



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**

**CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA**

**MAESTRÍA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

**TESIS DE GRADO**

**“LA ATENCIÓN DEL PERSONAL MÉDICO NO ESPECIALIZADO Y SU  
INCIDENCIA EN EL TRATAMIENTO A LOS PACIENTES DIABÉTICOS  
QUE ASISTEN A LA CONSULTA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN  
DE JESÚS DE LA CIUDAD DE QUEVEDO DURANTE EL AÑO 2014”.**

**TITULO DE MAGISTER EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

**AUTORES:**

**DR. HUGO CEVALLOS GALARZA**

**LIC. SONIA VALENCIA ALARCÓN**

**ASESORA DE TESIS:**

**DRA. IRMA SALAZAR HARO**

**QUEVEDO-LOS RIOS- ECUADOR**

**2014**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE**

**BABAHOYO**

**CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA**

**MAESTRÍA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

**TESIS DE GRADO**

**“LA ATENCIÓN DEL PERSONAL MÉDICO NO ESPECIALIZADO Y SU  
INCIDENCIA EN EL TRATAMIENTO A LOS PACIENTES DIABÉTICOS  
QUE ASISTEN A LA CONSULTA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN  
DE JESÚS DE LA CIUDAD DE QUEVEDO DURANTE EL AÑO 2014”.**

**TITULO DE MAGISTER EN GERENCIA DE SERVICOS DE SALUD**

**AUTORES:**

**DR. HUGO CEVALLOS GALARZA**

**LIC. SONIA VALENCIA ALARCÓN**

**ASESORA DE TESIS:**

**DRA. IRMA SALAZAR HARO**

**QUEVEDO-LOS RIOS- ECUADOR**

**2014**



**Universidad Técnica de Babahoyo**  
**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**  
**CENTRO DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**CERTIFICACIÓN DEL URKUND**

Dra, Irma Salazar Haro. Tutora de Tesis, a petición de la parte interesada.

**CERTIFICO;** que la presente Tesis, elaborada por la Lcda. Sonia Valencia Alarcón y Dr. Hugo Cevallos Galarza, con el tema **“LA ATENCIÓN DEL PERSONAL MÉDICO NO ESPECIALIZADO Y SU INCIDENCIA EN EL TRATAMIENTO A LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE ASISTEN A LA CONSULTA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS DE LA CIUDAD DE QUEVEDO DURANTE EL AÑO 2014”**. La misma que fue revisada, asesorada y orientada en todo proceso de elaboración, además fue sometida al análisis de Software Antiplagio URKUND, cuyo resultado es el 13% la cual se encuentra dentro de los parámetros establecidos para la titulación por lo tanto considero apta para la aprobación respectiva.

Document: **TESIS PARA EL URKUND.docx** (D15022904)  
Submitted: 2015-08-07 17:51 (-05:00)  
Submitted by: Centro de Postgrados (cepec@utb.edu.ec)  
Receiver: centro.de.postgrados.utb@analysis.orkund.com  
Message: SONNIA VALENCIA Y HUGO CEVALLOS [Show full message](#)  
13% of this approx. 21 pages long document consists of text present in 13 sources.

Rank	Path/Filename
1	LIBRO-MEDICINA-2014.docx
2	http://za.yimg.com/kai/groups/20882026/952115297/name/PROYECTO%20DE%20INV...
3	http://www.kicm.com/files/Tesis%20Ludmila.doc
4	tesis.vanessa.zea.pln.docx
5	http://cubapotenciamedica.blogspot.com/feeds/posts/default?orderby=updated
6	http://www.edomes.gob.mx/legistefon/doc/pdf/gct/2011/mar163.PDF
7	http://www.fcm.uncu.edu.ar/joomla/attachments/461_2do_Seminario_CA-APS_julio...
8	http://www.bdigital.unal.edu.co/7590/1/05599413_2012.pdf
9	http://www.americancollege.edu.ec/documents/PROVE%20TITULACION%20SIXTOH...

99% Active

Urkund's archive: UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO / LA ATENCIÓN DEL PERSONAL MED... 99%

INTRODUCCIÓN La atención al usuario que acude a los centros de salud no se limita al profesional de enfermería sino al equipo de salud como tal, el cual lo integran: Médicos (generales y especialistas), enfermeras (os), auxiliar de laboratorio, etc., y por ende cada miembro del equipo ejerce funciones que suelen ser Dependientes, Independientes e Interdependientes, por tanto la división del trabajo en el ámbito laboral es asumida horizontal y verticalmente tomándose en cuenta la competencia y capacitación, lo que interpone a los profesionales (Medicina Y Enfermería) en igualdad de condición en algunos casos. Dicho lo anterior es importante definir las condiciones catastróficas son aquellas patologías que amenazan la vida de quien las padece, provocan discapacidad a corto, mediano o largo plazo y cuyos costos de atención afectan sustancialmente la economía personal o familiar. La cobertura de las atenciones que las y los usuarios afectados por condiciones catastróficas requieren, ha sido un tema de difícil análisis y tratamiento pues debe ser visualizado desde el ámbito de la Salud Pública y desde el de la familia y el individuo Cabe resaltar que en nuestro país la atención médica está fundamentada como un derecho, tal como se estipula en La Constitución de la República que es responsabilidad del Estado de garantizar el efectivo goce del derecho a la salud a ecuatorianos y ecuatorianas y responsabiliza a la Autoridad Sanitaria Nacional de universalizar la cobertura de las prestaciones de salud, establecer mecanismos para efectivizar el acceso a las mismas y las estrategias para garantizar su calidad y sostenibilidad Con la definición de la calidad de la atención en salud se considera como un atributo de la atención que puede obtenerse en distintos grados y que consiste en

Certificación que confiero para fines legales.

Atentamente;

**Dra. Irma Salazar Haro**  
**TUTORA DE TESIS**



## **CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS**

**DRA. IRMA SALAZAR HARO**, en calidad de Directora de la Tesis cuyo título es:

“LA ATENCIÓN DEL PERSONAL MÉDICO NO ESPECIALIZADO Y SU INCIDENCIA EN EL TRATAMIENTO A LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE ASISTEN A LA CONSULTA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS DE LA CIUDAD DE QUEVEDO DURANTE EL AÑO 2014”.

De la autoría de DR. HUGO CEVALLOS GALARZA y LIC. SONIA VALENCIA ALARCÓN; quienes han cumplido con todo los requerimiento del programa de Maestría en Gerencia de los Servicio de Salud, considero que la misma debe ser presentada para la sustentación privada correspondiente ante el Tribunal que el Centro de postgrado y educación Continua se le designe.

Quevedo, Noviembre del 2015

---

**DRA. IRMA SALAZAR HARO**  
**DIRECTORA DE TESIS**



## **AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL**

Los suscritos, DR. HUGO CEVALLOS GALARZA y LIC. SONIA VALENCIA ALARCÓN, en calidad de autoras de la tesis realizada sobre “LA ATENCIÓN DEL PERSONAL MÉDICO NO ESPECIALIZADO Y SU INCIDENCIA EN EL TRATAMIENTO A LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE ASISTEN A LA CONSULTA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS DE LA CIUDAD DE QUEVEDO DURANTE EL AÑO 2014”, por la presente autorizamos a la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO, hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o de parte de los contienen esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

---

DR. HUGO CEVALLOS GALARZA.  
**AUTOR**

---

LIC. SONIA ALARCÓN  
**AUTORA**



## ACTA DE CALIFICACIÓN OBTENIDA

Los miembros del tribunal examinador aprueban el informe de investigación sobre el tema titulado “LA ATENCIÓN DEL PERSONAL MÉDICO NO ESPECIALIZADO Y SU INCIDENCIA EN EL TRATAMIENTO A LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE ASISTEN A LA CONSULTA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS DE LA CIUDAD DE QUEVEDO DURANTE EL AÑO 2014” de la auditoria del seguimiento equipo de investigación.

DR. HUGO CEVALLOS GALARZA .....

LIC. SONIA VALENCIA ALARCÓN .....

### FIRMA DEL TRIBUNAL

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX .....

**PRESIDENTE DEL TRIBUNAL**

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX .....

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX .....

