar los demás aspectos de la vida que merecen atención.

**Mantener la función social y laboral.** Se ha comprobado que uno de los aspectos básicos para el mantenimiento de la calidad de vida es continuar desarrollando los roles básicos como la función laboral. Los estudios de Rumrill (2000) y Aronson (1997) refieren que aquellos afectados que continúan trabajando obtienen mayores puntuaciones de calidad de vida en áreas como función física, salud mental y rol social, independientemente del grado de discapacidad que presenten (Observatorio, 2014).

**Personas privadas de libertad.-** En el año 2008 se elaboró la Guía para el control de la tuberculosis en centros penitenciarios de América Latina y el Caribe, la cual está dirigida a todos los profesionales de salud que trabajan en el Sistema Penitenciario y al personal de los programas nacionales de control de la TBC (PCT). Este documento fue revisado y actualizado en 2010 para incorporar nueva evidencia. El Programa de TBC de OPS/OMS monitorea su utilización a través de visitas a centros penitenciarios durante misiones de observación y evaluación de todos los PCT. (OPS, 2008)

En dicha guía encontramos un estudio realizado en el año 2004 por el Programa Regional de Tuberculosis de la OPS/OMS acerca de la situación y las acciones de control de la TBC en los centros penitenciarios de 17 países de la Región: Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. En dicho estudio se realizó una encuesta que recaudó información epidemiológica y operacional del control de la TBC en estos centros. Los resultados, sin embargo, presentaron algunas limitaciones debido a la debilidad o ausencia de métodos de información en los sistemas penitenciarios o por la poca coordinación entre estos centros y los PCT (27). Entre la información obtenida se encuentra que la incidencia de TBC en centros de reclusión es 22,2 veces mayor que en la población general; la implementación de TAES (Tratamiento Abreviado Estrictamente Supervisado o DOES, sigla en inglés) en los Servicios de Salud de los centros de reclusión era aún insuficiente. Aunque el 94% de los centros penitenciarios de los países encuestados contaban con servicios de salud, sólo el 41% de los existentes implementaban esta evaluación y únicamente el 26% de ellos capacitó a su personal en esta estrategia. El 87%

de la TBC notificada correspondió a casos de TBC pulmonar; la coinfección TBC/VIH en los centros penitenciarios de América Latina, a excepción de Brasil, es desconocida ya que las personas privadas de libertad no acceden a consejería y prueba voluntaria para VIH. (OPS, 2008)

Un punto importante a considerar en este factor de riesgo es el ambiente propio de los centros penitenciarios. Al ser pequeñas comunidades cerradas pero no herméticas, están compuestas no sólo por PPL, sino también por personal de custodia, de salud, técnicos y empleados quienes ingresan y egresan todos los días de los recintos, debiendo añadirse también a los visitantes que entran y salen después de mantener contacto con los reos. Estas relaciones intra y extramuros crean condiciones para la transmisión de la TBC a través de la llamada “población puente”, estableciendo la cadena de infección entre ambos medios. (OPS, 2008)

Se creyó que por tratarse de una población cerrada, los centros penitenciarios podrían ser blancos de medidas efectivas de control de TBC, pero la experiencia del Comité Internacional de la Cruz Roja muestra que la realidad es muy diferente. Los factores negativos de este control pueden estar ligados a problemas inherentes a las prisiones mismas, a los internos y a los servicios de salud penitenciarios que en conjunto influyen negativamente en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. (OPS, 2008)

En los centros penitenciarios se da un fenómeno de mayor concentración y prevalencia de enfermedades de la que se puede ver en la población general,

entre ellas la TBC. Esto es bien sabido y responde al hecho de que las P no son una muestra representativa de la sociedad externa y además están sujetas a factores de riesgo elevados de desarrollar esta enfermedad. Es necesario recalcar que estas poblaciones están aún más expuestas a contraer TBC debido a que en su mayoría se trata de personas que provienen de estratos sociales con poco acceso a educación; de poblaciones marginales y pobres donde existe importante transmisión del bacilo de la tuberculosis; personas con bajas defensas inmunitarias debido a varios factores como la malnutrición, alcoholismo, uso de drogas, altos niveles de estrés psicológico en prisión y elevada prevalencia de infección con VIH; un grupo con prolongada y repetida exposición a la enfermedad dentro de los centros de reclusión; provienen de lugares con condiciones de vida precarias (hacinamiento, carencia de luz y ventilación); detección tardía y tratamiento no adecuado de la enfermedad en las cárceles; encarcelamiento prolongado que incrementa la probabilidad de contraer TBC; alta movilización de un centro penitenciario a otro en algunos países, así como corta estancia de presos sin condena, incrementando el riesgo de diseminación de la enfermedad y/o falla en el tratamiento. (OPS, 2008)

**Personas en situación de calle.-** Además de la situación de calle, estas personas presentan otros factores de riesgo de adquirir la enfermedad: El 41,5% tiene problemas de salud en general; 19,9% problemas de drogas; 6,5% diabetes; y 1,7% enfermedades de transmisión sexual (23).

## **10. POSTURA TEÓRICA**

De las teorías a las cuales hace alusión el presente trabajo investigativo, la investigadora considera que la calidad en el área de salud implica no solo satisfacción de necesidades y expectativas para el usuario sino también minimizar al máximo las quejas de los pacientes por la mala atención médica. Las estrategias de salud y calidad de vida en los pacientes esto puede afectar directamente cada uno de los pacientes. Es más grave en niños y ancianos, que pueden llegar a morir de ella. Iniciando el tratamiento con los medicamentos normalizados, el enfermo deja de contagiar a partir de los quince o veinte días.

## **11. HIPÓTESIS**

### **11.1. Hipótesis general**

Si se analiza las estrategias de salud y calidad de vida en los pacientes, se mejoraría la calidad de vida que asiste al Hospital neumológico Dr. Alfredo J. Valenzuela de la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas.

### **11.2. Sub hipótesis**

Si se realiza el análisis situacional del Hospital neumológico Dr. Alfredo J. Valenzuela de la ciudad de Guayaquil, los grupos de interés cambiarán su actitud en los aspectos administrativos y operativos de cada unidad operativa



Si la matriz de impacto involucra a los diferentes actores, el interés de cada servidor público será dar una mejor atención en cada puesto de trabajo en cada sección asignada

La operatividad de las estrategias operativas y su ejecución, permitirá evaluar el desempeño y cumplimiento de metas institucionales en base a las políticas asignadas para cada proceso

## **VARIABLES**

### **Variable Independiente**

Estrategias de salud

### **Variable Dependiente**

Calidad de vida del paciente

## **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **Modalidad de la Investigación cuantitativa**

Se desarrolla una investigación cuantitativa, de carácter descriptivo, documental, se fundamenta en la revisión bibliográfica, basándose en contenidos teóricos, en los cuales se aprecia las posiciones coincidentes y contradictorias de los enfoques estudiados así como la posición de la investigadora, apoyado y sustentado en una investigación documentada por medio de textos, libros, resultados de análisis de encuestas y entrevistas, y la obtención de información pertinente del Hospital neumológico Dr. Alfredo J. Valenzuela de la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas.

#### **11.3. Tipo de investigación**

**Según el tiempo de ocurrencia de hechos es Retro-prospectivo:** Por cuanto la investigadora indaga sobre hechos ocurridos en el pasado y nuevos hechos encontrados durante la investigación.

**Según análisis y alcance de los resultados es Descriptivo:** Por cuanto el presente trabajo podrá ser considerado como un punto de partida para nuevos estudios, logrando determinar la disminución de la tuberculosis Hospital neumológico Dr. Alfredo J. Valenzuela de la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas.

**Por el Lugar es de Campo:** Porque este estudio se lo llevará a efecto en el Hospital neumológico Dr. Alfredo J. Valenzuela de la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas permitiendo la investigación directa y real de la investigadora en el lugar de los acontecimientos.

**Documental:** Este método de investigación, nos permitirá recopilar información teórica y científica enmarcada al objeto de estudio. Se realizará a partir de la revisión de diferentes fuentes bibliográficas y linkográfica, relacionada con los métodos pedagógicos y didácticos, en el que debe predominar el análisis, la interpretación relacionada con encuestas, conclusiones y recomendaciones del autor y las opiniones de los actores involucrados.

### **Métodos y técnicas de la investigación**

**Métodos inductivo.-** Este método permitirá extraer información de mucha importancia con relación al objeto de estudio, mediante la aplicación de encuestas a los usuarios del Hospital neumológico Dr. Alfredo J. Valenzuela de la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas.

**Hipotético – deductivo:** Este método nos permitirá utilizar toda la información concerniente al objeto de estudio y plantear deducciones lógicas, razonables, partiendo de lo general a lo particular, estableciendo conclusiones lógicas del fenómeno de estudio.

## **Técnicas**

Para llevar a efecto esta investigación de forma objetiva, veraz y confiable, es necesario el empleo de técnicas de investigación que ayudarán a tener una mejor perspectiva y visión de los hechos.

**De encuestas:** Para esto, se utilizará la técnica de encuestas que serán dirigidas a los pacientes de la Sala San Jacinto y Sala San Juan del Hospital neumológico Dr. Alfredo J. Valenzuela de la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas. Esta técnica confirmará la hipótesis planteada a la problemática existente.

**De tabulación:** Con este instrumento organizamos los datos, se procede al conteo y se aplica el porcentaje.

**De procesamiento de datos:** Esta técnica permite el ordenamiento, consolidación y presentación de datos que se lograrán mediante los instrumentos a aplicarse para obtener la información deseada.

**Presentación:** La información tabulada y procesada se presentará gráficamente en la modalidad de barras o torta con el análisis e interpretación de los cuadros en el que constará la pregunta procesada.

## **Universo y tamaño de la muestra**

El universo del trabajo investigativo se compone de los pacientes que acuden a consulta externa y hospitalizados en segundo trimestre del año 2015 (abril a junio), además el personal que labora en la Sala San Jacinto y Sala San Juan

del Hospital neumológico Dr. Alfredo J. Valenzuela de la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas.

#### **11.4. Muestra**

La muestra determinada para el presente proyecto de investigación, se seleccionó de conformidad con la aplicación de la fórmula estándar siguiente:

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$$

Dónde:

n = el tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población.

Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza equivale 2,58, valor que queda a criterio de la investigadora.

e = Límite aceptable de error muestral que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), valor que queda a criterio del encuestador.

## Muestra Poblacional

<b>Hospital neumológico Dr. Alfredo J. Valenzuela</b>			
<b>Objeto del Estudio:</b>	Usuarios atendidos, personal, directivos.		
<b>Año</b>	Abril, Mayo y Junio del 2015		
<b>ITEM'S</b>	<b>Población</b>	<b>Muestra</b>	
Pacientes	6320	248	
Personal	15	15	
Directivos	1	1	
<b>Total:</b>	<b>6336</b>	<b>264</b>	

## Resultados obtenidos de la investigación.

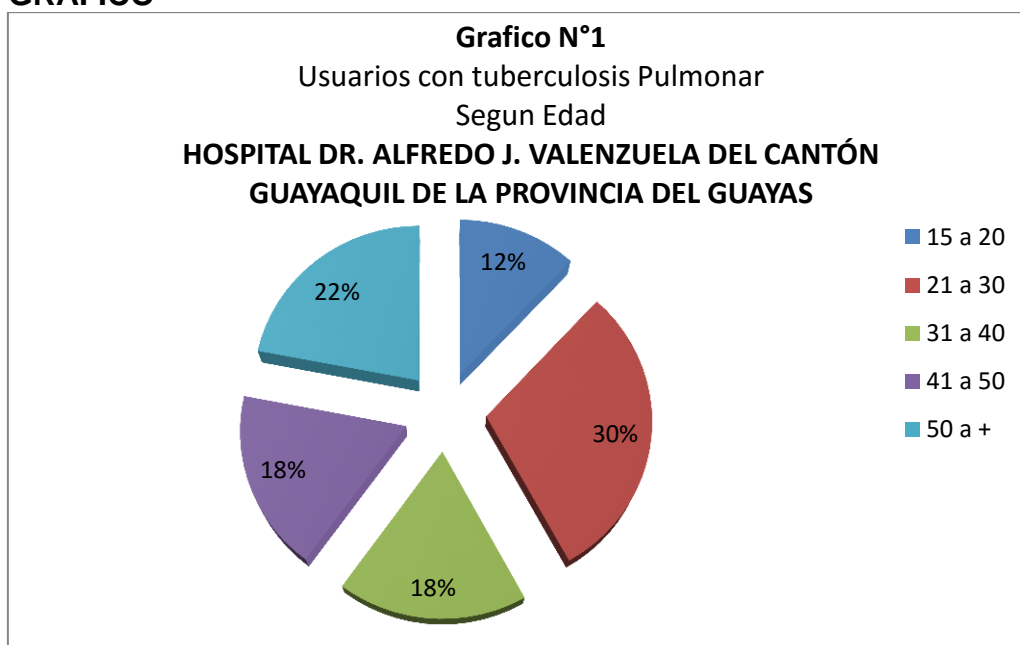
### PREGUNTA

1.- Señale la edad cronológica del paciente

### ANALISIS

Edad	Porcentajes
15 a 20	12%
21 a 30	30%
31 a 40	18%
41 a 50	18%
50 a +	22%

### GRAFICO



**Autor:** Erlinda Herdoiza Ortega

**Fuente:** HOSPITAL DR. ALFREDO J. VALENZUELA

### INTERPRETACION

En el grafico N° 1, se observa que el 30% (18) de los usuarios en estudio tienen una edad entre 21 a 30 años. Asimismo se observa que el 18,3% de los usuarios tienen una edad tanto entre 31 y 40 años como entre 41 y 50 años; es decir el 36,6% (22) entre los dos grupos etarios.