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

## INDICE GENERAL

PORTADA.....	i
CONTRAPORTADA .....	ii
CERTIFICACIÓN DEL URKUND.....	iii
CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS .....	iv
AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL.....	v
ACTA DE CALIFICACIÓN OBTENIDA .....	v
INDICE GENERAL .....	vi
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. TEMA DE INVESTIGACIÓN.....	4
3. MARCO CONTEXTUAL .....	5
3.1. Contexto Internacional .....	5
3.2. Contexto Nacional .....	8
3.3. Contexto local e institucional.....	11
4. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA .....	14
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	17
5.1. Problema General Básico .....	17
5.2. Problemas específicos.....	17
6. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....	18
6.1. Objeto de estudio: Personal médico. ....	18
6.2. Temporal: Periodo 2014. ....	18
6.3. Campo de Acción: Hospital “Sagrado Corazón de Jesús” .....	18
6.4. Conceptual: La atención del personal médico no especializado	18
6.5. Espacial .....	19
6.6. Unidades de Observación.....	19
7. JUSTIFICACIÓN.....	19
8. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	21
8.1. General.....	21
8.2. Específicos .....	21
9. MARCO TEÓRICO .....	22
9.1. Marco Conceptual.....	22
9.1.1. Atención .....	22

9.1.2. Atención de salud.....	23
9.1.3. Sistemas y Servicios de Salud .....	23
9.1.4. Calidad de atención.....	24
9.1.4.1. Componentes.....	25
9.1.4.2. Factores de la calidad en la salud .....	27
9.1.4.3. Variables de la calidad en la salud .....	27
9.1.4.4. Principales indicadores de la calidad en la salud .....	28
9.1.4.5. Cualidades de la calidad en la salud .....	28
9.1.5. La estrategia de la Atención Primaria en Salud .....	29
9.1.6. Profesional de la salud .....	29
9.1.7. Tratamiento .....	30
9.2. Marco Referencial.....	31
9.2.1. Atención de salud.....	31
9.2.2. Valores de atención primaria de la salud.....	31
9.2.3. Elementos de la atención primaria en salud .....	32
9.2.4. Objetivos de la atención primaria .....	34
9.2.5. Prestación de atención primaria .....	34
9.2.6. Los componentes básicos de la atención primaria de la salud ....	35
9.2.7. Calidad de atención.....	35
9.2.8. Estrategias para el Avance a la APS .....	37
9.2.8.1. La APS como un nivel de asistencia sanitaria .....	38
9.2.8.2. La APS como una estrategia.....	39
9.2.9. Sistemas y servicios de salud .....	39
9.2.10. Calidad de la atención de la salud.....	40
9.2.10.1. Garantía de calidad en salud .....	42
9.2.11. Perfil de profesional de salud .....	43
9.3. Postura Teórica .....	44
10. HIPÓTESIS .....	46
10.1. General .....	46
10.2. Específicos .....	46
11. RESULTADOS OBTENIDOS .....	47
11.1. Análisis e interpretación de datos .....	47



11.1.1.	Encuesta dirigida a los pacientes que asisten .....	47
11.2.	Conclusiones y recomendaciones .....	54
11.2.1.	Conclusiones .....	54
11.2.2.	Recomendaciones .....	55
12.	PROPUESTA DE APLICACIÓN DE RESULTADOS .....	57
12.1.	Alternativa obtenida .....	57
12.2.	Alcance de la alternativa .....	58
12.3.	Aspectos básicos de la alternativa .....	58
13.	BIBLIOGRÁFICA .....	67
14.	ANEXO .....	69

## RESUMEN

La diabetes es una enfermedad crónica no trasmisible, prevenible se encuentra entre las siete principales causa de mortalidad de la población ecuatoriana especialmente los adultos mayores.

Esta investigación fue realizada con la finalidad de disminuir el índice de morbilidad y la presencia de complicaciones de los pacientes diabético, definir las condiciones catastróficas que son aquella patología que amenazan la vida de quienes la padece .La población en estudio fue de 165 pacientes diabéticos tres médicos, dos enfermera, ha sido un tema de difícil análisis y tratamiento pues debe ser visualizado desde el ámbito de salud pública y desde la familia y el individuo. Cabe resaltar que en nuestro país la atención médica está fundamentada como un derecho tal como lo estipula la constitución de la república. En nuestro estudio se plantea como Objetivo

Analizar la atención del personal médico no especializado y su incidencia en el tratamiento de los pacientes diabéticos y Determinar el nivel de preparación del personal de salud.

**Palabra clave.-** Atención del personal médico, incidencia al tratamiento del paciente diabético.

## **ABSTRACT**

### **SUMMARY**

Diabetes is a chronic non-communicable disease, preventable is among the seven leading causes of death of the Ecuadorian population, especially the elderly.

This research was conducted in order to decrease the morbidity and the presence of complications in diabetic patients, define the catastrophic conditions are those diseases that threaten the lives of those who suffer .The study population was 165 diabetic patients three doctors, two nurse, has been a subject of analysis and processing difficult it must be viewed from the field of public health and from the family and the individual. It should be noted that in our country is based healthcare as a right as stipulated in the constitution of the republic. Our study therefore seeks.

Analyze the attention of non-specialist medical staff and their impact on the treatment of diabetic patients and determine the readiness of health workers.

**Word key.-** attention of medical personnel, incidence treatment of diabetic patients.

## 1. INTRODUCCIÓN

La diabetes es una enfermedad que día a día cobra más relevancia en nuestro mundo pero muchas personas a pesar de sufrirla o de tener una elevada probabilidad de heredarla saben poco o nada de esta enfermedad.

Según las nuevas directrices en medicina la diabetes mellitus ya no se considera como una enfermedad de tipo metabólico sino que se menciona como una enfermedad cardiovascular debido a que su principal órgano diana es el endotelio vascular, es una enfermedad producida por un desequilibrio en los valores normales de glucosa en sangre (80-110 Mg/dl), estas personas se encuentran en estados de hiperglucemia o sea que sus valores normales de glucosa en sangre sobrepasan los 110 Mg/dl este estado hiperglicémico se puede deber a diversos factores entre los cuales tenemos:

- Disminución de la producción de insulina por el páncreas.
- Resistencia de los receptores de insulina en los tejidos
- Durante el embarazo( diabetes gestacional)

La diabetes mellitus es una enfermedad no transmisible desde el punto de vista epidemiológico y tiene un carácter genético o sea que se hereda, esta también se puede desarrollar debido a los estilos de vida del paciente lo que afecta directamente en su estado de salud por ejemplo una

persona que hace ejercicio regularmente proporciona una estimulación extra para la absorción de glucosa por el ejercicio ayuda a estimular los receptores GLUT del cuerpo, por lo tanto factores como obesidad, sedentarismo, tabaquismo y una predisposición genética son los principales componentes para el apareamiento de esta enfermedad.

La atención al usuario que acude a los centros de salud no se limita al profesional de enfermería sino al equipo de salud como tal, el cual lo integran: Médicos (generales y especialistas), enfermeras (os), auxiliar de laboratorio, etc., y por ende cada miembro del equipo ejerce funciones que suelen ser Dependientes, Independientes e Interdependientes, por tanto la división del trabajo en el ámbito laboral es asumida horizontal y verticalmente tomándose en cuenta la competencia y capacitación, lo que interpone a los profesionales (Medicina Y Enfermería) en igualdad de condición en algunos casos.

Cabe resaltar que en nuestro país la atención médica está fundamentada como un derecho, tal como se estipula en La Constitución de la República que es responsabilidad del Estado de garantizar el efectivo goce del derecho a la salud a ecuatorianos y ecuatorianas y responsabiliza a la Autoridad Sanitaria Nacional de universalizar la cobertura de las prestaciones de salud, establecer mecanismos para efectivizar el acceso a las mismas y las estrategias para garantizar su calidad y sostenibilidad

Con la definición de la calidad de la atención en salud se considera como un atributo de la atención que puede obtenerse en distintos grados y que consiste en el logro de los mayores beneficios, de acuerdo con los recursos disponibles y los valores sociales imperantes y de la consideración de las organizaciones de salud pública como organizaciones de servicios, se plantea una investigación sobre la atención del personal médico no especializado en la patología de diabetes y la incidencia en la evolución del paciente según el tratamiento prescrito por el médico en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo.

En el hospitales Sagrado Corazón de Cantón Quevedo, con capacidad de 100 camas, en donde se presenta en el problema de la carencia de personal Médico Residente especializado para tratar la patología de diabéticos es notorio, muchas veces por necesidad de los servicios el personal de Auxiliares de Enfermería se quedan encargadas de las salas de hospitalización cumpliendo labores que no son de su competencia.

La investigación se efectuó en bases a encuestas aplicadas a los usuarios mayores de 17 años que recibieron atención durante los meses de julio a diciembre del 2014, tomando en consideración aspectos generales de atención, ambientes y atención en los servicios, el trato del personal en consulta externa.

## **2. TEMA DE INVESTIGACIÓN.**

La atención del personal médico no especializado y su incidencia en el tratamiento a los pacientes diabéticos que asisten a la consulta del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo Provincia de Los Ríos.

### **3. MARCO CONTEXTUAL**

#### **3.1. Contexto Internacional**

La atención primaria de salud se presentó como un conjunto de valores, principios y enfoques destinados a mejorar el grado de salud de las poblaciones desfavorecidas. En todos los países, ofrecía una manera de mejorar la equidad en el acceso a la atención de salud y la eficiencia en la manera en que se usaban los recursos. La atención primaria de salud adoptó una visión holística de la salud que iba mucho más allá del limitado modelo médico.

Reconocía que muchas de las causas básicas de la mala salud y de la enfermedad escapaban al control del sector de la salud y, por lo tanto, deben abordarse a través de un enfoque amplio que abarque a toda la sociedad. De ese modo cumpliría varios objetivos: mejorar la salud, disminuir la morbilidad, aumentar la equidad y mejorar enormemente la eficacia de los sistemas de salud.

El problema radica en que los sistemas de salud y los programas de desarrollo de la salud se han convertido en un mosaico de componentes dispares. Ello se evidencia en la excesiva especialización de los países ricos y en los programas impulsados por donantes y centrados en una sola



enfermedad de los países pobres. Una gran proporción de los recursos se destina a los servicios curativos, pasando por alto las actividades de prevención y promoción de la salud, que podrían reducir en un 70% la carga de morbilidad a nivel mundial.

En resumen, los sistemas de salud son injustos, inconexos, ineficientes y menos eficaces de lo que podrían ser. Además, sin una reorientación sustancial es probable que los actuales sistemas de salud se vean desbordados por los crecientes desafíos del envejecimiento de la población, las pandemias de enfermedades crónicas, las nuevas enfermedades emergentes, como el SRAS, y las repercusiones del cambio climático.

«En lugar de reforzar su capacidad de respuesta y prever los nuevos desafíos, los sistemas sanitarios parecen hallarse a la deriva, fijándose una tras otra prioridades a corto plazo, de manera cada vez más fragmentada y sin una idea clara del rumbo a seguir»

En realidad, la OMS espera reavivar ese debate. La atención primaria de salud se puso oficialmente en marcha en 1978, cuando los Estados Miembros de la OMS firmaron la Declaración de Alma-Ata. La atención primaria de salud se interpretó erróneamente como la prestación de una mala atención a los pobres. También se consideró que se centraba exclusivamente en el primer nivel de atención.

En el Informe sobre la salud en el mundo, la OMS propone que los países basen sus decisiones relativas al sistema de salud y al desarrollo de la salud en cuatro orientaciones normativas amplias e interconectadas. Estas cuatro orientaciones representan los principios básicos de la atención de salud: Cobertura universal, Servicios centrados en las personas, Políticas públicas saludables y Liderazgo.

Cabe señalar que esta institución internacional conjuntamente con otra instituciones preocupados por el alto índice de morbilidad de pacientes con diabetes que se han registrado en los últimos diez años crearon el programa Diabetes Action Online es uno de los cinco objetivos de «Actuemos contra la diabetes, ya», un programa conjunto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de la Diabetes (IDF) cuya finalidad es aumentar sustancialmente la sensibilización mundial acerca de la diabetes y sus complicaciones estimulando y apoyando la adopción de medidas eficaces de vigilancia, prevención y control de la enfermedad.

Además los Centros Colaboradores de la OMS en materia de diabetes hacen una importante contribución a la labor del Programa de Diabetes en todo el mundo. Aunque la mayoría de ellos se encuentran en países desarrollados, su contribución internacional, a menudo en proyectos en los que participan los países en desarrollo, los hacen acreedores de su designación como centros colaboradores. Actualmente hay más de 700

centros colaboradores de la OMS en más de 80 Estados miembros que trabajan con la OMS en áreas como la enfermería , salud ocupacional, enfermedades transmisibles , la nutrición , la salud mental , las enfermedades crónicas y las tecnologías sanitarias.

### **3.2. Contexto Nacional**

Ecuador en materia de salud desarrolla una política basada en el "plan de desarrollo y del buen vivir", la misma que ha generado, un impacto importante en todos los estratos sociales gracias a políticas referentes a esta área. Sin embargo aún se generan dudas sobre los resultados de la fuerte inversión en materia de Salud.

El Sistema de Salud del Ecuador se caracteriza por la segmentación en sectores, privado y público. Como en otros países andinos de la zona, un sistema de seguridad social financiado por cotizaciones de los trabajadores del sector formal coexiste con sistemas privados para la población de mayor poder adquisitivo y con intervenciones de salud pública y redes asistenciales para los más pobres.

El Estado ecuatoriano en respuesta a las necesidades de la población y atendiendo el mandato constitucional creó la “Red de Protección Solidaria” (RPS) como un mecanismo de apoyo emergente en

condiciones catastróficas individuales a personas y hogares ecuatorianos. Las y los usuarios beneficiarios del componente de condiciones catastróficas de la Red Pública Integrada de Salud (RPIS) son aquellos que padezcan alguna de las condiciones consideradas como catastróficas y que hayan sido ingresadas dentro del sistema de cobertura de la RPIS

A partir del Referéndum de enero de 2008 en el que el pueblo ecuatoriano se pronunció aprobando la Constitución de Montecristi, el Estado Ecuatoriano asumió la responsabilidad de establecer los mecanismos y presupuestos para atender el mandato expresado en el artículo 50 de la Constitución y crea el Programa de Enfermedades Catastróficas ejecutado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) para la cobertura médica de las y los usuarios con condiciones definidas como catastróficas, que lo ejecuta a través del componente de condiciones catastróficas de la Red Pública Integral de Salud como un mecanismo de apoyo emergente en situaciones catastróficas individuales a las personas y los hogares ecuatoriano

La estructura del sector salud en Ecuador, como se ha indicado, está claramente segmentada. Existen múltiples financiadores y proveedores: Ministerio de Salud, Seguro Social IESS, ICS, ONG, etc., que actúan independientemente. La cobertura de la seguridad social es relativamente baja (IESS 10% y Seguro Campesino 10%) y la red asistencial pública muy

limitada quedando aproximadamente sin cobertura un 30% de la población. Otros prestadores que cubren pequeñas cuotas de aseguramiento son: la Sociedad Ecuatoriana de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA), la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) y los servicios de la Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional.

Cabe recalcar que en nuestro país esta patología -de acuerdo al experto- mata a un diabético cada dos horas. En 2013 murieron 4.600 pacientes con este mal. Y todo esto podía y puede prevenirse, asegura el profesional. De hecho, es la primera causa de muerte en el país, indica un estudio del INEC (comparación 1997 y 2011), donde se indica que en 1997 murieron 1.896 y en 2011, 4.455. Un alza totalmente considerable, la situación en el sector salud en Ecuador, es muy deficitaria, debido a las preocupantes cifras de pacientes con diabetes y sus principales causas el Estado está buscando alternativas para mejorar la calidad y servicio en materia de salud, con la finalidad de aplicar el plan del buen vivir

El Gobierno Nacional está implementando un sistema de atención de calidad y calidez en 10 hospitales que serán considerados pilotos y modelos en este nuevo programa. En Quito son 5 las casas asistenciales que han sido tomadas en cuenta, de Guayaquil son 3 los hospitales que fueron considerados, de Cuenca 1 y de Quevedo el hospital Sagrado Corazón de Jesús. En estos hospitales se invertirá para cambiar la

infraestructura, equipamiento y recursos humanos, capacitación continúa a todo nivel, ya sea profesionales administrativos o de servicios.

### **3.3. Contexto local e institucional**

La Historia del Centro de Salud Hospital de Quevedo, tiene su inicio en los años de 1960, cuando la religiosa de nacionalidad española Madre María Feliza Barande Arán, Directora de la Escuela Nuestra Señora de Fátima, reúne a un grupo de distinguidas damas, y conforman la Junta Parroquial de Caridad.

La principal finalidad de esta Junta, fue ayudar a los enfermos de tuberculosis, que en esa época prevalecía en la población. El filántropo señor Vicente Chang Luey, donó los terrenos para la construcción del Centro de Salud. Luego realizaron varios viajes a la capital de la República y muchas actividades artísticas, culturales y sociales; con la finalidad de adquirir fondos.

En 1964, el señor Ministro de Bienestar Social, Dr. Franklin Tello Mercado, inició los estudios y demás trámites, para la Construcción del Centro de Salud. El señor Clemente Yerovi Indaburo, Director de la Junta de Planificación y Coordinación Económica, quien inicia la construcción del Centro de Salud.

El señor Galo Chong- Quí, Legislador de la Provincia de Los Ríos y doctora June Guzmán de Cortés, consiguieron del señor Presidente Doctor José María Velasco Ibarra, el decreto de un impuesto, con el cual se cubrió los gastos de operación.

Finalmente, el señor Ministro de Finanzas Luis Gómez Izquierdo, ordenó el equipamiento del Centro de Salud, para que el 28 de Abril de 1971 con los Servicios de Consulta Externa, Emergencia, Laboratorio y Rayos X., con una plantilla de personal en número de 24, entre Médicos, Enfermeras y Empleados, y como primer Director el doctor Eduardo Iglesias Espinel , se inaugure el Centro de Salud, con la presencia del señor Ministro de Salud Pública, Dr. Francisco Parra Gil, y varias autoridades nacionales y locales.

El segundo Director del Centro de Salud, fue el doctor Laureano Crespo Ramírez en el año de 1974; y posteriormente el sucesor, doctor Raúl Duque Jiménez, en el año de 1976, quien realizó las gestiones para que este Centro de Salud, el 7 de octubre de 1977 abra sus puertas como Hospital, con las cuatro especialidades básicas: CIRUGIA, GINECO-OBSTETRICIA, MEDICINA INTERNA Y PEDIATRIA, con una plantilla de 83 empleados, constituyéndose el doctor Raúl Duque Jiménez, como primer Director del Hospital, siendo Ministro de Salud Pública, el doctor Asdrúbal de La Torre, el mismo que solemnizó el acto con su presencia.

En el año de 1993, el Hospital de Quevedo entra a formar parte como Área de Salud en el Proyecto Piloto de Atención Primaria de Salud, firmados por los Gobiernos de Ecuador y Bélgica. Posterior a esta fecha, el Hospital es considerado como Hospital de referencia de las 20 Unidades Operativas que conforman el Área de Salud No. 2. Constituyéndose la Unidad de Conducción del área (UCA) integrada al inicio por el Jefe de Área, Coordinador y Enfermera; posteriormente se sumaron algunos Jefes departamentales. El Director del Hospital automáticamente asume la Jefatura del área.

El Área de Salud 2, ha contado con los siguientes Coordinadores: Dr. Raúl Duque Jiménez, Dra. Narcisa Torres, Dra. Delfa Espinoza Vaca, Dr. Ignacio Chuquilla Mejía, Dra. Ana Burgos Chang y en la actualidad se encuentra cumpliendo esta función la Dra. Delfa Espinoza Vaca.