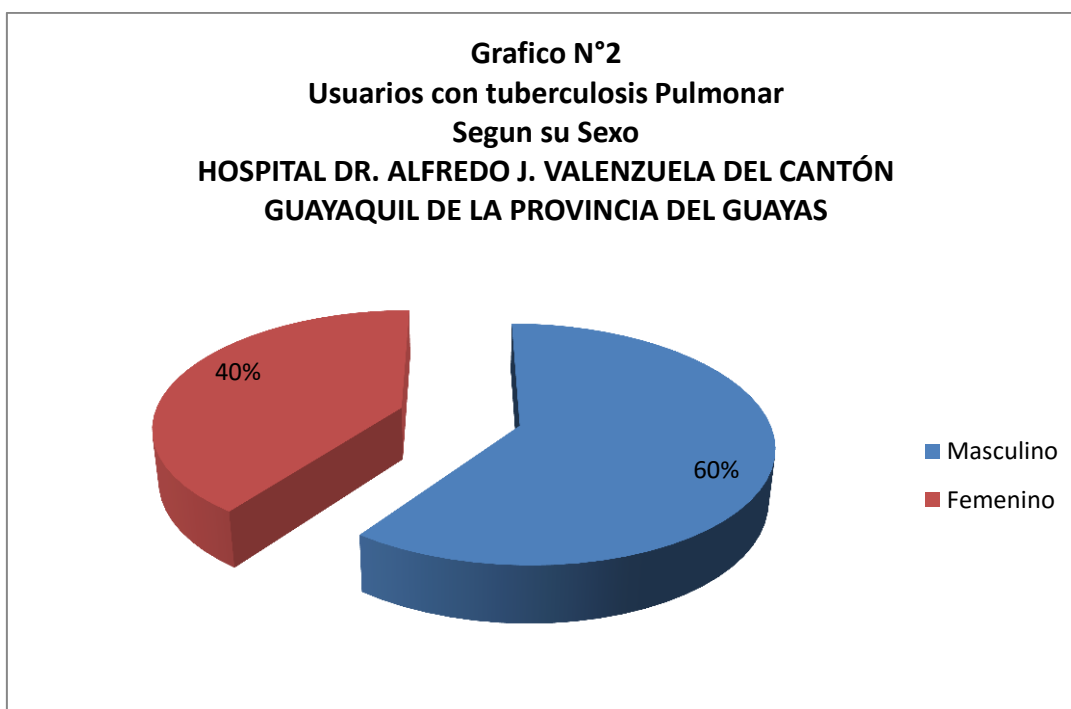
## PREGUNTA

2.- Sexo

## ANALISIS

Sexo	Porcentaje
Masculino	60%
Femenino	40%

## GRAFICO



**Autor:** Erlinda Herdoiza Ortega

**Fuente:** HOSPITAL DR. ALFREDO J. VALENZUELA

## INTERPRETACION

En el grafico N° 2, observamos que el sexo masculino prevalece (60%) en la población usuaria y solo el 40% son del sexo femenino.



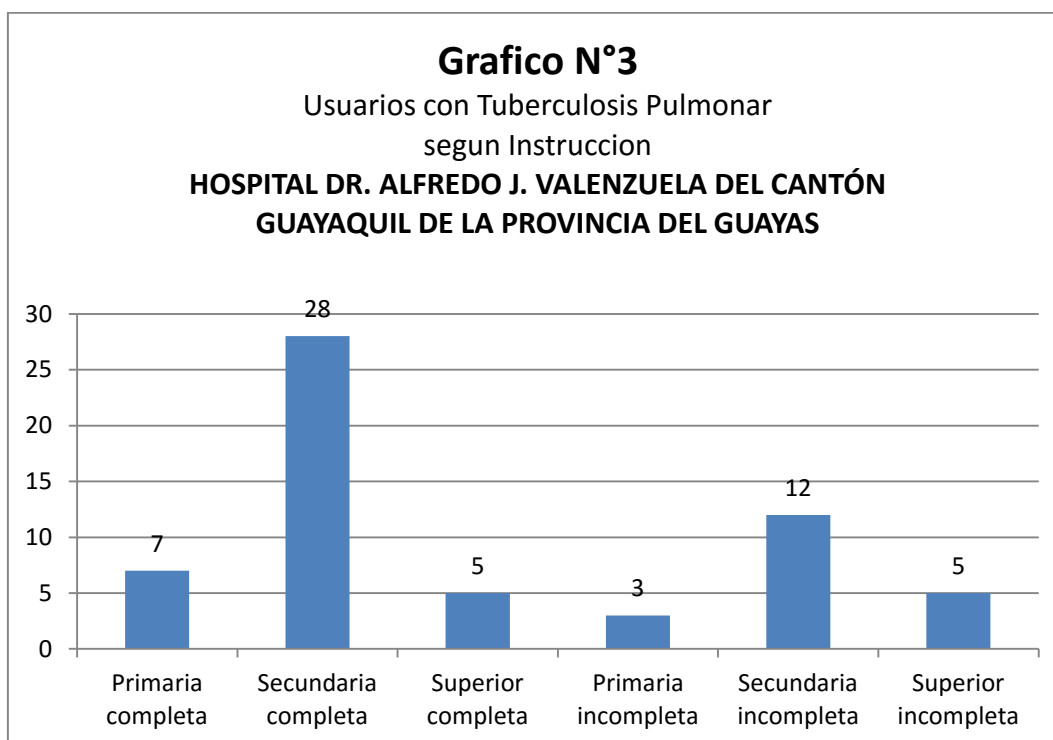
## PREGUNTA

3.- Nivel de instrucción

## ANALISIS

Educación	Datos
Primaria completa	7
Secundaria completa	28
Superior completa	5
Primaria incompleta	3
Secundaria incompleta	12
Superior incompleta	5

## GRAFICO



**Autor:** Erlinda Herdoiza Ortega

**Fuente:** HOSPITAL DR. ALFREDO J. VALENZUELA

## INTERPRETACION

En el grafico N° 3, se observa que mayoritariamente la población tiene instrucción secundaria (66.7%), del cual el 46.7% (28) secundaria completa y el 20.0% (12) de los usuarios tienen secundaria incompleta.

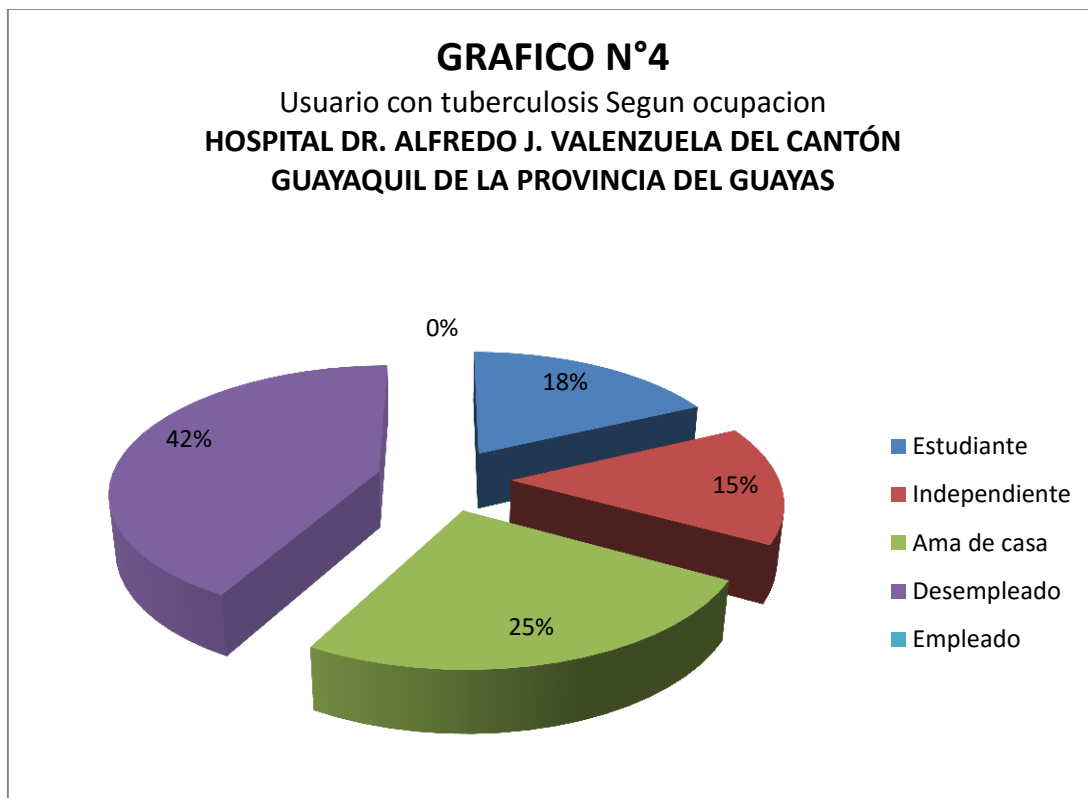
## PREGUNTA

4.- Campo ocupacional

## ANALISIS

Ocupación	Porcentaje
Estudiante	18%
Independiente	15%
Ama de casa	25%
Desempleado	42%
Empleado	0%

## GRAFICO



**Autor:** Erlinda Herdoiza Ortega

**Fuente:** HOSPITAL DR. ALFREDO J. VALENZUELA

## INTERPRETACION

En el grafico N° 4, se observa que el 41.7% (25) de los usuarios en estudio se encuentran desempleados. Asimismo se observa que el 25.0% (15) de los usuarios son amas de casa.

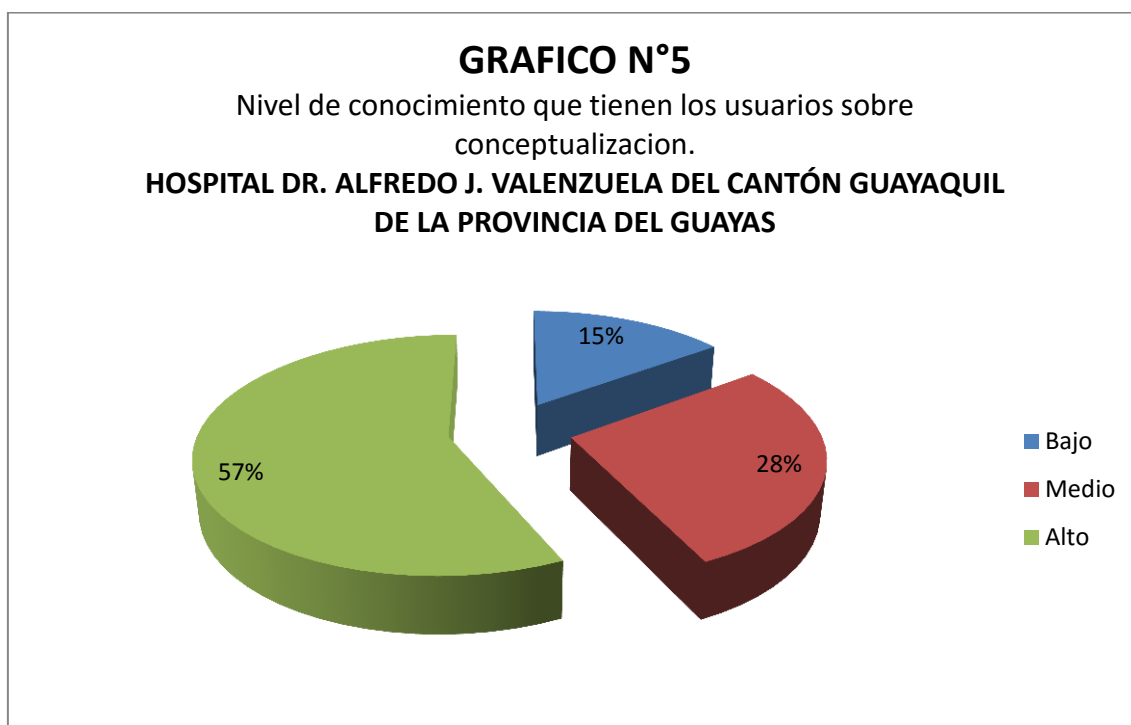
## PREGUNTA

5.- Nivel de conocimientos general

## ANALISIS

Conocimientos	Porcentaje
Bajo	15%
Medio	28%
Alto	57%

## GRAFICO



**Autor:** Erlinda Herdoiza Ortega

**Fuente:** HOSPITAL DR. ALFREDO J. VALENZUELA

## INTERPRETACION

En el grafico N°05 relacionado al “nivel de conocimiento que tienen los usuarios sobre conceptualización”, se evidencia que de un total de 100%, un 57% presentan un nivel de conocimiento alto y solo un 15% tienen un nivel de conocimiento bajo.