El Gobierno de Bélgica, según el Convenio, cumplió en 3 direcciones su aporte: Inversión, Capacitación e Infraestructura, siendo su primer Asesor, el doctor Leo Reyntjens, poniendo mayor énfasis en el asesoramiento técnico a todos los Recursos Humanos del área, habiendo sido favorecido algunos profesionales con Becas fuera del País: doctora Ana Burgos Chang, y Licenciada Marina Macato, Maestría en Salud Pública, sobre el Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, a la República de Argentina; doctora Gloria Terán de López, sobre el Perfeccionamiento en



la Tuberculosis y Métodos Estadísticos Epidemiológicos y Operacionales en Maestría y Salud Pública en la República de Bélgica, doctor Ignacio Chuquilla, y doctor José Silva, post grado de Medicina Tropical y Control de Enfermedades en la República de Bolivia, Magíster en Epidemiología y Enfermedades Tropicales en la Universidad Santiago de Guayaquil, doctora Delfa Espinoza Vaca, maestría en Salud Pública, en la Pontificia Universidad Católica.

#### **4. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.**

La salud es un bien social. En consecuencia, el acceso a las acciones de fomento de la salud y prevención de enfermedad, así como a los servicios de atención de salud, son un derecho esencial de las personas. Una atención médica oportuna, eficaz y al mínimo costo debería ser prioritaria para quienes sufren cualquier patología

En el sector salud, la política general definida por las autoridades ministeriales es "mejorar el nivel de salud de la población mediante la modernización del sector y el desarrollo de programas interinstitucionales tendientes a la atención integral de salud de las personas y la disminución de los riesgos y daños al medio ambiente"

A pesar que ha habido grandes esfuerzos para aumentar la red de servicios de atención, existen barreras de tipo estructurales que impiden cumplir lo planteado en las políticas de salud y que exista una verdadera equidad de la atención de los servicios de salud.

Las instituciones públicas de servicios de salud tienen una misión importante que es cumplir en la provisión de servicios equitativos, eficientes y de calidad; pero actualmente el Sistema de Salud no cuenta con los mecanismos que generen estos resultados en la operación cotidiana.

Además, debido a la creciente demanda de atención médica que se deriva en la Consulta Externa de los Establecimientos de Salud, los servicios ofrecidos en esta área de atención genera, por parte de su población objetivo, críticas por la demora para obtener citas de atención médica, estar anotados en listas de espera con amplio tiempo de resolución a sus problemas médico-quirúrgicos y el trato despersonalizado durante el proceso de gestión en esta área de actuación.

Entre los principales problemas que enfrentan los hospitales nacionales podemos mencionar la saturación y la falta de espacio físico, consulta tardía, las largas horas de esperas, la falta de insumos médicos, etc.

En el Hospital Sagrado Corazón de Jesús, la cita para consulta programada en las áreas de medicina y cirugía general tardan un mes y las citas con médicos especialistas pueden demorar hasta tres meses. A esto

se le atribuye la falta de personal médico especializado en la patología de diabetes, por lo que los pacientes con diabetes son atendidos por el médico de turno en consulta externa.

Cabe resaltar que los pacientes que padecen esta enfermedad deben ser tratados por un especialista, para evitar las complicaciones que se presentan a causa de un tratamiento deficiente, esta situación a largo plazo, puede dañar los vasos que proveen de sangre a varios órganos vitales, como el corazón, los riñones, los ojos y los nervios. Esto significa que la gente que padece diabetes también puede tener problemas de corazón, ataque súbito, problemas renales, de visión y del sistema nervioso.

El Endocrinólogo. Es el especialista que se encarga de tratar todos los padecimientos que tienen que ver con glándulas del cuerpo y con la secreción de hormonas. Él es el indicado para recetarte un medicamento para el control de la Diabetes. El Nutriólogo: se trata de un profesional que puede indicarte el balance ideal de alimentos que tu cuerpo necesita basándose en tus características. El Educador en Diabetes: es quien te puede enseñar cada una de las partes que conforman el control de la Diabetes. Y el Psicólogo: quien ayudar a afrontar el reto de vivir con Diabetes para evitar que caigas en una tristeza profunda o depresión. Otros especialistas que debes visitar con regularidad son: Podólogo (se encarga de mantener la salud de tus pies), Oftalmólogo (ya que tus ojos

pueden sufrir lesiones debido a los altos índices de glucosa en sangre),  
Urólogo, Neurólogo y Dentista, entre otros.

En la actualidad los hospitales deben orientar sus esfuerzos para mejorar la calidad de las atenciones y aumentar su número de médicos especialistas. Sin embargo, toda vez que la demanda supere la oferta se generarán listas de espera entre los usuarios y la calidad de la atención se reducirá.

## **5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **5.1. Problema General Básico**

¿De qué manera la atención del personal médico no especializado incide en la calidad del tratamiento a pacientes diabéticos que asisten a la consulta del Hospital Sagrado Corazón de Jesús. ?

### **5.2. Problemas específicos**

- ¿Cómo incide el nivel de preparación del personal médico no especializado en la calidad de atención al paciente diabético que asisten a la consulta del Hospital Sagrado Corazón de Jesús.?
- ¿Cuáles son las deficiencias de personal no especializado y de apoyo en la que asisten a la consulta del Hospital Sagrado Corazón de Jesús?
- ¿Cómo mejorar la atención de salud de los pacientes diabéticos que asisten a la consulta del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, durante.?

## **6. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.**

**6.1. Objeto de estudio:** Personal médico.

**6.2. Temporal:** Periodo 2014.

**6.3. Campo de Acción:** Hospital “Sagrado Corazón de Jesús”

**6.4. Conceptual:** La atención del personal médico no especializado y su incidencia en el tratamiento a los pacientes diabéticos

## 6.5. Espacial

<b>Institucional:</b>	Hospital Sagrado Corazón de Jesús
<b>Ubicación:</b>	Calle Av. Los guayacanes en la primera
<b>Parroquia:</b>	7 de Octubre
<b>Cantón:</b>	Quevedo

## 6.6. Unidades de Observación

<b>Director:</b>	Uno
<b>Doctores:</b>	Tres (Médico Tratante, Psicólogo, Nutricionista)
<b>Licenciadas:</b>	Dos (Enfermeras)
<b>Pacientes:</b>	165 pacientes

## 7. JUSTIFICACIÓN

Según el censo poblacional del 2010 entre las 7 principales causas de mortalidad de la población Ecuatoriana se encuentran: Enfermedades Hipertensivas, Diabetes Mellitus, Neumonía e Influenza, Accidentes de Transporte Terrestre, enfermedades Cerebrovasculares, Agresiones y Enfermedades Isquémicas del Corazón.

Las situaciones de emergencia que involucran a estas patologías clínicas, así como el trauma, deben ser manejadas de forma temprana y

profesional para evitar la muerte del o los individuos afectados, por lo cual la intervención del médico certificado dentro de la atención es fundamental.

Durante todo el proceso de atención en donde intervienen diversos actores, los clientes o usuarios van demandando algo más que solamente ser atendidos, están demandando servicios de calidad, es allí donde confluye la efectividad, la eficacia, la calidez, los valores éticos.

El tiempo de espera en los hospitales es uno de los indicadores de calidad en su dimensión interpersonal. La persistencia de los tiempos y listas de espera constituye uno de los aspectos de mayor relevancia en la gestión de las organizaciones públicas de salud.

Lograr que la calidad sea parte integral de cada acción en salud, es un verdadero reto, no se logra de la noche a la mañana, se necesita definir un proceso de cambio aplicado por etapas en donde se vaya midiendo el impacto de cada una de las estrategias que se implementen, es necesario crear evidencias visibles que puedan indicar si el camino para alcanzarla está siendo el correcto.

Está entonces plenamente justificado revisar los procesos de atención de calidad, modernizar los sistemas y establecer una planeación estratégica que nos permita alcanzar los objetivos propuestos en bienestar de todos los pacientes.

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

### **8.1. General**

Analizar la atención del personal médico no especializado y su incidencia en el tratamiento de los pacientes diabéticos que asisten a la consulta del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo.

### **8.2. Específicos**



- Determinar el nivel de preparación del personal médico no especializado en la calidad de vida de paciente diabético en Consulta externa.
- Establecer la deficiencia del personal no especializado y de apoyo en la atención a los pacientes diabéticos.
- Proponer Estrategias para un Plan de mejoramiento de calidad de para los pacientes diabéticos.

## **9. MARCO TEÓRICO**

### **9.1. Marco Conceptual**

#### **9.1.1. Atención**

La atención es la capacidad para observar lo que nos interesa y dejar de mirar lo que no queremos o no deseamos ver. La atención es el proceso a través del cual podemos dirigir nuestros recursos mentales sobre algunos aspectos del medio, los más relevantes, o bien sobre la ejecución de

determinadas acciones que consideramos más adecuadas de entre las posibles. Hace referencia al estado de observación y de alerta que nos permite tomar conciencia de lo que ocurre en nuestro entorno (ACEDOS, MARCH, PRIETO, 2005)

### **9.1.2. Atención de salud**

Es la alternativa para superar las desigualdades en salud, no es un ideal sino un principio organizativo, hacia la satisfacción de necesidades de salud de las personas. Trabajar por los más necesitados, afrontando las crisis sanitarias, construyendo sistemas de salud sostenibles y equitativos. La clave del éxito es fortalecer los sistemas de salud, orientados por estrategias y principios de atención primaria, promoviendo el desarrollo integrado a largo plazo de los sistemas de salud (ACEDOS, MARCH, PRIETO, 2005)

### **9.1.3. Sistemas y Servicios de Salud**

Sistema es el conjunto de elementos, que se reúnen y relacionan articuladamente para conformar un todo y/o cumplir una función. Cada sistema se define por su estructura y por su función. La atención primaria contribuirán a revestir las acciones tendientes a brindar una atención integral centrada en la promoción, la prevención y la rehabilitación,

juntamente con los usuarios/usuarias, sus familias y las comunidades donde viven (ACEDOS, MARCH, PRIETO, 2005)

#### **9.1.4. Calidad de atención**

Una característica dominante desde mediados del siglo pasado y muy notoria en el recorrido actual, es el esfuerzo notable de las instituciones el lograr la calidad en productos y servicios, como un imperativo para no sucumbir ante el peso y fuerza de la competencia, de una parte y por otra ante la necesidad y exigencia cada vez mayores de los usuarios (ACEDOS, MARCH, PRIETO, 2005)

La calidad de atención médica es una idea extraordinaria difícil de definir; la calidad en lo referente a la salud y a la atención médica, mencionando elementos básicos, el balance que debe existir entre riesgo y beneficio, la calidad de atención y su calidad, el costo monetario y la calidad de la atención y las influencias contextuales.

El proceso de garantías de calidad en los servicios de salud es un imperativo de esta época en que la evolución tecnológica, los avances en la medicina y el desarrollo del talento humano en salud, hacen que los administradores deban utilizar herramientas que les permitan controlar en forma adecuada los procesos que a ellos han sido encontrados

La calidad de salud en su más amplia concepción globaliza el gran complejidad que caracteriza a los servicios de salud. Incluyendo diferentes variables endógenas y exógenas. Dentro de esta concepción, se puede considerar la garantía de calidad en Salud como un proceso técnico científico, administrativo y financiero, que busca asegurar una adecuada prestación de servicios de salud, con el alto grado de utilización, por parte de los usuarios del sistema y con un excelente nivel de atención y clara percepción por parte de los proveedores de la calidad del servicio que ofrecen. (ALBAN, 2007)

#### **9.1.4.1. Componentes**

Bajo esta concepción, se define los seis componentes así:

**Contexto:** incluye fenómenos, circunstancias y elementos que constituyen el entorno o ambiente del sistema de salud. Incorpora las políticas internacionales, gubernamentales, sectoriales e institucionales, de cada entidad en particular

**Demanda:** Dentro de este componente se analizan las características de los usuarios de los servicios, relacionadas con la edad, sexo, procedencia, nivel socioeconómico, ocupación

**Oferta o estructura:** Estudia la organización y funcionamiento de las instituciones de salud, así como los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros, incluidos los sistemas de información vigentes.

**Proceso:** este componente identifica plenamente la evaluación y monitoreo; por lo tanto permite el ajuste periódico de los programas de salud establecidos. Puede definirse como la interrelación de los diferentes recursos (humanos, físicos y económicos) con las actividades intermediarias y finales de la atención en salud

**Resultado o producto:** Evalúa cuantitativamente las actividades realizadas en periodos habitualmente de un año, relacionadas por ejemplo con cirugía, partos y abortos atendidos, despachos de fórmulas, estudios de laboratorio y pruebas paraclínicas y en síntesis, volumen de egresos, consultad y pacientes atendidos en urgencias. En el campo preventivo.

**Impacto o efecto:** Evalúa aspecto tales como: la modificación del riesgo de la población de enfermar, incapacitarse o morir, el cumplimiento de

programas, actividades o tareas previstas por el sector salud y los cambios de actitud de los usuarios, hacia servicios.

#### **9.1.4.2. Factores de la calidad en la salud**

Los principales factores determinantes de la calidad en la salud son los siguientes:

- Talento humano, recursos físicos y recursos financieros
- Políticas y programas tecnología
- Procesos administrativos
- Desempeño eficacia, efectividad y eficiencia en el servicio
- Interacción con el sistema general de seguridad social en salud

#### **9.1.4.3. Variables de la calidad en la salud**

Las principales variables para medir la calidad en la salud son:

- La misión, los objetivos
- Las políticas
- Las normas (particulares, generales y jurídicas)
- Los programas
- Los protocolos
- Los flujogramas

- Los reportes e informes
- Los comités

#### **9.1.4.4. Principales indicadores de la calidad en la salud**

Los indicadores que son considerados evaluar para determinar la calidad en la salud son los siguientes:

- Estructura, proceso y resultados
- Periodicidad del servicio (diario, mensual, anual, etc.)
- Tiempos de espera (antes, durante y después del proceso)
- Accesibilidad
- Garantías, condiciones, quejas y reclamos (su atención)

#### **9.1.4.5. Cualidades de la calidad en la salud**

De tener varias cualidades a continuación se las enumera:

- Aceptabilidad
- Accesibilidad
- Atención humanizada
- Continuidad
- Eficiencia
- Efectividad

- Eficiencia
- Equidad
- Legitimidad
- Oportunidad
- Optimización
- Racionalidad lógico - científica
- Satisfacción del usuario
- Suficiencia e integralidad

#### **9.1.5. La estrategia de la Atención Primaria en Salud**

Etimológicamente primario significa principal, primero o en el primer orden. Atención primaria significa, lo principal y en términos epidemiológicos, lo prioritario. Frente a la imposibilidad real de resolver simultáneamente todos los problemas de salud, en especial en países como el nuestro, se imponía una estrategia que atendiera a los más importantes o trascendentales, para mejorar las condiciones de la salud de las colectividades (ACEDOS, MARCH, PRIETO, 2005)

#### **9.1.6. Profesional de la salud**

Es una persona capacitada para atender los problemas de salud de los pacientes según las diferentes áreas de las ciencias de la salud. Se



involucran en la atención primaria, la atención con especialistas y los cuidados de enfermería. El rol del profesional de la salud es ayudar a otra persona con las tareas de la vida diaria. El rol también implica darle comodidad y compañía mientras se realizan tareas para ayudar a una persona a llegar a cualquier nivel que necesite. Un profesional de la salud certificado puede recibir habilidades de aprendizaje para ayuda a pacientes de cualquier edad, como niños pero se generalmente se considera que un profesional de la salud certificado tiene la educación necesaria para ayudar a los adultos o ancianos que necesitan asistencia. El escenario es a menudo un centro de asistencia. (ACEDOS, MARCH, PRIETO, 2005)

#### **9.1.7. Tratamiento**

Es el conjunto de medios de cualquier clase (higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos) cuya finalidad es la curación o el alivio (paliación) de las enfermedades o síntomas. Es un tipo de juicio clínico. Son sinónimos: terapia, terapéutico, cura, método curativo. (ALBAN, 2007)

No se debe confundir con **terapéutica**, que es la rama de las ciencias de la salud que se ocupa de los medios empleados y su forma de aplicarlos

en el tratamiento de las enfermedades, con el fin de aliviar los síntomas o de producir la curación (Báez, 2009)

## **9.2. Marco Referencial**

### **9.2.1. Atención de salud**

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.(ALBAN, 2007)

La atención primaria de salud se orienta hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad y presta los correspondientes servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y de fomento de la salud. (ALBAN, 2007)

### **9.2.2. Valores de atención primaria de la salud.**

Son esenciales para establecer las prioridades nacionales y para evaluar si los cambios sociales responden o no a las necesidades y expectativas de

la población. Proveen una base moral para las políticas y programas que se proyectan en nombre del interés público. (AMESCUA, CARRICONDO, 2003)

### **9.2.3. Elementos de la atención primaria en salud**

Los elementos se entrelazan, forman parte de todos los niveles de un sistema de salud, y deben basarse en la evidencia actual de su efectividad en la mejora de la salud y/o en su importancia para asegurar otros aspectos de un Sistema de Salud Basado en la APS. (AMESCUA, CARRICONDO, 2003)

- **Acceso y cobertura universal:** Son el fundamento de un sistema de salud equitativo. Para alcanzar la cobertura universal se requiere que los arreglos financieros y organizacionales sean suficientes para cubrir toda la población, eliminar la capacidad de pago como barrera al acceso a los servicios de salud y a la protección social, al tiempo que se da apoyo adicional para alcanzar los objetivos de equidad e implementar actividades que promuevan la salud.
- **Atención integral e integrada:** Significa que el rango de los servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la provisión de servicios de promoción, prevención, diagnóstico precoz, curación, rehabilitación, atención paliativa y apoyo para el auto-cuidado. La

integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa. La atención integrada es complementaria de la integralidad porque ésta requiere de la coordinación entre todas las partes del sistema de salud para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud.

- **Énfasis en la prevención y promoción:** Permite ir más allá de la orientación clínica tradicional para incorporar la educación y la consejería en salud en el ámbito clínico individual, la regulación y los enfoques basados en políticas que mejoren las condiciones de vida de las personas y los ambientes de trabajo, y las estrategias de promoción de la salud para la población llevadas a cabo con otros componentes del sistema de salud.
- **Atención apropiada:** Significa que toda la atención prestada se basa en la mejor evidencia disponible y que la asignación de los recursos se prioriza con criterios de eficiencia y de equidad. En sí mismos, los servicios deben ser relevantes al tomar en consideración el contexto social y epidemiológico, familiar y comunitario.
- **Orientación familiar y comunitaria:** La familia y la comunidad son consideradas como el foco primario de la planificación y de la intervención, los servicios de atención primaria son fundamentales para asegurar el acceso equitativo de toda la población a los servicios básicos de salud.