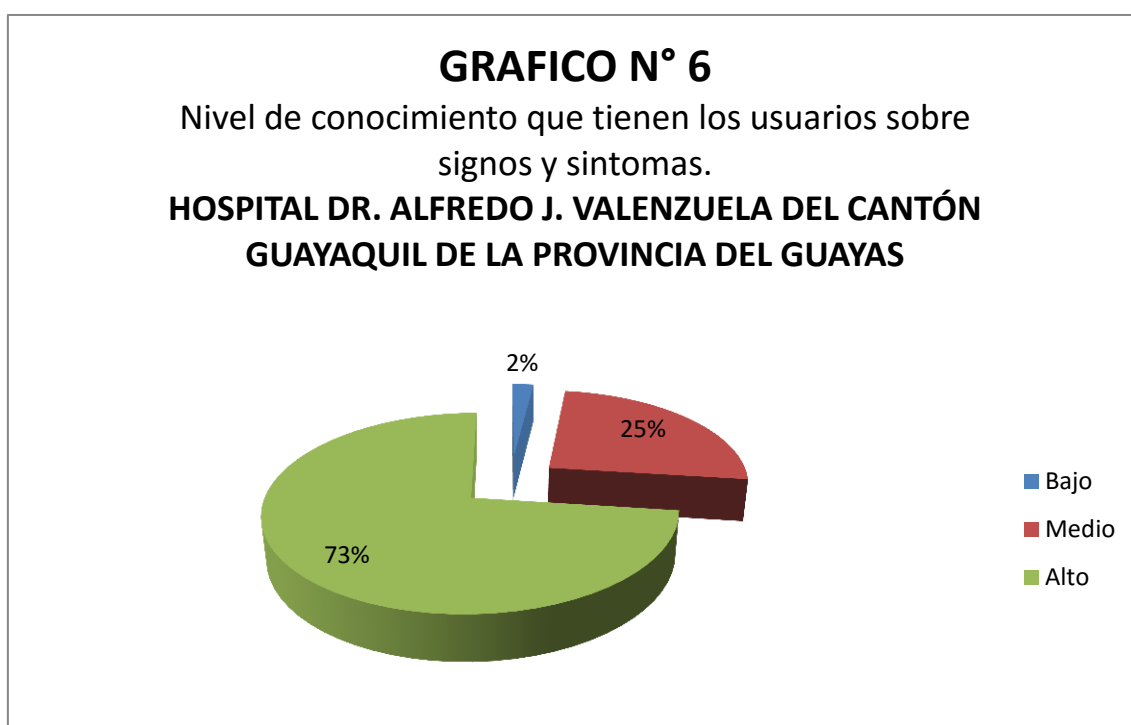
## PREGUNTA

6.- Nivel de conocimientos sobre signos y síntomas

## ANALISIS

Conocimiento sobre síntomas	Porcentaje
Bajo	2%
Medio	25%
Alto	73%

## GRAFICO



**Autor:** Erlinda Herdoiza Ortega

**Fuente:** HOSPITAL DR. ALFREDO J. VALENZUELA

## INTERPRETACION

En el grafico N°06 relacionado al “nivel de conocimiento que tienen los usuarios sobre signos y síntomas”, se evidencia que de un total de 100%, un 73% presentan un nivel de conocimiento alto, un 25% tienen un nivel de conocimiento medio y solo un 2% presenta un nivel de conocimiento bajo.

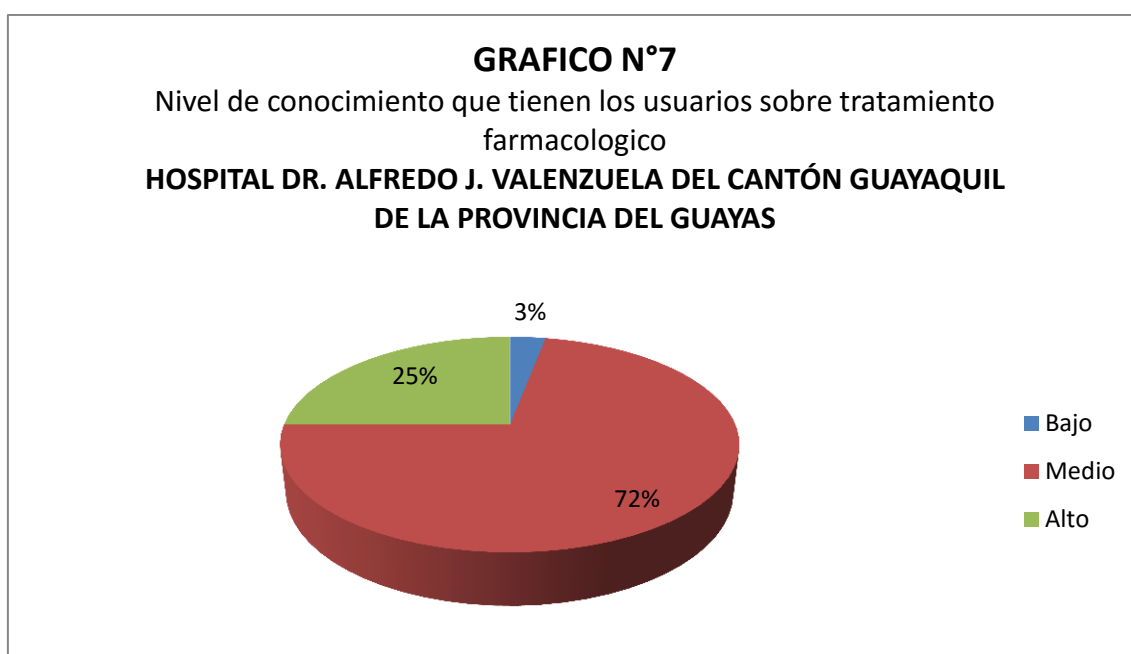
## PREGUNTA

7.- Nivel de conocimientos sobre tratamientos farmacológicos

## ANALISIS

Conocimiento sobre tratamiento farmacológico	Porcentaje
Bajo	3%
Medio	72%
Alto	25%

## GRAFICO



**Autor:** Erlinda Herdoiza Ortega

**Fuente:** HOSPITAL DR. ALFREDO J. VALENZUELA

## INTERPRETACION

En el gráfico N°07 relacionado al “nivel de conocimiento que tienen los usuarios sobre tratamiento farmacológico”, se evidencia que de un total de 100%, un 72% presentan un nivel de conocimiento alto, un 25% tienen un nivel de conocimiento medio y solo un 3% presenta un nivel de conocimiento bajo.

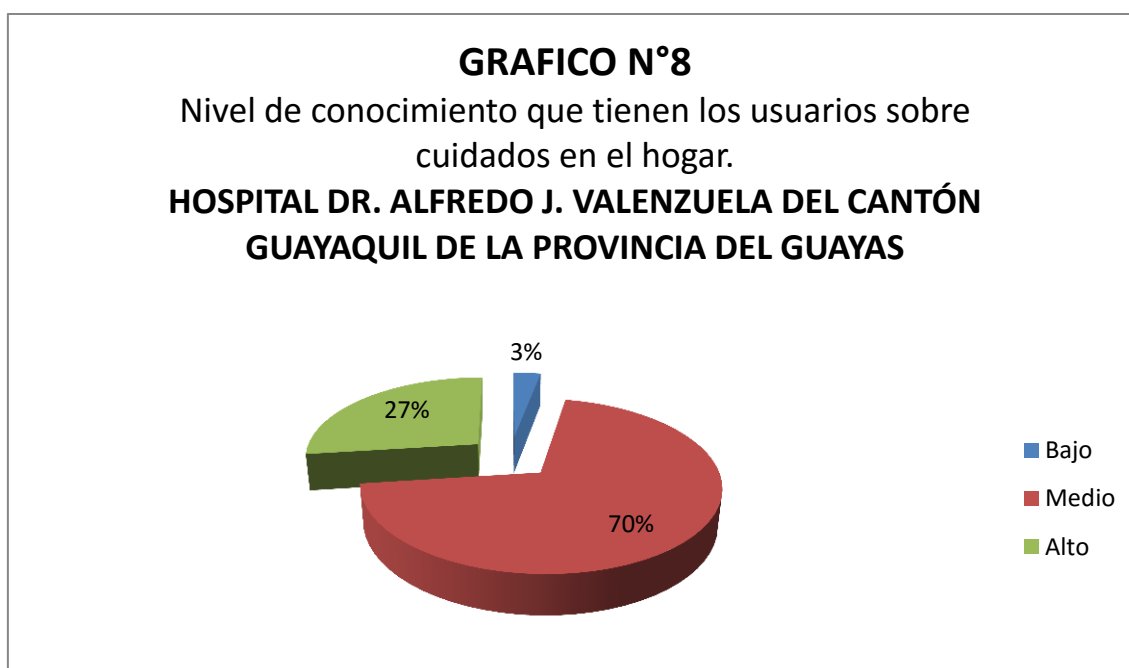
## PREGUNTA

8.- Nivel de conocimientos sobre cuidados en el hogar

## ANALISIS

Conocimiento sobre cuidados en el hogar	Porcentaje
Bajo	3%
Medio	70%
Alto	27%

## GRAFICO



**Autor:** Erlinda Herdoiza Ortega

**Fuente:** HOSPITAL DR. ALFREDO J. VALENZUELA

## INTERPRETACION

En el gráfico N°08 relacionado al “nivel de conocimiento que tienen los usuarios sobre cuidados en el hogar”, se evidencia que de un total de 100%, un 70% presentan un nivel de conocimiento alto, un 27% tienen un nivel de conocimiento medio y solo un 3% presenta un nivel de conocimiento bajo.

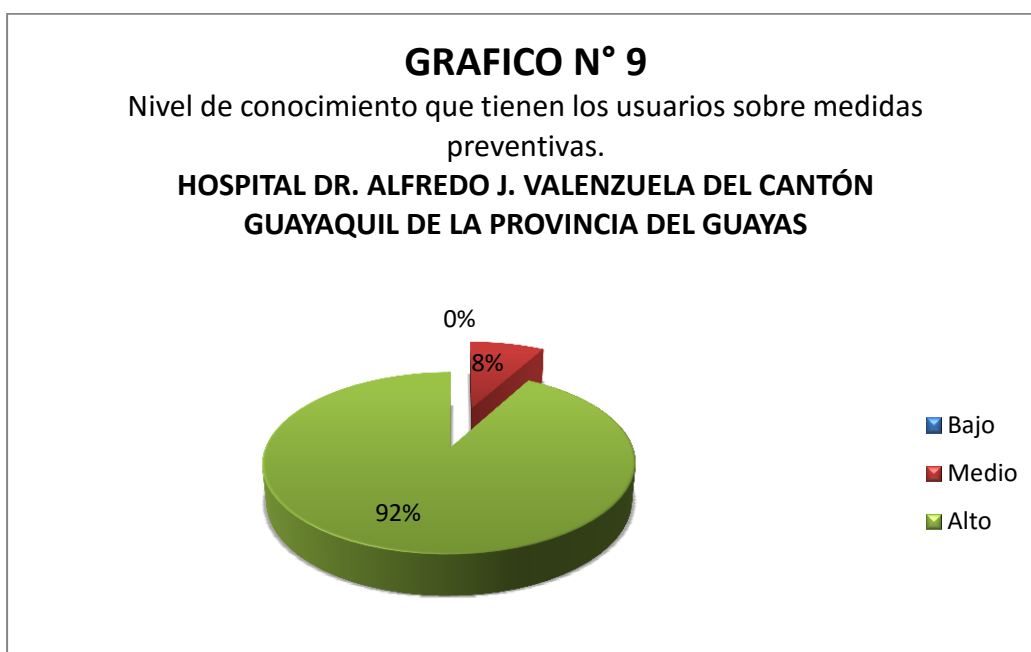
## PREGUNTA

9.- Nivel de conocimientos sobre medidas preventivas

## ANALISIS

Conocimiento sobre medidas preventivas	Porcentaje
Bajo	0%
Medio	8%
Alto	92%

## GRAFICO



**Autor:** Erlinda Herdoiza Ortega

**Fuente:** HOSPITAL DR. ALFREDO J. VALENZUELA

## INTERPRETACION

En el gráfico N°09 relacionado al “nivel de conocimiento que tienen los usuarios sobre medidas preventivas”, se evidencia que de un total de 100%, un 92% presentan un nivel de conocimiento alto, un 8% tienen un nivel de conocimiento medio y no evidenciándose ningún porcentaje en un nivel de conocimiento bajo.