#### **9.2.4. Objetivos de la atención primaria**

La atención primaria de salud tiene como objetivo curar la enfermedad, impedir su aparición, lo que favorece que aumente el nivel de salud. Para impedir su aparición haciendo que los factores responsables de su génesis no pueda producirla efectivamente. Para ello se promoverá todo aquello que aumenta el nivel de la salud de la persona. Esto se fundamenta en que es mejor para las personas no enfermar que ser curada. Lógicamente les ahorra sufrimiento y en muchas ocasiones es más fácil y efectivo impedir la aparición de la enfermedad que tratar de curarla. (ARCHER, FLESMAN, 2003)

#### **9.2.5. Prestación de atención primaria**

La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social. (ARCHER, FLESMAN, 2003)

Aunque los factores sociodemográficos, sin duda, influyen en la salud, un sistema sanitario orientado hacia la atención primaria es una estrategia política de gran relevancia debido a que su efecto es claro y relativamente rápido, en particular respecto a la prevención de la progresión de la enfermedad y los efectos de las lesiones, sobre todo a edades más tempranas. (ARCHER, FLESMAN, 2003)

#### **9.2.6. Los componentes básicos de la atención primaria de la salud**

- Educación sanitaria y promoción de la salud.
- Adecuado abastecimiento de alimento y promoción de una buena alimentación.
- Abastecimiento de agua potable y de saneamiento básico.
- Cuidados sanitarios materno-infantiles, incluyendo la salud reproductiva.
- Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- Prevención y control de enfermedades endémicas.
- Tratamiento apropiado de las enfermedades más habituales y de los traumatismos comunes.
- Provisión de medicamentos esenciales.

#### **9.2.7. Calidad de atención**

La Calidad de Atención en Salud no puede definirse desde el punto de vista exclusivo de un actor del sistema de salud. Cada uno de ellos -paciente, prestador, asegurador o entidad rectora- tiene una percepción diferente, que, sin contradecir y estando de acuerdo con la de los demás, hace énfasis en aquel o aquellos determinantes que más valora.(ÁLVARO, ANSA, APESTEGUIA, GRANADO 2004)

Para el paciente, por ejemplo, aspectos tales como la amabilidad y disponibilidad de tiempo del prestador, las características físicas del sitio en donde recibe la atención, el tiempo que transcurre entre el momento en que solicita el servicio y efectivamente lo recibe, y los resultados y las complicaciones del proceso, son características que puede evaluar fácilmente y que, por lo tanto, determinan su valoración de la calidad. Por el contrario, la idoneidad del prestador y el nivel de actualización de la tecnología empleada durante su atención, son aspectos que no puede evaluar y que, por eso mismo, da por hechos. (ÁLVARO, ANSA, APESTEGUIA, GRANADO 2004)

Para el prestador, sin desconocer la importancia de lo anterior, la valoración de la calidad se soporta en los aspectos que podríamos denominar científicos, técnicos y tecnológicos involucrados en el proceso, tales como credenciales y experiencia de los profesionales y tecnología disponible.

Para el pagador del servicio, la eficiencia, es decir, la relación entre el costo de cualquier intervención y su efectividad para evitar la enfermedad o para recuperar la salud, es la característica que más valora.

El resumen anterior sirve para ilustrar cómo la calidad en salud no depende de una sola característica, sino de múltiples aspectos, cada uno apreciado y valorado de manera diferente según el actor del sistema de que se trate.

Es por lo anterior que los expertos se entiende y define CALIDAD EN SALUD en términos de la sumatoria de los resultados de todas las dimensiones que la soportan. La atención en salud debe ser: efectiva, oportuna, segura, eficiente, equitativa y centrada en el paciente. (ÁLVARO, ANSA, APESTEGUIA, GRANADO 2004)

#### **9.2.8. Estrategias para el Avance a la APS**

Se necesita una transformación progresiva y ordenada desde el modelo actual hacia la APS.

1. Potenciar el modelo de APS tanto en el ámbito económico, administrativo, científico y funcional.
2. Reorientación de los profesionales actuales hacia la APS.



3. Mejorar la consideración hacia los profesionales de APS tanto económica como en importancia.
4. Mejorar la participación ciudadana en el sistema de salud.
5. La correcta y mejorada coordinación de los sectores involucrados en atención de salud.

La APS puede ser concebida desde varios puntos de vista:

#### **9.2.8.1. La APS como un nivel de asistencia sanitaria**

La APS es el primer punto de contacto con el sistema de salud, donde se buscará generar un espíritu de autorresponsabilidad de la población, enmarcada en una cooperación entre iguales, tanto del ámbito hospitalario como del centro de salud.

Hay que desechar algunas opiniones con respecto al médico de APS o médico de Familia, entre éstos que los médicos de APS son de “segunda fila” respecto de los hospitalarios, que el profesional brillante se encuentra en el hospital, o que el médico de APS es un fracasado y que por ello tiene que ejercer la profesión en una categoría inferior donde no existe futuro profesional ni científico; para tratar de resolver lo descrito se necesita un mayor incentivo al médico de APS tanto en sus procesos y necesidades, ya que un pilar fundamental de APS es el conocimiento amplio de clínica,

se podría considerar una especialidad de clínica hospitalaria y la medicina familiar una especialidad de clínica comunitaria

#### **9.2.8.2. La APS como una estrategia**

Los servicios deben estar diseñados y coordinados ampliando su accesibilidad para atender a toda la población. Siempre con una valoración coste-beneficio de sus actividades y resultados. No se puede negar su estructura intersectorial con la redistribución de recursos financieros, humanos y materiales. Es necesario tener presente que los resultados muchas veces se verán reflejados a largo plazo, razón por la cual es necesario contar con los elementos necesarios para su evaluación y cuantificación adquiriendo mucha importancia la medicina basada en evidencias, la epidemiología y la estadística (BARQUIN, 2004)

#### **9.2.9. Sistemas y servicios de salud**

El abordaje de las políticas de salud que determinan las características del funcionamiento del sistema sanitario sigue siendo problemático, porque las necesidades sociales son multidimensionales, los efectos adversos tienden a ser acumulativos, los recursos son limitados y las soluciones a menudo se hallan fuera del marco del sector salud. (BARQUIN, 2004)

Las políticas de salud son importantes porque afectan directa o indirectamente todos los aspectos de la vida cotidiana, las acciones, los comportamientos y las decisiones. Pueden prohibir conductas que se perciben como riesgosas, alentar las que se consideran beneficiosas, proteger los derechos y el bienestar de algunas poblaciones, impulsar ciertas actividades o proporcionar beneficios directos a los ciudadanos necesitados. (BARQUIN, 2004)

Las políticas reguladoras pueden definir acreditaciones profesionales, establecer controles de precios para los bienes y servicios, determinar criterios de calidad, seguridad y eficacia para los servicios de la salud, y abordar cuestiones de regulación social, tales como las relacionadas con la seguridad social y ocupacional, la inmunización, los alimentos y medicamentos, y la contaminación ambiental (BARQUIN, 2004)

#### **9.2.10. Calidad de la atención de la salud**

Es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud. (Avedis Donabedian)

**Absolutista:** Yo quiero lograr lo más posible, en el nivel de la salud de mi paciente. Muchas veces esto implica el indicar muchos estudios, a veces se hace un estudio y no estoy conforme por eso mando hacer otro estudio.

Yo quiero hacer todo lo posible por mi paciente, gráficamente es como el practicar una higiene muscular con todo el equipo posible, con toda la tecnología disponible y en un sujeto que esté dispuesto a que yo lo fije, lo varíe y le haga muchas cosas. Esto es la definición absolutista y está un poco más cercana a la media. (DIPRETE, FRANCO, 2003)

**Individualista:** El paciente como sujeto es el que sufre, del que tomo muestra de sangre, el que paga por los estudios que yo le pida, y no necesariamente, va a ser igual su definición de calidad a la que yo tengo como médico, yo como médico si no estoy seguro que mi paciente tenga cáncer, voy a sugerirle: vamos a realizarle una biopsia, o una intervención quirúrgica; pero el paciente puede decir, bueno y que me ofrece usted a cambio de esta nueva vida, ¿el que usted sepa exactamente si yo tengo cáncer va a prolongar mi vida? y puede ser que la respuesta sea no. (DIPRETE, FRANCO, 2003)

**Social:** Nosotros tenemos unos bienes comunes y que son los recursos que tiene la sociedad para gastar en la salud de la población, el que yo le dé a un sólo individuo, implica que ya no va a estar disponible para el siguiente paciente que se presente, en una definición social se busca lograr el mayor beneficio, pero ello implica que algunos individuos puedan no llegar a recibir todos los beneficios, esto es un beneficio de la mayoría de la sociedad. (DIPRETE, FRANCO, 2003)

### **9.2.10.1. Garantía de calidad en salud**

La Organización para la Excelencia de la Salud (OES) antes Centro de Gestión Hospitalaria (CGH), en asocio con el Canadian Council on Health Services Accreditation y Qualimed (México), desarrolló para el Ministerio de la Protección Social de Colombia (Ministerio de Salud en su momento), a través del Programa de Apoyo a la Reforma, el proyecto de evaluación y ajuste de los procesos, estrategias y organismos encargados de la operación del sistema de garantía de calidad para las instituciones de prestación de servicios. (DE SOUZA, 2003)

Este proyecto fue ejecutado entre enero de 2000 y junio de 2001, y le dejó al país una serie de elementos conceptuales e instrumentales que hizo posible la implementación de un sistema de garantía de calidad dentro de los actores de sistema de salud. (DE SOUZA, 2003)

Actualmente el país tiene implementado, y en un permanente ciclo de mejoramiento y actualización un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, (SOGC) sustentado en un marco conceptual que comprende el enfoque de gestión integral por calidad, el mejoramiento continuo de la calidad, el enfoque centrado en el cliente y el enfoque sistémico. (DIPRETE, FRANCO, 2003)

Operativamente se concreta en cuatro componentes:

1. Sistema único de habilitación
2. Sistema único de acreditación
3. Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud
4. Sistema de información para la calidad