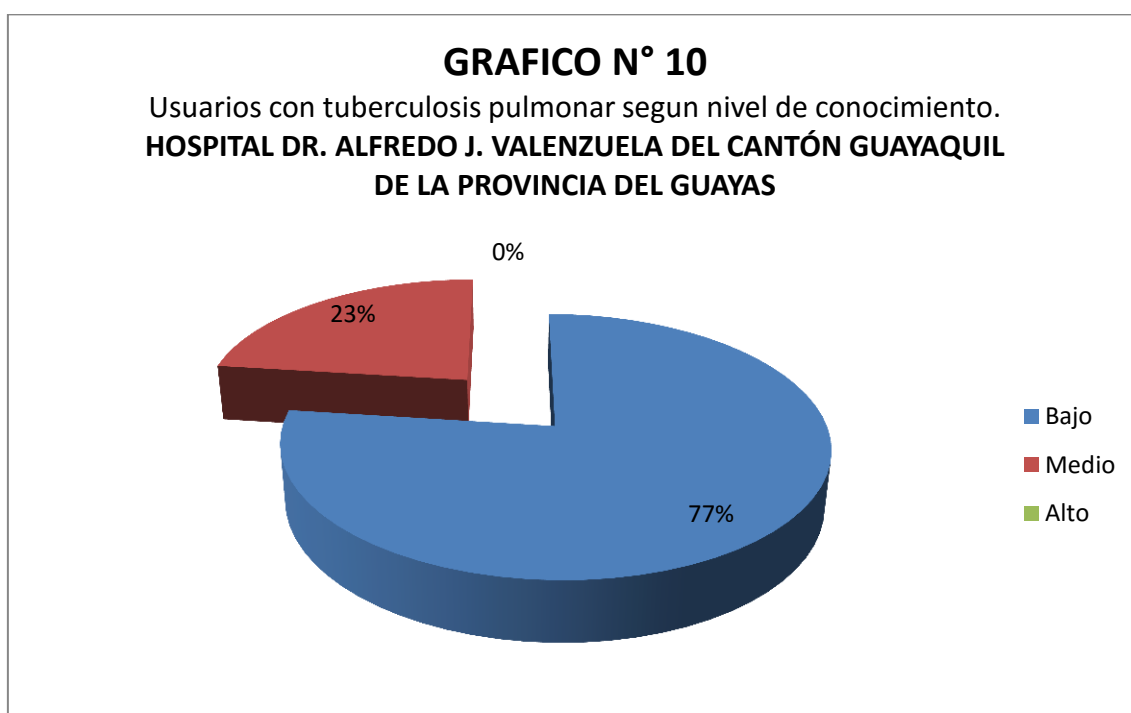
## PREGUNTA

10.- Conocimientos según nivel

## ANALISIS

Conocimiento según nivel	Porcentaje
Bajo	77%
Medio	23%
Alto	0%

## GRAFICO



**Autor:** Erlinda Herdoiza Ortega

**Fuente:** HOSPITAL DR. ALFREDO J. VALENZUELA

## INTERPRETACION

En el gráfico N° 10, se observa que el 76% (46) de los usuarios en estudio tienen un nivel de conocimiento alto. Asimismo se observa que el 23.3% (14) de los usuarios tienen un nivel de conocimiento medio; lo cual implica que ninguno de los usuarios en estudio obtuvo un nivel de conocimiento bajo.



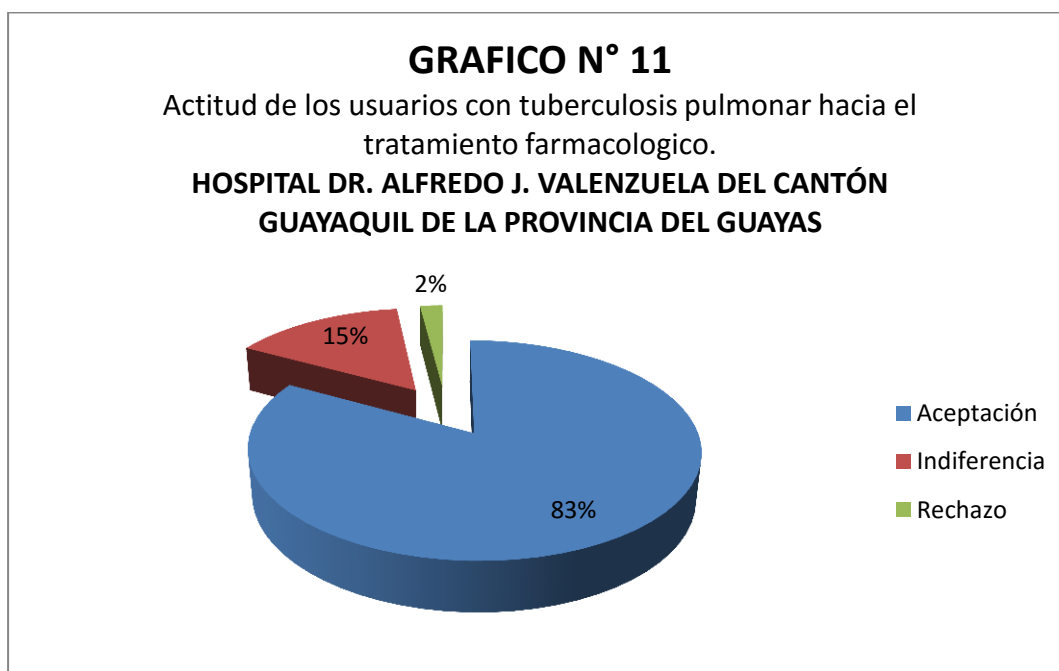
## PREGUNTA

11.- Actitud de los usuarios con tuberculosis hacia el tratamiento farmacológico

## ANALISIS

Actitud tratamiento farmacológico	Porcentaje
Aceptación	83%
Indiferencia	15%
Rechazo	2%

## GRAFICO



**Autor:** Erlinda Herdoiza Ortega

**Fuente:** HOSPITAL DR. ALFREDO J. VALENZUELA

## INTERPRETACION

En el gráfico N°11, relacionado a las “Actitudes que tienen los usuarios con tuberculosis pulmonar hacia el tratamiento farmacológico”, se evidencia que de un total de 100%, el 83% presentan una actitud de aceptación, un 15% presentan una actitud de indiferencia y solo 2% tienen una actitud de rechazo.

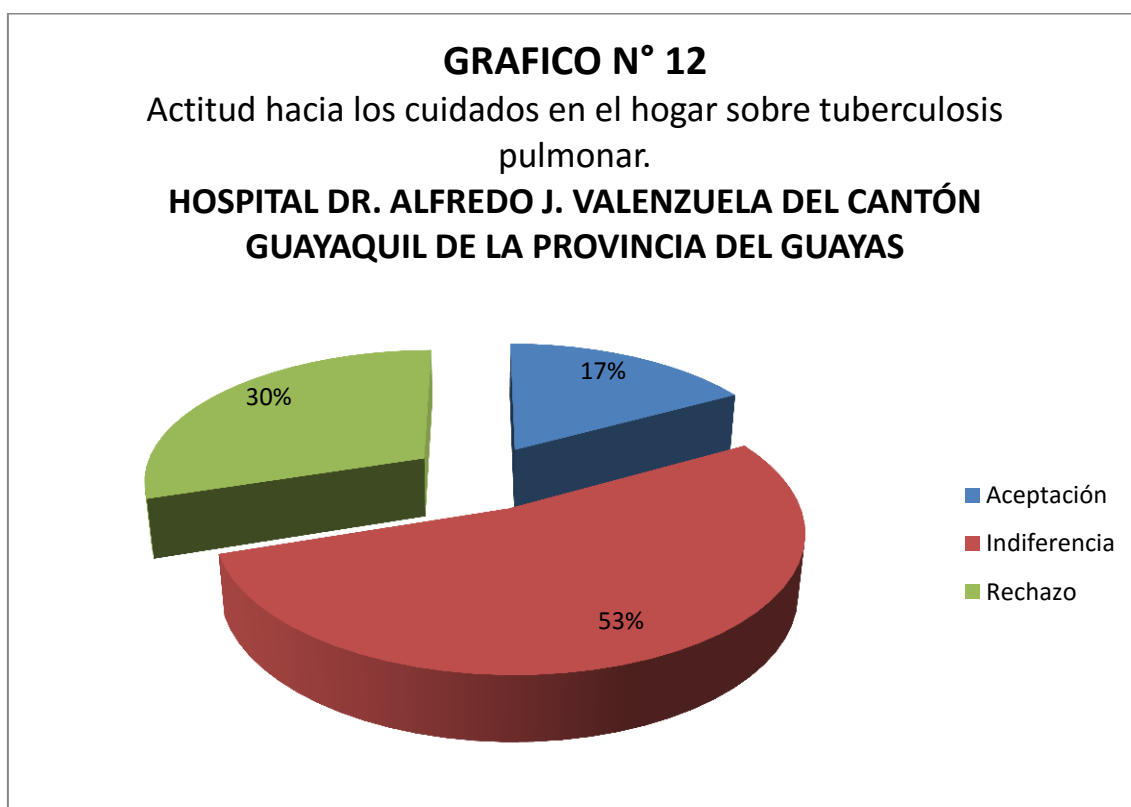
## PREGUNTA

12.- Actitud de los usuarios con tuberculosis hacia los cuidados del hogar

## ANALISIS

Actitud cuidados en el hogar	Porcentaje
Aceptación	17%
Indiferencia	53%
Rechazo	30%

## GRAFICO



**Autor:** Erlinda Herdoiza Ortega

**Fuente:** HOSPITAL DR. ALFREDO J. VALENZUELA

## INTERPRETACION

En el gráfico N°12, relacionado a las “Actitudes hacia los cuidados en el hogar sobre tuberculosis pulmonar”, se evidencia que de un total de 100%, el 17% presentan una actitud de aceptación, un 53% presentan una actitud de indiferencia y un 30% tienen una actitud de rechazo.