Cada uno de los componentes opera autónomamente, pero se encuentra articulado con los demás en un modelo de incentivos para la calidad de la atención en salud.(DONAVEDIAN, 2003)

#### **9.2.11. Perfil de profesional de salud**

El perfil profesional que la gran mayoría de universidades adopta es la del médico general que cuente con el conocimiento necesario para aplicarlo a la APS, además no se evalúan las competencias en el área de la APS sino que se evalúa los conocimientos clínicos en general. Es necesario incrementar para el final de la carrera los aspectos prácticos en APS, con rotaciones más largas en el internado. (DONAVEDIAN, 2003)

La práctica rural obligatoria ha demostrado poseer una correlación positiva con la formación de médicos en APS. Existen estudios que demuestran que la decisión sobre su posgrado es tomado en los últimos años de estudio. En nuestra realidad la gran mayoría de los docentes no tienen experiencia en el campo de APS. Los recursos en salud deben tener la orientación que

se necesite, el estado debe incentivar a los profesionales hacia la APS, caso contrario tenderá a la sub especialización en el área hospitalaria, o a la migración hacia la ciudad u otros países. El cambio de la preparación en el hospital pasando al centro de salud nos permitiría formar más profesionales en menor tiempo (DONAVEDIAN, 2003)

### **9.3. Postura Teórica**

La Atención Primaria de Salud (APS) es reconocida como componente clave de los Sistemas de Salud; este reconocimiento se sustenta en la evidencia de su impacto sobre la salud y desarrollo de la población.

Así mismo, las experiencias acumuladas tanto en países desarrollados como en proceso de desarrollo han demostrado que la APS puede ser adaptada a los distintos contextos políticos, sociales y culturales. Por otra parte, los cambios demográficos, sociales y epidemiológicos producidos desde la celebración de la Conferencia de Alma Ata acarrearán la necesidad de una revisión profunda de la estrategia de APS para que pueda dar respuesta a las necesidades en salud y desarrollo de la población en el mundo.

Garantía de calidad es el resultado del compromiso formal de la institución como un todo, del grupo humano que aquí labora, de los recursos presupuestales, de los equipos, de las condiciones de infraestructura física, de los elementos que se utilizan y del servicio oportuno y diligente que se preste. Es el producto de una buena planeación, de una excelente gestión gerencial y administrativa, de una educación consistente del personal, de una permanente evaluación y una rigurosa retroalimentación, de una continua labor investigativa, de una motivación general, de una voluntad incondicional de hacer todas las cosas bien para un fin único que es la satisfacción del usuario.

En las condiciones actuales de crisis económica y social que enfrentan los pueblos especialmente nuestro país, donde cada vez es escaso el presupuesto para el sector salud en el cual la insatisfacción del usuario va en aumento por los prolongados, las acciones de prevención de enfermedades y promoción y fomento de la salud son escasos, es imperiosa la necesidad de implementar estrategias que permitan medir el cumplimiento de programas establecidos por el Ministerio de Salud Pública. APS es inexistente en la realidad Ecuatoriana. Si en la práctica hospitalaria, en el centro de salud la investigación no está contemplada dentro de sus fines ni actividades. Los centros de salud no tienen la intención ni los recursos necesarios para llevar a cabo investigación.

Sabiéndose que el 90% de los motivos de consulta deberían ser atendidos por médicos de APS o médicos familiares, es necesario emprender estos



retos para el desarrollo de esta rama de la medicina con un componente científico.

Esto nos permitirá identificar las patologías más frecuentes, tratar enfermedades en estadios más tempranos, conocer y mejorar los hábitos, estilos de vida, realizar un seguimiento continuo, investigaciones a largo plazo, avanzar en la informatización. En esto radica la importancia de la investigación en APS.

## **10. HIPÓTESIS**

### **10.1. General**

Con el análisis de la atención del personal médico no especializado permitirá determinar las incidencias en el tratamiento de los pacientes diabéticos que asisten a la consulta del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo.

### **10.2. Específicos**

- El nivel de preparación del personal médico no especializado influirá en la calidad de vida del paciente diabético.

- Con la determinación de la deficiencia del personal no especializado permitirá mitigar las principales deficiencias de la atención a los pacientes diabéticos.
- Con la implementación de Estrategias para del Plan de atención de Calidad para los pacientes diabéticos ayudara a mejorar la calidad de vida del paciente.

## 11.RESULTADOS OBTENIDOS

### 11.1. Análisis e interpretación de datos

#### 11.1.1. Encuesta dirigida a los pacientes que asisten al hospital corazón sagrado de Jesús

##### Pregunta 1. ¿Desde hace cuando usted tienen diabetes?

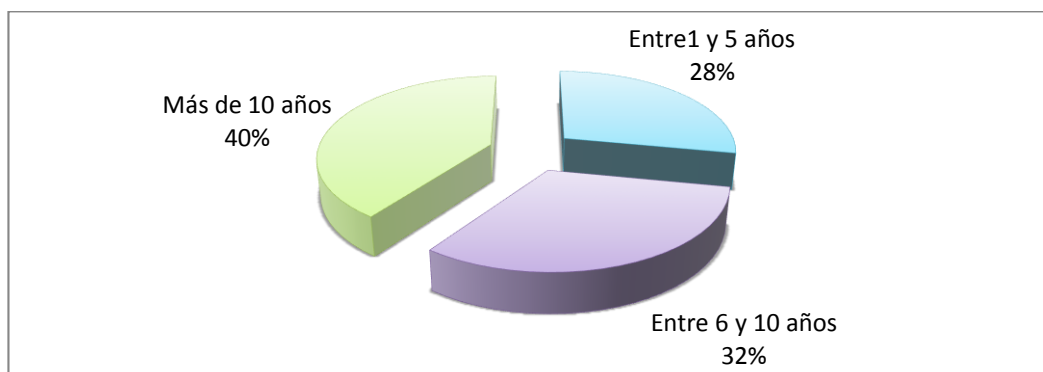
**Tabla 1. Años que padece la enfermedad**

<b>CRITERIO</b>	<b>FRECUEN</b>	<b>PORCENT</b>
Entre 1 y 5 años	46	28%
Entre 6 y 10 años	52	32%
Más de 10 años	67	40%
<b>TOTAL</b>	<b>165</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta a los pacientes adultos mayores con diabetes

**Elaborado por:** Los autores

## GRÁFICO N° 1



### Interpretación

Del total de pacientes con diabetes encuestados el 40% manifestaron que padecen de la enfermedad más de 10 años, el 32% dijeron entre los 6 y 10 años, el 28% que entre 1 y 5 años padecen de la diabetes

### Pregunta 2. ¿Cómo define usted la diabetes?

Es una enfermedad caracterizada por:

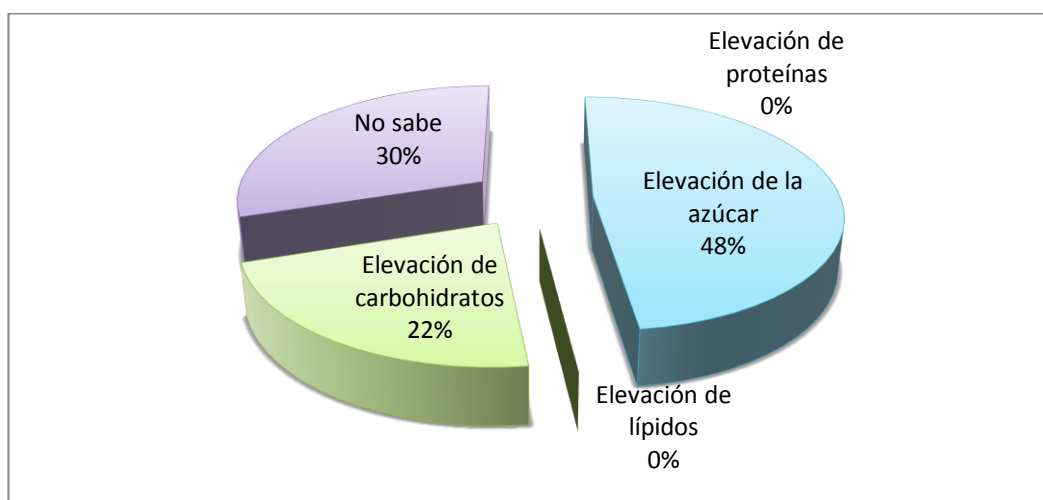
**Tabla 2. Definición de diabetes**

CRITERIO	FRECUEN	PORCENT
Elevación de proteínas	0	0%
Elevación de la azúcar	79	48%
Elevación de lípidos	0	0%
Elevación de carbohidratos	38	22%
No sabe	48	30%
<b>TOTAL</b>	<b>165</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta a los pacientes adultos mayores con diabetes

**Elaborado por:** Los autores

## GRÁFICO N°2



### Interpretación

Del total de pacientes con diabetes encuestados el 48% manifestaron que es la elevación del azúcar, el 30% manifestaron que no saben, el 23% dijeron que es la elevación de los carbohidratos