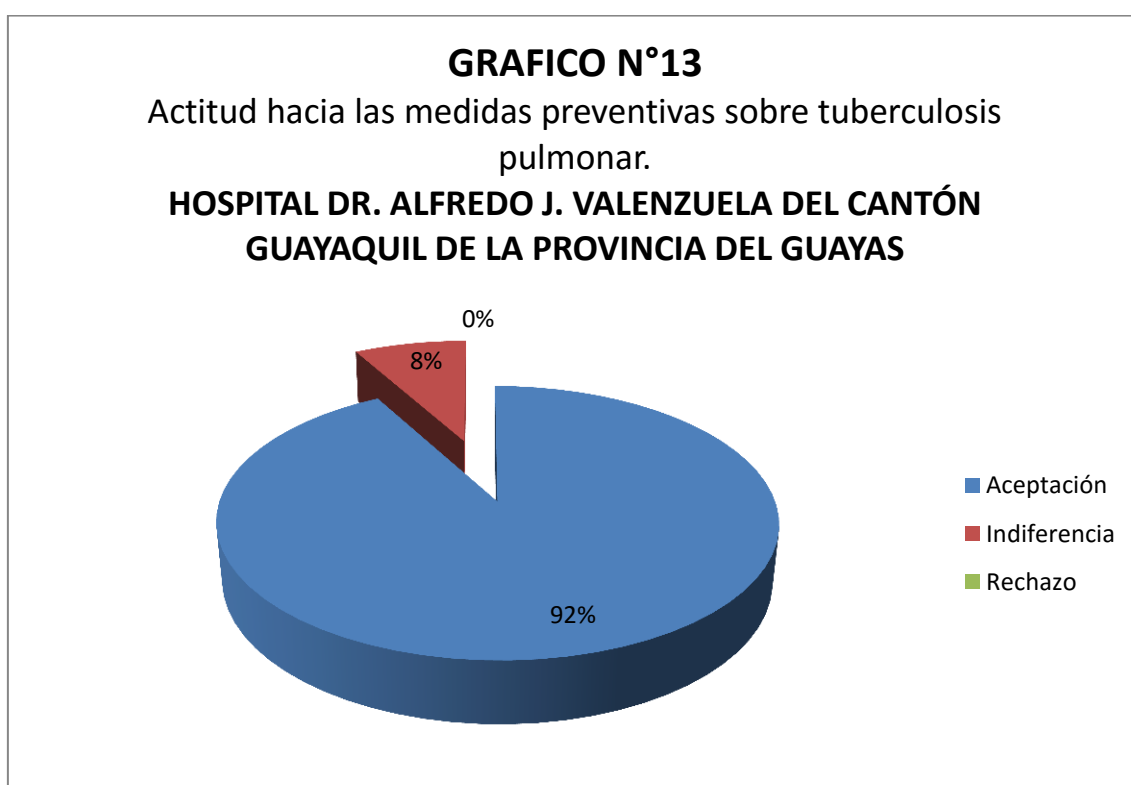
## PREGUNTA

13.- Actitud hacia medidas preventivas

## ANALISIS

Actitud medidas preventivas	Porcentaje
Aceptación	92%
Indiferencia	8%
Rechazo	0%

## GRAFICO



**Autor:** Erlinda Herdoiza Ortega

**Fuente:** HOSPITAL DR. ALFREDO J. VALENZUELA

## INTERPRETACION

En el grafico N°13 relacionado a las “Actitudes hacia las medidas preventivas sobre tuberculosis pulmonar”, se evidencia que de un total de 100%, el 92% presentan una actitud de aceptación, un 8% presentan una actitud de indiferencia y un 0% tienen una actitud de rechazo.

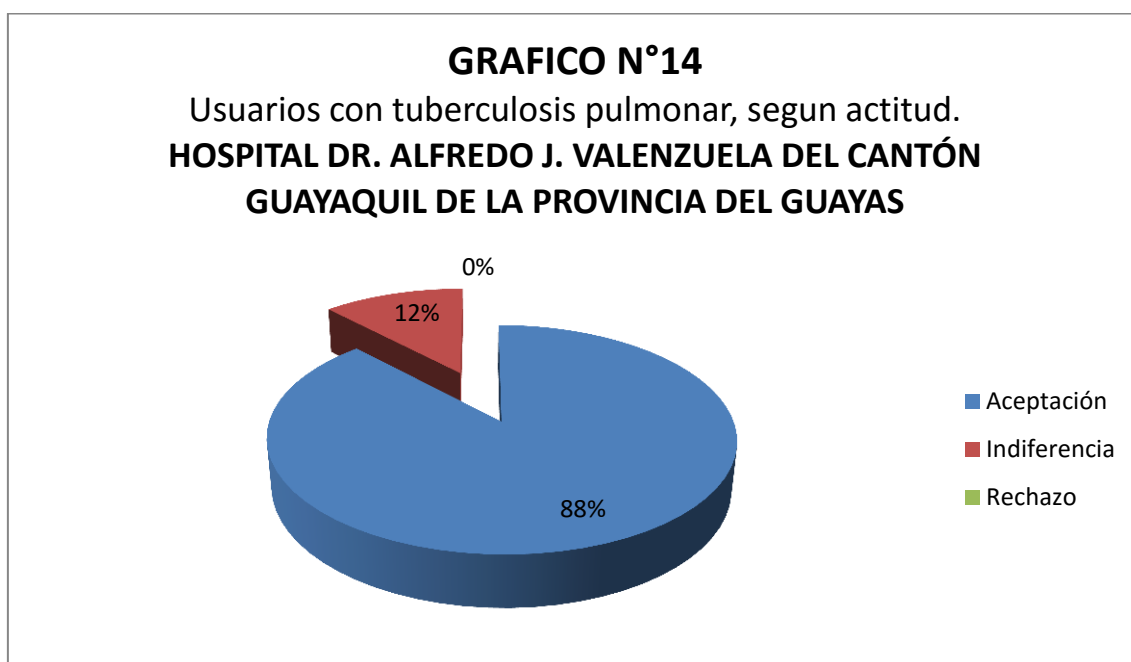
## PREGUNTA

14.- Pacientes según su actitud

## ANALISIS

Actitud general del paciente	Porcentaje
Aceptación	88%
Indiferencia	12%
Rechazo	0%

## GRAFICO



**Autor:** Erlinda Herdoiza Ortega

**Fuente:** HOSPITAL DR. ALFREDO J. VALENZUELA

## INTERPRETACION

En el gráfico N° 14, se observa que el 88.3% (53) de los usuarios en estudio tienen una actitud de aceptación. Asimismo se observa que el 11,7% (7) de los usuarios tienen una actitud de indiferencia; lo cual quiere decir que la actitud de rechazo no existió en nuestra población de estudio.

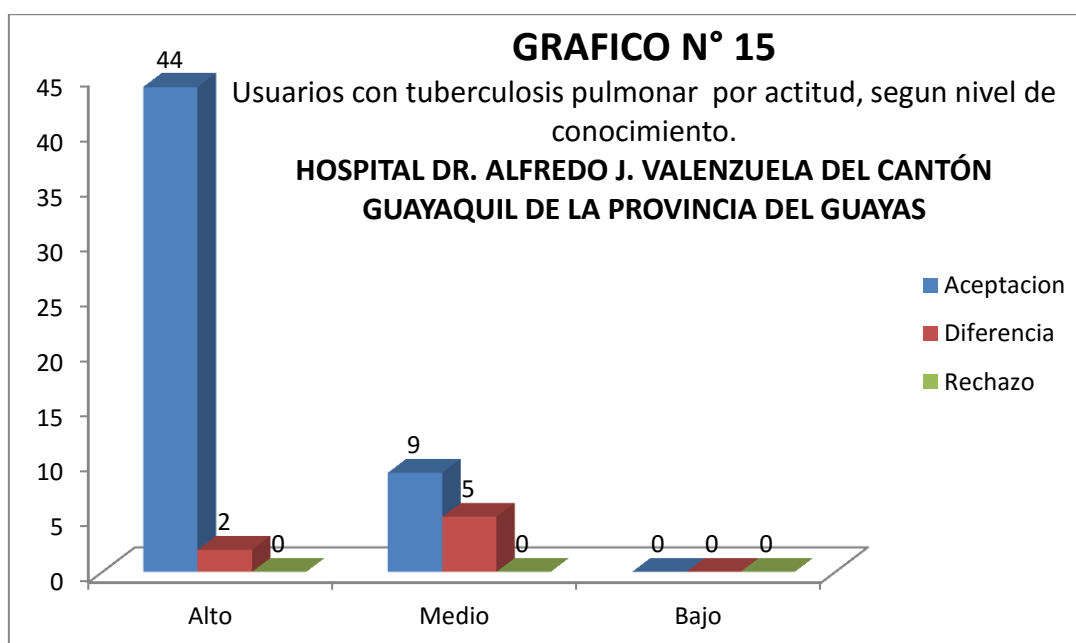
## PREGUNTA

15.- Actitud según nivel de conocimiento

## ANALISIS

Actitud nivel de conocimiento	Alto	Medio	Bajo
Aceptación	44	9	0
Diferencia	2	5	0
Rechazo	0	0	0

## GRAFICO



**Autor:** Erlinda Herdoiza Ortega

**Fuente:** HOSPITAL DR. ALFREDO J. VALENZUELA

## INTERPRETACION

En el gráfico N° 15, se observa que 73.4% (44) de los usuarios en estudio tienen una actitud de aceptación y se encuentra en un nivel de conocimiento alto. Asimismo se observa que 14.9% (9) de los usuarios tienen una actitud de aceptación y se encuentran en un nivel de conocimiento medio. Lo cual nos indica que existe una relación entre más sea el nivel de conocimiento mejor será la actitud de los usuarios.

## **11.5. Conclusiones y recomendaciones.**

### **11.5.1 Conclusiones**

- El hospital neumológico A.J. Valenzuela es el referente nacional de enfermedades respiratorias crónicas y agudas, entre ellas tuberculosis drogo y multidrogo resistentes que tienen estadía superior a los 100 días, resulta difícil comparar con los de otros hospitales de enfermedades agudas, por lo cual nuestra medición de ocupación es proporcionalmente baja.
- Personal médico con amplia experiencia y comprometido al cambio, se incluye al equipo de apoyo como las enfermeras, tecnólogos y personal de servicio.
- Limitaciones en cuanto a imposibilidad de extendernos físicamente en cuanto a
- infraestructura por las condiciones de la zona y porque el terreno donde funcionamos está cedido al Ministerio de Salud Pública en comodato con la Junta de Beneficencia de Guayaquil, la vida útil de los edificios termino cuentan con más de 60 años de servicio.

### **11.5.2. Recomendaciones**

Fortalecimiento del grado de preparación académica de los médicos y personal paramédico, existen pocos especialistas en las diferentes áreas

Mejoramiento de la calidad de la prestación de servicios de salud en las áreas de cirugía y zona de esterilización, dotando al hospital equipos con tecnología de punta.

Que el hospital de los recursos físicos, humanos y tecnológicos, de manera oportuna de acuerdo al presupuesto asignado efectuando las gestiones necesarias para la obtención de fondos que se necesiten

Monitoreo constante de la gestión por resultados (GPR), realizando un seguimiento a la dotación de certificaciones presupuestaria asignadas a la ejecución de las actividades contempladas en el plan operativo anual.

Alianzas estratégicas con otros hospitales de tercer nivel que han cumplido con los indicadores de calidad necesarios para la acreditación hospitalaria internacional.

Efectuar las gestiones ante los órganos pertinentes con la finalidad de obtener los recursos necesarios para cumplimiento de requerimientos de la acreditadora canadiense, dotación oportuna de medicamentos e insumos, mejora de infraestructura, compra de equipamiento, equipos de computación, dotación de talento humano capacitado y remunerado de acuerdo a sus capacidades y responsabilidades.

## **12. Propuesta de aplicación de resultados**

### **12.5. Nombre de la propuesta:**

Estrategias operativas de salud para mejorar la calidad de vida de los pacientes del Hospital A.J. Valenzuela

### **12.6. Objetivos**

- Realizar un análisis del entorno salud para incorporar a los involucrados en el proceso
- Mantener y desarrollar ante el usuario externo e interno una imagen institucional como un centro de atención en que la calidad de los servicios brindados estén garantizados.

### **12.7. Alcance de la alternativa**

Con la propuesta se pretende involucrar a los actores directos en los siguientes aspectos:

- Formación técnica y profesional de los trabajadores y servidores del hospital
- Evaluaciones periódicas para establecer evaluaciones periódicas y establecer correctivos en las diferentes áreas
- Planes de contingencia cuando se presente una emergencia sanitaria

### **12.8. Aspectos básicos de la alternativa**

#### **Análisis situacional**

Grupos afectados por nuestras decisiones

Usuarios. – Nuestro objetivo primario es brindar un servicio de calidad y calidez a nuestros usuarios, por tal razón el enfoque de nuestro plan estratégico está basado en el paciente, en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento.



Sujetos cuyas decisiones afectan a nuestro Hospital

Gobierno – Por medio de las políticas de salud implementadas, lineamientos y apoyo a la gestión hospitalaria por medio de la asignación presupuestaria oportuna y del recurso humano necesario tanto en la parte asistencial como administrativa.

Directivos – El establecer planes y procedimientos para obtener las metas a lograr, en base a los lineamientos del presente Plan Estratégico y las directrices legales.

Organismos Internacionales – Con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud y el Comité Luz Verde, que monitorean el cumplimiento de los programas de control de tuberculosis y la dotación nacional de medicamentos a bajo costo al Ministerio de Salud Pública, a través del Programa de Control de la Tuberculosis (PCT) nacional y provinciales, y éstos últimos a su vez a los hospitales y áreas de salud. La relación es por medio del cumplimiento de directrices y procedimientos de detección, atención y monitores a los usuarios, normas de bioseguridad y de epidemiología hospitalarias, y la asistencia y asesoría constante.

Proveedores. – Los proveedores necesitan de la información de los procesos de compra habilitados por intermedio del portal del INCOP; y por las decisiones financieras, que aseguren el pago por los bienes y servicios que proveen al hospital.

Grupos causa efecto

Servidores Públicos – Por la existencia de distintos tipos de contratación que en ciertos casos no dan continuidad a los procesos, es importante tener en

consideración esta variable, su efecto y origen en la toma de decisiones administrativas.

Personal Sindicalizado – Es importante el análisis de la posible resistencia a los cambios de este sector de empleados de esta unidad hospitalaria. No solo esta resistencia marcada y politización sindical, sino la existencia de un contrato colectivo que en ocasiones presenta vacíos jurídicos y se presta a malas interpretaciones; el nepotismo que se ha dado a través de los años; la falta de una política ministerial en cuanto a la equiparación de puestos y cargos; son factores que inciden en el ambiente laboral, y que afectan en doble sentido la toma de decisiones, por sus causas y efectos. Esta es otra variable a considerar en las decisiones estratégicas.

### **Matriz de Impacto y de Evaluación de los Stakeholders (“Involucrados o Interesados”**

A continuación presentamos la matriz de impacto y de evaluación de los stakeholders (involucrados o interesados) en los procesos de la administración de nuestra unidad hospitalaria; incluyendo las potenciales estrategias tendientes a fortalecer los vínculos con los sujetos, y disminuir y afrontar riesgos inherentes.

Stakeholder	Interés (Expectativa)	Impacto (positivo o negativo)	Potenciales estrategias para disminuir riesgos o fortalecer vínculos
Pacientes- (Usuarios)	Obtener atención y servicios de salud de calidad de parte De esta unidad hospitalaria.	Positivo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dotar al hospital de los recursos físicos, humanos y tecnológicos, de manera oportuna de acuerdo al presupuesto asignado efectuando las gestiones necesarias para la obtención de fondos que se necesiten.</li> <li>2. Realizar una gestión de administración eficiente y transparente en base a los lineamientos del Gobierno y MSP, y normas legales.</li> <li>3. Administración dirigida al logro de resultados medibles con indicadores y GPR alcanzables.</li> <li>4. Fortalecer los procesos para prevenir las infecciones nosocomiales</li> </ol>
Gobierno	Que la unidad hospitalaria cumpla los objetivos y planes trazados en coordinación con el Plan del Buen Vivir y las políticas gubernamentales de salud	Positivo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gestión constante para la dotación de recursos financieros, técnicos, materiales, tecnológicos y de talento humano que sean necesarios para el cumplimiento de las metas y proyectos.</li> <li>2. Monitoreo constante de GPR y presupuestos</li> </ol>

Stakeholder	Interés (Expectativa)	Impacto (positivo o negativo)	Potenciales estrategias para disminuir riesgos o fortalecer vínculos
Directivos	Dotar de servicios de calidad en salud en base a los lineamientos del MSP, medible por medio de indicadores verificables.	Positiva	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Garantizar que la información estadística sea confiable y verificable.</li> <li>2. Monitorear y documentar el resultado de las gestiones realizadas para la obtención de recursos y la ejecución de proyectos.</li> <li>3. Establecer planes de indicadores de gestión sustentables y verificables de todos los servicios de salud y administrativos del Hospital.</li> </ol>
Organismos internacionales	Cumplimiento de estándares, políticas y normas generadas para el control de la tuberculosis en el caso de la OMS y OPS; y del programa de acreditación de calidad en el caso del Canadá Agreement	Positiva	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cumplimiento de las sugerencias y normas que nos hagan llegar los evaluadores de la OPS y OMS previa discusión de las mismas.</li> <li>2. Cumplimiento de las disposiciones de los evaluadores de la acreditación canadiense.</li> <li>3. Gestión para obtener los recursos para cumplir con los requerimientos de la acreditación canadiense y los evaluadores de las OMS y OPS.</li> </ol>
Proveedores	Información oportuna de los procesos y cumplimiento de los compromisos de pago	Positiva	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Transparencia de los procesos de adquisición de bienes y servicios.</li> <li>2. Hacer más eficientes los procesos de pagos a los proveedores</li> </ol>

Stakeholder	Interés (Expectativa)	Impacto (positivo o negativo)	Potenciales estrategias para disminuir riesgos o fortalecer vínculos
Servidores públicos	Estabilidad, buen ambiente de trabajo, remuneraciones que tengan relación a las responsabilidades, normas De bioseguridad y de salud ocupacional adecuadas.	Positiva	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gestionar que la dotación de talento humano tanto en la parte asistencial y administrativa esté garantizada.</li> <li>2. Optimizar el uso del recurso talento humano</li> <li>3. Dotar del servicio de salud ocupacional en base a las disposiciones legales al respecto</li> <li>4. Efectuar mediciones y análisis del clima laboral</li> <li>5. Efectuar las gestiones para la homologación de las remuneraciones en los casos que aplique</li> </ol>
Personal sindicalizado	Estabilidad, Mejora de las condiciones de trabajo, cumplimiento del contrato colectivo, reclasificación de puestos, normas de bioseguridad y de salud Ocupacional adecuadas.	Positiva	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dotación de los elementos adecuados de protección.</li> <li>2. Dotar del servicio de salud ocupacional en base a las disposiciones legales al respecto</li> <li>3. Efectuar las gestiones con el MRL relacionadas a la reclasificación de los puestos del personal del Código de trabajo</li> <li>4. Apertura al diálogo con los líderes sindicales, en base al respeto mutuo, al compromiso formalizado en actas y acuerdos firmados por las partes, donde se establezcan acciones de</li> </ol>

### Análisis FODA

<p>F O T A L E Z A</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Amplia experiencia de nuestros profesionales en el manejo y tratamiento de enfermedades respiratorias complejas.</li> <li>2. La mayor parte del Personal médico y administrativo comprometido al cambio.</li> <li>3. Estructura organizativa de nuestro hospital bajo los lineamientos del Estatuto Orgánico por Procesos en avance casi completo.</li> <li>4. Personal capacitado y certificado en las diferentes áreas.</li> <li>5. Único hospital neumológico de referencia a nivel país</li> <li>6. Equipos nuevos y modernos1. Amplia experiencia de nuestros profesionales en el manejo y tratamiento de enfermedades respiratorias complejas.</li> <li>7. La mayor parte del Personal médico y administrativo comprometido al cambio.</li> <li>8. Estructura organizativa de nuestro hospital bajo los lineamientos del Estatuto Orgánico por Procesos en avance casi completo.</li> <li>10. Personal capacitado y certificado en las diferentes áreas.</li> <li>11. Único hospital neumológico de referencia a nivel país</li> <li>12. Equipos nuevos y modernos</li> </ol>
<p>D E B I L I D A D E S</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. En áreas como Cirugía y Zona de Esterilización equipos antiguos con riesgos de paralizar los servicios.</li> <li>2. Áreas como lavandería y hotelería con equipos antiguos y problemas de infraestructura.</li> <li>3. Un porcentaje importante de los médicos no cuentan con el grado académico en el área de especialización de neumología, aunque cuentan con la experticia de muchos años.</li> <li>4. Solo contamos con un médico certificado como cirujano torácico.</li> <li>5. Limitaciones en el servicio de limpieza por actitudes del personal antiguo.</li> <li>6. Limitaciones en cuanto a imposibilidad de extendernos físicamente en cuanto a estructura por las condiciones de la zona y porque el terreno donde funcionamos está cedido al MSP en comodato por la Junta de Beneficencia de Guayaquil.</li> <li>7. Arquitectónicamente es una construcción de 67 años concebido bajo otros conceptos, por lo cual la aplicación de muchas normas de hospitales modernos se ven obstaculizadas.</li> <li>8. Bajo presupuesto asignado por el MSP y Finanzas.</li> <li>9. Las remuneraciones de los Coordinadores y Jefes no están acordes a la responsabilidad asignada, debido a problemas con la formalización del estatuto y la canalización de los recursos.</li> </ol>

	<p>10. Falta de una cultura de calidad.</p> <p>11. Conflictividad de los entes sindicales y de algunos empleados antiguos con nombramientos renuentes a los cambios.</p> <p>12. Existen jefaturas y puestos claves que no pueden ser cubiertos por la dificultad de contratación.</p>
--	---

<p>O</p> <p>P</p> <p>O</p> <p>R</p> <p>T</p> <p>U</p> <p>N</p> <p>I</p> <p>D</p>	<p>1. La importancia que le da el Gobierno a los servicios de salud pública, por medio de las políticas de salud y los programas del Ministerio de Salud Pública.</p> <p>2. Profesionalización de la administración de servicios de salud.</p> <p>3. Un estatuto orgánico de gestión por procesos para los hospitales que dinamiza y moderniza la administración hospitalaria.</p> <p>4. Un marco jurídico nacional que prioriza los servicios de salud.</p> <p>5. Incremento de la demanda de servicios públicos por el incremento de su calidad.</p> <p>6. Mecanismos para canalizar la opinión insatisfacciones del usuario, lo que permite estar más atento a los requerimientos y necesidades del público.</p> <p>7. Inicio del proceso de Acreditación Hospitalaria internacional (Qmentum Canadá Accreditation Program).</p>
<p>A</p> <p>M</p> <p>E</p> <p>N</p> <p>A</p> <p>Z</p> <p>A</p>	<p>1. Tendencia de algunas autoridades del MSP de analizar y comparar nuestros indicadores de hospital crónico con los de un hospital de pacientes agudos.</p> <p>2. Falta de disponibilidad de recursos financieros para ejecutar proyectos de mejoras y modernización hospitalarias que necesitan de una fuerte inversión.</p> <p>3. Tiempo de espera prolongado en la llegada de suministros de materiales e insumos, debido a los procesos que deben ejecutarse para las adquisiciones.</p> <p>5. No apertura de concursos de méritos y oposición para cobertura de Plazas, lo que conlleva a tener servidores públicos con contratos ocasionales o nombramientos provisionales.</p> <p>6. Cambios de las autoridades de salud y su diferente perspectiva administrativa sobre nuestra unidad hospitalaria.</p> <p>7. Los Coordinadores de las gestiones de la Dirección Asistencial debido a problemas de contratación no están dedicados a tiempo completo a su gestión de dirección, sino que comparten su tiempo con trabajo de campo.</p>

Fuente: Plan estratégico del hospital A.J.Valenzuela

## **POTENCIALIDADES (FO)**

- Centralizar la atención de pacientes neumológicos como hospital de referencia
- La medición de la percepción de los usuarios mediante encuestas de satisfacción es una herramienta efectiva para poder monitorear la calidad de nuestra atención y planificar las mejoras.
- Capacitación y Certificación de los servidores para lograr la acreditación hospitalaria institucional.
- Servicios conexos de otras especialidades como Cardiología y Nutrición, relacionados a las patologías neumológicas de nuestros pacientes.
- Entorno favorable para la creación de una cultura de prevención y calidad

## **RIESGOS (FA)**

- Baja calificación dentro del MSP al analizarse indicadores comparados con otros hospitales, lo cual a su vez limita la asignación de recursos.
- Paralización de los proyectos hospitalarios.
- Dificultad de mantener un suministro continuo de insumos.
- Pérdida de talento humano con experiencia en enfermedades respiratorias y conocimientos y pericias administrativas.
- Desperdicio de recursos administrativos, económicos y humanos

## **DESAFIOS (DO)**

- Establecer y cumplir cronogramas y planes de mantenimiento preventivo y correctivo, repotenciación y/o adquisición de equipos biomédicos.



- Externalizar los servicios de lavandería, hotelería, guardianía y limpieza. Promover la gestión ante el MSP para que nuestros médicos generales
- tratantes homologuen la especialidad de neumología o tengan alguna opción relativa.
- Evaluar las aptitudes del personal para desempeñar otras posiciones por posibles reubicaciones.
- Lograr por medio de las gestiones adecuados que los terrenos actuales sobre el cual está nuestro hospital pasen al MSP:
- Obtener una mejor asignación presupuestaria para el desarrollo de los proyectos y planes del hospital, en función de su cartera de servicios, y propendiendo a la mejora de la calidad y calidez de la atención.
- Cambio de la mentalidad de nuestro personal induciéndola en una cultura de calidad y mejora continua.
- Obtención de la Acreditación Canadiense

### **LIMITACIONES (DA)**

- Incumplimiento de los planes de mantenimiento preventivo por falta de recursos y falta de seguimiento.
- Nuestro presupuesto asignado es deficitario y dificulta el cumplimiento de la atención, más aún el desarrollo de nuevos planes y proyectos.

- Escasez de talento humano calificado en nuestro ámbito de necesidades. Retraso actual en el desarrollo de programas y estrategias por no contar con el recurso humano necesario.
- Stress laboral por sobrecarga de trabajo, que podría desembocar en patologías de conducta que deberían ser investigadas.

Con esta información que proporciona el plan estratégico 2014-2017 podemos seleccionar estrategias y presentar proyectos que servirán para hacer la matriz de seguimiento, es importante considerar que los procesos a ejecutarse tienen que contar con el presupuesto o financiamiento que defina las mejoras a el fortalecimiento institucional del hospital

Para esto hemos definido cuatro intersecciones que se resumen así:

Estrategias Hospital A. Valenzuela	Potencialidades	FO(Fortaleza-Oportunidad)
	Riesgos	FA (Fortaleza-Amenaza)
	Desafíos	DO (Debilidad-Oportunidad)
	Limitaciones	DA(Debilidades-Amenazas)

Estrategias basadas en la atención a los pacientes con problemas de neumología

### **Estrategia 1.- Programa de Acreditación Canadiense (Ver Anexo 3)**

Como referencia en la ciudad de Quito, el Ministerio de Salud Pública presentó las pautas del contrato con la ONG Accreditation Canadá para la acreditación de calidad hospitalaria de 44 hospitales públicos, entre ellos el Hospital A Valenzuela. El programa se llama Qmentum Standards, en la auditoria de gestión quedaron las siguientes observaciones:

- Debilidades en los procesos de Esterilización en el Centro Quirúrgico
- Reutilización de elementos e insumos en Cirugía
- Equipos Hospitalarios Antiguos que deben ser reemplazados
- Implementación de un Plan para Manejo de Desastres
- No Funcionamiento de Equipos de Autoevaluación de Calidad (Plan de calidad)
- Plan Estratégico pendiente de culminar, dando énfasis en la atención al
- paciente
- Procedimientos de identificación de pacientes (Brazaletes)
- Políticas y procedimientos de salud e higiene ocupacional
- Control de calidad en cuanto a cuantificar los accidentes con los
- pacientes
- Control de la calidad del agua que se consume
- Pendiente Comité de Ética
- Problemas para ingreso de pacientes a salas de hospitalización en pisos
- altos (falta de elevadores)
- Deficiencias en los Planes de Mantenimiento Preventivo de Equipos

Cronograma de actividades del proyecto y tiempo de ejecución.

La Gestión de Calidad formará los comités de autoevaluación en base a los 21 estándares de calidad. Cada responsable de las autoevaluaciones formará su equipo de trabajo y posteriormente se harán los seguimientos en base a la metodología de la ONG canadiense, en base a las normativas del Ministerio de Salud Pública, teniendo como soporte el Plan de Calidad.

El tiempo de ejecución radica en dos etapas, la preparación y el manejo de las no conformidades, mismas que deben estar cubiertas hasta la siguiente visita

de la evaluadora. El plazo para obtener la calificación mínima es de 24 meses arrancando desde la fecha de la primera visita de la evaluadora.

#### Estrategias de Cumplimiento

- a) Hacer el seguimiento de las no conformidades, por intermedio de los grupos de autoevaluación y los Comités de Calidad.
- b) Gestionar los recursos que se necesiten para efectuar las correcciones de las no conformidades que se vayan levantando.

#### **Estrategia 2.- Preparación de Talento Humano en Especializaciones de Neumología y Cirugía Torácica**

En la actualidad tenemos profesionales de salud con más de 6 años de experiencia en la atención neumológica, lamentablemente no se han abierto concursos de esta especialidad y tampoco están validando las especialidades de hecho, por lo cual el calificarnos como Hospital Docente, aportaría un beneficio no solo a la comunidad sino a nuestro cuerpo de médicos.

Docencia e Investigación coordinará con Talento Humano un plan de preparación y de contingencias ante la falta de neumólogos y cirujanos torácicos certificados.

#### **Estrategia 3.- Centralización como Hospital Neumológica de Referencia de Pacientes Neumológicos de la Red de Salud.**

Por ser una Institución de III nivel especializado en enfermedades respiratorias somos catalogados de Referencia Nacional, con proyección por parte de la OPS (Organización Panamericana de la Salud) a ser catalogados como referente Internacional.

Una de las metas y planes a corto y mediano plazo es centralizar el flujo de pacientes neumológicos de Guayaquil y sectores aledaños, a través de la Red Pública.

Se establecen los siguientes pasos y estrategias primarias:

- Obtención de información actualizada del resto de hospitales públicos de Guayaquil y zonas aledañas sobre pacientes neumológicos que requieran hospitalización, UCI y cirugía.
- Establecer acuerdos y monitoreo constantes para que la referencia de pacientes neumológicos desde otros hospitales y centros de salud sea efectiva y eficiente
- Efectuar las gestiones que se establecen en este plan estratégico tendientes a mejorar el porcentaje de ocupación de camas, el número de cirugías en espera, la ampliación de UCI y la creación del área de cuidados intermedios, crear el servicio de cuidados post-quirúrgicos independientemente de UCI, sala de cuidados paliativos y mejoramiento del equipamiento y estándares de calidad.

#### **Estrategia 4.- Uso de Protocolos y Guías de Práctica Médicas Basadas en Evidencia**

Los profesionales que laboran en esta unidad hospitalaria trabajan en base a Protocolos y guías de práctica médica actuales basada en evidencia, las cuales anualmente están siendo revisadas por nuestro staff profesional, que incluye profesionales de medicina y enfermería, químicos farmacéuticos, profesionales en el área de laboratorio, sicología, nutrición, imagenología, terapias respiratorias; así como profesionales de los procesos de calidad y planificación según sean los casos.

## Pasos a Implementarse

Seguimiento constante por parte de los Comités de Historias Clínicas, farmacológico, Calidad y Ética, entre otros que se relacionen con el tema

- Interrelación con los planes de docencia e investigación
- Interrelación con la planificación de medicamentos e insumos en función a nuestro perfil epidemiológico y morbilidades
- Implementación de las auditorías médicas por parte de la Gestión de Calidad
- Interrelación a los procesos de autogestión por recuperación de valores de pacientes atendidos de la seguridad social

Tiempo de Implementación.- Inmediata y su seguimiento es constante, se

Necesita dejar evidencias de los procesos.

### **Estrategia 5.- Externalización de Servicios**

Uno de los compromisos presidenciales acogidos por el Ministerio de Salud Pública es el referente a la externalización de los servicios de alimentación, limpieza, lavandería y guardianía.

Al respecto el Programa de Servicios Dignos incluye observaciones generales de manera expresa sobre la guardianía, lavandería y alimentación, de las cuales ya se ha cumplido con el servicio de contratación de la guardianía privada.

A su vez, el Estatuto Orgánico establece labor de monitoreo de indicadores de estos servicios, recayendo la responsabilidad en la Gestión de Administración, Supervisión de Servicios Generales.

En relación a la externalización del resto de servicios, el estado es el siguiente:

Lavandería: Se cotizaron varias opciones mismas que están en análisis con la finalidad de analizar el costo/beneficio de dos escenarios, prestar nuestra infraestructura o que el proveedor se encargue de hacer el lavado en sus máquinas y local. Este análisis que se haría conjuntamente con las Gestiones de Planificación, Calidad y Administración, para definir la oportunidad y conveniencia institucional de externalización.

Alimentación: La Gestión de Administración tiene asignado por intermedio de Hotelería – Servicios Generales, levantar el costo de los menús, con la finalidad de efectuar comparaciones con unas cotizaciones previamente pedidas a proveedores externos. Con estos datos podemos efectuar comparaciones y hacer el análisis de costo/beneficio por parte de la Gestión de Planificación.

Adicionalmente, los cambios de última hora en cuanto a que por disposición presidencial se suspende la alimentación a los empleados, afectaron los cálculos previos.

Limpieza: La Gestión de Planificación tiene avanzados en aproximadamente un 80% los análisis de costos por segmentos de áreas, con la finalidad de poder pedir en el año 2014 por medio del portal de comprar la contratación externa de este servicio, que representa uno de los más importantes desde el punto de imagen, bioseguridad y control epidemiológico. Previamente, a cualquier paso a dar, se coordinará con la Gestión de Talento Humano referente a la situación del personal que presta sus servicios en dicho servicio, con la finalidad de que se reubique al personal en distintas funciones.

## **Estrategia 6.- Dosis Unitaria de Medicamentos**

El Ministerio de Salud Pública se encuentra desarrollando en toda la red de hospitales públicos un programa tendiente a la implementación y aplicación del Sistema de Dosis Unitaria de Medicamentos, dentro de los siguientes lineamientos generales de la Dirección Nacional de Medicinas e Insumos Estratégicos. Mediante Acuerdo Ministerial 00000569 del 06 de julio de 2011.se emite el Reglamento para la Gestión del Suministro de Medicamentos y Control Administrativo y Financiero, mismo que indica los siguientes aspectos importantes:

El Artículo 19 de dicho Reglamento establece la obligatoriedad de la aplicación de este sistema, tanto para pacientes ambulatorios, así como para pacientes hospitalizados, indicando para el caso de los hospitales en el Numeral 2ª: “Se deberá implementar la distribución por dosis unitaria de medicamentos en todos los Hospitales”.

La dispensación de medicamentos es el acto farmacéutico asociado a la entrega y distribución de medicamentos con las consecuentes prestaciones específicas; entre ellas: el análisis de la orden médica, la información sobre el medicamento, la preparación de las dosis a administrar. El sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias es un método de dispensación y control de la medicación en servicios de salud organizados y coordinados por la farmacia. Se entiende entonces que la administración de las dosis unitarias es el acto de proveer a la unidad de enfermería una cantidad de medicamentos suficiente para una dosis, en un compartimiento individual y en el momento oportuno, previo a la administración programada.



La Norma para la Aplicación del Sistema de Dispensación/Distribución de Medicamentos por Dosis Unitaria en los Hospitales del Ministerio de Salud Pública, emitido mediante Acuerdo Ministerial No. 00002744, del 8 de Enero del 2013, indica lo siguiente respecto al Sistema de Dosis Unitaria.

#### *“OBJETIVOS Y PRINCIPIOS*

##### OBJETIVOS

- Proporcionar máxima seguridad y eficiencia en la dispensación de medicamentos.
- Disminuir errores en ciclos de medicación (prescripción, dispensación y administración de medicamentos).
- Racionalizar la distribución de medicamentos al paciente.
- Garantizar que el medicamento prescrito llegue al paciente de forma segura y eficaz, mediante el control farmacoterapéutico.
- Utilizar eficiente y racionalmente los recursos humanos involucrados.
- Disminuir el costo hospitalario por paciente con una facturación más exacta de los gastos por medicamentos.
- Disminuir la pérdida en medicamentos debido a un inadecuado sistema de devoluciones y control de vencidos.
- Potenciar la labor del químico farmacéutico en el equipo multidisciplinario asistencial de salud.

##### PRINCIPIOS

- El farmacéutico debe de recibir la prescripción original
- Tanto el personal de enfermería de planta como el de farmacia, debe de recibir

Directamente la orden médica a partir de la cual las enfermeras preparan el plan de medicación a administrar y la farmacia la dispensación a realizar. La enfermera al recibir la medicación enviada por farmacia, comprobara la concordancia.

- Los medicamentos no se deben dispensar hasta que el farmacéutico haya validado la prescripción médica. Además este proceso de validación puede dar lugar a la intervención del farmacéutico en la mejora de la prescripción, adecuando la misma a las necesidades del paciente. Beneficios de dosis

Unitaria: Los beneficios se detallan a continuación:

- Optimiza la distribución y el uso de los medicamentos en los servicios de hospitalización;
- Mejora la calidad de atención al paciente hospitalizado
- Disminuye y corrige los errores de prescripción, dispensación administración de medicamentos;
- Asegura el cumplimiento de la prescripción,
- Contribuye con el control y seguimiento fármaco terapéutico a través de la identificación de problemas relacionados a su utilización y la posibilidad de resolverlos o prevenirlos,
- Fortalece la aplicación de sistema de aseguramiento de calidad.”

### 13. BIBLIOGRAFIA

Rey Calero J, Casal Román M. Tuberculosis. Recuerdo etiológico, epidemiología y medicina preventiva y social. Lucha antituberculosa. Orientación actual de la misma. En: Medicina Preventiva y Social, Higiene y Sanidad Ambiental. 6ª ed. Madrid: Editorial Amaro; 1980. p. 513-44.

MINSA. Tuberculosis en el Perú. Informe 2000. Lima. Perú 2001

Borroto S, Armas L, González E, Peláez O, Arteaga A, Sevy, J. Distribución y tendencia de la tuberculosis por grupos de edades y por Municipios en Ciudad de La Habana, Cuba, 1986-1998. RevEsp Salud Pública. 2000;74:507-515.

Tabilo F, Peña C. Reorientación del Programa de Localización de Casos de Tuberculosis. Región Metropolitana, 2006. RevChilEnfRespir. 2007;23:135-140

OPS. Condiciones de salud en las Américas". Washington D.E. 1999.

Avila-Funes.J. (2013). Qué es la calidad de vida.

INFOMED. (2000). SISTEMA DE SALUD.

González, V. (2013). Estrategias de intervención para mejorar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca. SANTIAGO DE CHILE.

MINSAL. (2011). No hay mejor médico que uno mismo prevención de enfermedades y fomento de vidas sanos. CHILE.

Molina\_M.Helia. (2010). PROMOCION DE LA SALUD. CHILE.

Observatorio. (2014). Las 11 claves para ganar calidad de vida para pacientes de EM. Madrid.

OMS. (2015). Estrategia de la OMS para los sistemas de salud .

Segui-Goma.A, Amador-Peris.P, & Ramos-Alcario.A. (2010). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis. Tarragona-Madrid.

Tejada. (2011). migracion y desarrollo.

Way, O. (2015). Calidad de vida en Estados Unidos.

# 14. ANEXOS



**Anexo I.- ENCUESTA DIRIGIDA A LOS PACIENTES DEL HOSPITAL DR. ALFREDO J. VALENZUELA DEL CANTÓN GUAYAQUIL DE LA PROVINCIA DEL GUAYAS**

**1. OBJETIVOS**

- Evaluar el desempeño de los diferentes áreas de atención al cliente
- Buscar las acciones que se puedan tomar en el siguiente semestre para satisfacer las demandas de nuestros clientes externos.

**2. INSTRUCCIONES**

- Reflexione sobre su respuesta y sea lo más objetivo posible
- Lea cuidadosamente cada pregunta y marque con una X la opción que más se ajuste a su criterio personal (escoja únicamente una opción).
- En caso de tener alguna duda sobre el texto de la pregunta, consulte al encuestador.
- La encuesta es personal y anónima, por lo tanto no necesita poner su nombre.

Guayaquil Noviembre 2015

1.- Señale la edad cronológica del paciente

Edad	Marque con x
15 a 20	
21 a 30	
31 a 40	
41 a 50	
50 a +	

2.- Sexo

Sexo	Marque con x
Masculino	
Femenino	

3.- Nivel de instrucción

Educación	Marque con una x
Primaria completa	
Secundaria completa	
Superior completa	
Primaria incompleta	
Secundaria incompleta	
Superior incompleta	

4.- Campo ocupacional

Ocupación	Marque con una x
Estudiante	
Independiente	
Ama de casa	
Desempleado	
Empleado	

5.- Nivel de conocimientos general

Conocimientos	Marque con una x
Bajo	
Medio	
Alto	

6.- Nivel de conocimientos sobre signos y síntomas

Conocimiento sobre síntomas	Marque con una x
Bajo	
Medio	
Alto	

7.- Nivel de conocimientos sobre tratamientos farmacológicos

Conocimiento sobre tratamiento farmacológico	Marque con una x
Bajo	
Medio	
Alto	

8.- Nivel de conocimientos sobre cuidados en el hogar

Conocimiento sobre cuidados en el hogar	Marque con una x
Bajo	
Medio	
Alto	

9.- Nivel de conocimientos sobre medidas preventivas

Conocimiento sobre medidas preventivas	Marque con una x
Bajo	
Medio	
Alto	

10.- Conocimientos según nivel

Conocimiento según nivel	Marque con una x
Bajo	
Medio	
Alto	

11.- Actitud de los usuarios con tuberculosis hacia el tratamiento farmacológico

Actitud tratamiento farmacológico	Marque con una x
Aceptación	
Indiferencia	
Rechazo	



12.- Actitud de los usuarios con tuberculosis hacia los cuidados del hogar

Actitud cuidados en el hogar	Marque con una x
Aceptación	
Indiferencia	
Rechazo	

13.- Actitud hacia medidas preventivas

Actitud medidas preventivas	Marque con una x
Aceptación	
Indiferencia	
Rechazo	

14.- Pacientes según su actitud

Actitud general del paciente	Marque con una x
Aceptación	
Indiferencia	
Rechazo	

15.- Actitud según nivel de conocimiento

Actitud nivel de conocimiento	Marque con una x
Alto	
Medio	
Bajo	



**Anexo II.- Fotografías del Hospital Alfredo Valenzuela**



Foto 1: Personal médico, paramédico administrativo y servicios del hospital



Foto 2: Sala de hospitalización Santa Lucía



Foto 3.- Unidad de cuidados intensivos

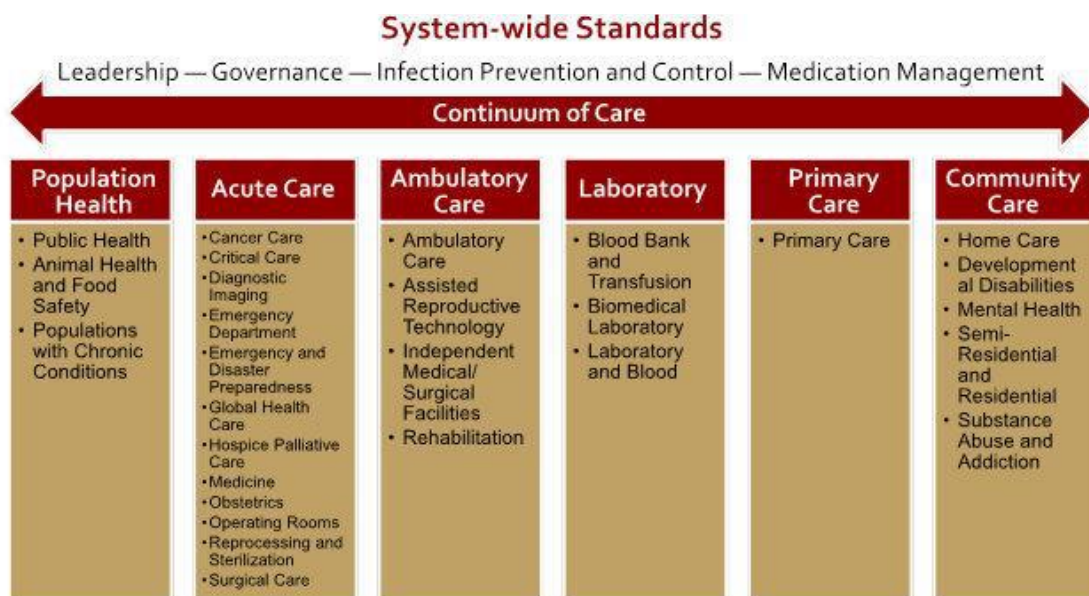


Foto 4.- Personal del Hospital Neumológico Dr. Alfredo J. Valenzuela.



**Anexo III.- Acreditación canadiense**

Qmentum International está creada bajo la filosofía de mejora de la calidad, transferencia de conocimientos y capacidad de construir. Reúne un amplio rango de miembros de staff, desde líderes y profesionales hasta gerentes y personal de apoyo, teniendo un profundo impacto en toda la organización. La organización está provista de todas las herramientas y recursos que se necesitan para implementar y monitorear las iniciativas de mejoras de calidad. Las organizaciones orientadas a la mejora del desempeño acogerán el reto de este riguroso programa de acreditación que reconoce los logros durante las distintas etapas de la mejora de la calidad.



**ANEXO IV: MATRIZ DE OPERACIONALIDAD DE LAS VARIABLES**

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
<b>General</b>				
¿Cómo determinar las estrategias de salud y calidad de vida en los pacientes que asisten al Hospital neumológico Dr. Alfredo J. Valenzuela de la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas?	Analizar las estrategias de salud y calidad de vida de los pacientes que asisten al Hospital neumológico Dr. Alfredo J. Valenzuela de la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas.	Si se analiza las estrategias de salud y calidad de vida en los pacientes, se mejoraría la calidad de vida que asiste al Hospital neumológico Dr. Alfredo J. Valenzuela de la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas.	<p><b>Variable Independiente</b></p> <p><b>X. Estrategias de salud</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <p>X1. Número de pacientes atendidos</p> <p>X2. Nivel de conocimientos sobre medidas preventivas</p> <p>X3. Nivel de conocimientos en el cuidado en el hogar</p>	<p>Escala de Likert</p> <p>1.- Aceptación</p> <p>2.- Indiferencia</p> <p>3.- Rechazo</p>
<b>Específicas</b>				
¿Realizar un análisis situacional con los grupos de interés del Hospital neumológico Dr. Alfredo J. Valenzuela de la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas?	Realizar un análisis situacional con los grupos de interés del Hospital neumológico Dr. Alfredo J. Valenzuela de la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas	Si se realiza el análisis situacional del Hospital neumológico Dr. Alfredo J. Valenzuela de la ciudad de Guayaquil, los grupos de interés cambiarán su actitud en los aspectos administrativos y operativos de cada unidad operativa	<p><b>Variable Dependiente</b></p> <p><b>Y. Calidad de vida</b></p> <p><b>Indicadores</b></p>	

<p>¿De qué manera el impacto de los procesos afecta en la calidad de atención de los pacientes en las unidades operativas del hospital?</p>	<p>Identificar el impacto de los procesos afectan en la calidad de atención de los pacientes en las unidades operativas del hospital</p>	<p>Si las matriz de impacto involucra a los diferentes actores, el interés de cada servidor público será dar una mejor atención en cada puesto de trabajo en cada sección asignada</p>	<p>Y1. Conocimientos según nivel Y2. Calidad de atención a los usuarios</p>	
<p>¿De qué manera la deficiencia en las estrategias operativas afecta la calidad de vida de los pacientes del Hospital neumológico Dr. Alfredo J. Valenzuela de la ciudad de Guayaquil?</p>	<p>Elaborar estrategias de salud operativas para mejorar calidad de vida de los pacientes del Hospital neumológico Dr. Alfredo J. Valenzuela de la ciudad de Guayaquil</p>	<p>La operatividad de las estrategias operativas y su ejecución, permitirá evaluar el desempeño y cumplimiento de metas institucionales en base a las políticas asignadas para cada proceso</p>		

**Anexo V: Matriz Problema- Objetivo- Hipótesis**

<b>Tema: “Estrategia de salud y calidad de vida en los pacientes del hospital Dr. Alfredo J. Valenzuela del cantón Guayaquil de la provincia del Guayas”.</b>		
<b>Problema General</b>	<b>Objetivo General</b>	<b>Hipótesis General</b>
¿Cómo determinar las estrategias de salud y calidad de vida en los pacientes que asisten al Hospital neumológico Dr. Alfredo J. Valenzuela de la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas?	Analizar las estrategias de salud y calidad de vida de los pacientes que asisten al Hospital neumológico Dr. Alfredo J. Valenzuela de la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas.	i se analiza las estrategias de salud y calidad de vida en los pacientes, se mejoraría la calidad de vida que asiste al Hospital neumológico Dr. Alfredo J. Valenzuela de la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas
<b>Problemas Específicos</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Hipótesis Especificas</b>
<p>¿Realizar un análisis situacional con los grupos de interés del Hospital neumológico Dr. Alfredo J. Valenzuela de la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas?</p> <p>¿De qué manera el impacto de los procesos afecta en la calidad de atención de los pacientes en las unidades operativas del hospital?</p> <p>¿De qué manera la deficiencia en las estrategias operativas afecta la calidad de vida de los pacientes del Hospital neumológico Dr. Alfredo J. Valenzuela de la ciudad de Guayaquil?</p>	<p>Realizar un análisis situacional con los grupos de interés del Hospital neumológico Dr. Alfredo J. Valenzuela de la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas</p> <p>Identificar el impacto de los procesos afectan en la calidad de atención de los pacientes en las unidades operativas del hospital</p> <p>Elaborar estrategias de salud operativas para mejorar calidad de vida de los pacientes del Hospital neumológico Dr. Alfredo J. Valenzuela de la ciudad de Guayaquil</p>	<p>Si se realiza el análisis situacional del Hospital neumológico Dr. Alfredo J. Valenzuela de la ciudad de Guayaquil, los grupos de interés cambiaran su actitud en los aspectos administrativos y operativos de cada unidad operativa</p> <p>Si las matriz de impacto involucra a los diferentes actores, el interés de cada servidor público será dar una mejor atención en cada puesto de trabajo en cada sección asignada</p> <p>La operatividad de las estrategias operativas y su ejecución, permitirá evaluar el desempeño y cumplimiento de metas institucionales en base a las políticas asignadas para cada proceso</p>