### Pregunta 3. ¿La diabetes se puede complicar?

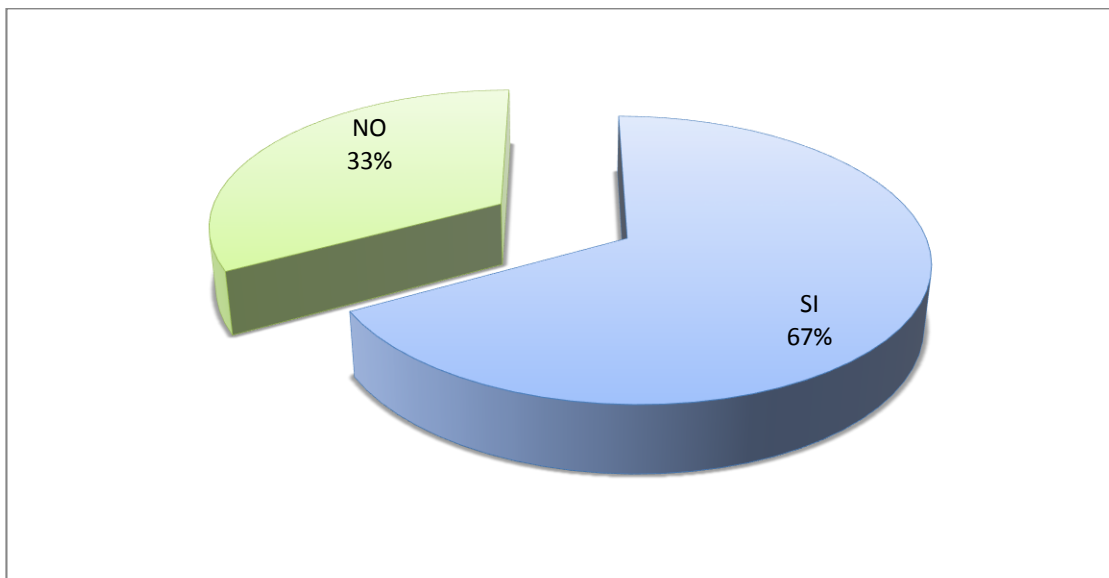
Tabla 3. Complicar la diabetes

CRITERIO	FRECUEN	PORCENT
SI	111	67%
NO	54	33%
<b>TOTAL</b>	<b>165</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta a los pacientes adultos mayores con diabetes

**Elaborado por:** Los autores

### GRÁFICO N° 3



#### Interpretación

Del total de pacientes con diabetes encuestados el 67% manifestaron que la diabetes se puede complicar, mientras que el 33% dijeron que no.

**Pregunta 4. Si su respuesta es sí, Qué órganos considera usted que la diabetes afecta**

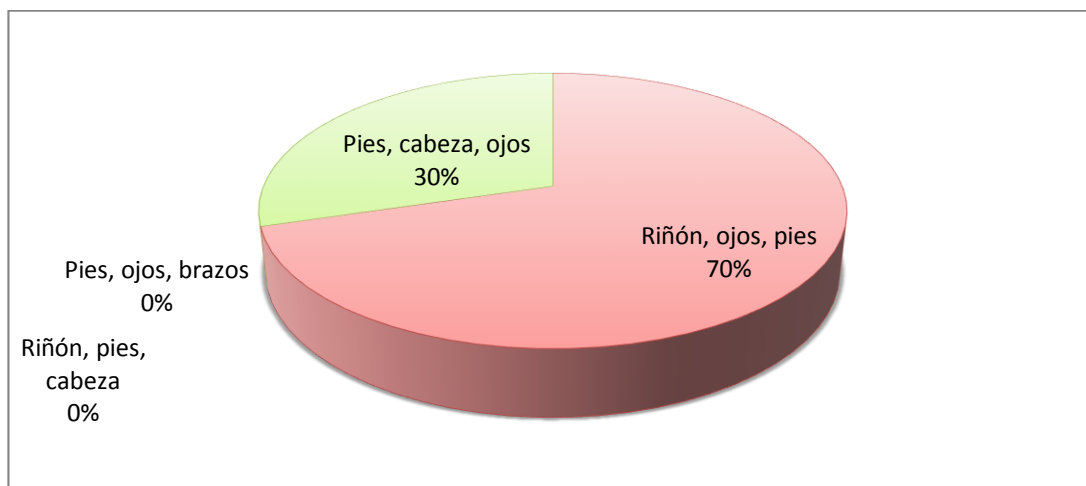
**Tabla 4. Órganos que puede afectar**

CRITERIO	FRECUEN	PORCENT
Riñón, ojos, pies	116	70%
Riñón, pies, cabeza	0	0%
Pies, ojos, brazos	0	0%
Pies, cabeza, ojos	49	30%
<b>TOTAL</b>	<b>165</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta a los pacientes adultos mayores con diabetes

**Elaborado por:** Los autores

#### **GRÁFICO N° 4**



#### **Interpretación**

Del total de pacientes con diabetes encuestados el 70% manifestaron que la diabetes afecta a los riñones, ojos y pies, el 30% dijeron que son los pies, cabeza y ojos.

**Pregunta 5. Considera usted que las recomendaciones que le da el personal médico de consulta interna le está ayudando en su mejoría**

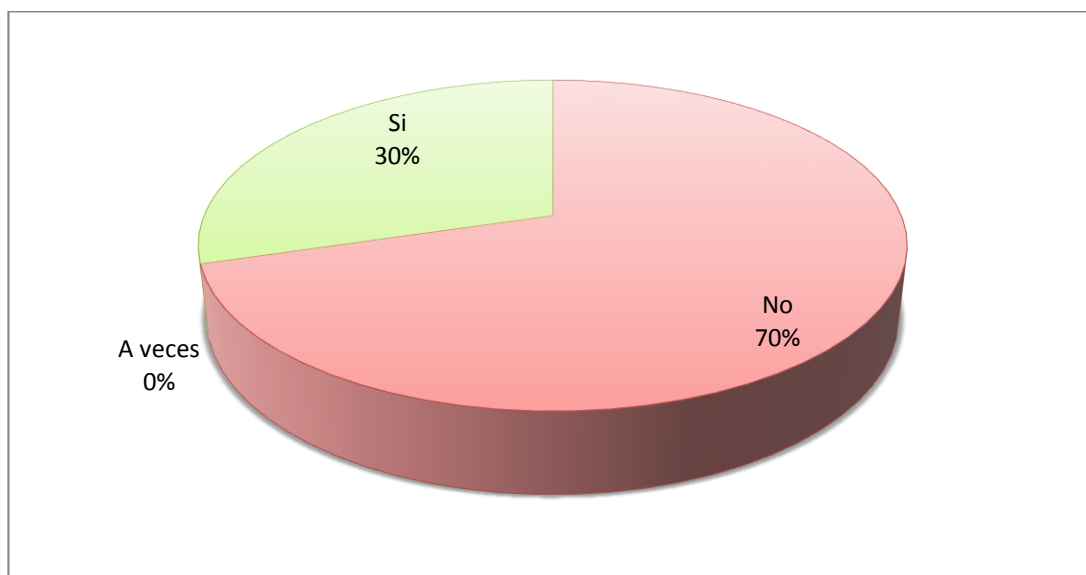
**Tabla 5. Personal médico**

<b>CRITERIO</b>	<b>FRECUEN</b>	<b>PORCENT</b>
Si	49	30%
A veces	0	0%
No	116	70%
<b>TOTAL</b>	<b>165</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta a los pacientes adultos mayores con diabetes

**Elaborado por:** Los autores

## GRÁFICO N° 5



### Interpretación

Del total de pacientes con diabetes encuestados el 70% manifestaron que con el tratamiento prescrito por el personal médico no presentan mejoría y el 30% manifestaron que si se sienten mejor con el tratamiento

**Pregunta 6. Considera usted que es necesario implementar personal médico especializado en la patología de la diabetes**

**Tabla 6. Personal médico**

CRITERIO	FRECUEN	PORCENT
Necesario	165	1000%
Tal vez	0	0%
Innecesario	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>165</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta a los pacientes adultos mayores con diabetes

Elaborado por: Los autores

### GRÁFICO N° 6



### Interpretación

Del total de pacientes con diabetes encuestados manifestaron que es necesario contar con personal médico especializado, para una mejor atención de salud y garantizar la calidad de vida.

**Pregunta 7. Considera usted que se debería implementar estrategias para mejorar la calidad de la atención de salud del hospital corazón sagrado de Jesús**

**Tabla 7. Estrategias**

CRITERIO	FRECUEN	PORCENT
Necesario	165	1000%
Tal vez	0	0%
Innecesario	0	0%



<b>TOTAL</b>	<b>165</b>	<b>100%</b>
--------------	------------	-------------

**Fuente:** Encuesta a los pacientes adultos mayores con diabetes

**Elaborado por:** Los autores

## GRÁFICO N° 7



### Interpretación

Del total de pacientes con diabetes encuestados manifestaron que es necesario que implemente estrategias para mejorar la calidad de atención en el Hospital Corazón Sagrado de Jesús.

## 11.2. Conclusiones y recomendaciones

### 11.2.1. Conclusiones

- Se concluye que el nivel de preparación del personal médico de consulta externa no es el más adecuado, ya que por su desconocimiento profundizado con lo que respecta a un tratamiento

idóneo para para pacientes diabéticos repercute negativamente en la calidad de vida del paciente.

- La deficiencia que se presentan del personal no especializado en la patología de la diabetes, el desconocimiento de procedimiento frente a un caso de pie diabético deteriorado.
- Con las estrategias se brindara una mejor calidad de atención a los pacientes diabéticos.

#### **11.2.2. Recomendaciones**

- Que el personal médico se mantenga en conste capacitaciones en las diversas enfermedades que se presentan en la actualidad con la finalidad dar una atención de calidad y contribuir con la calidad de vida y el buen vivir del paciente
- Que el personal médico supere las deficiencias que presenta actualmente por el bienestar de los pacientes .
- Se sugiera la implementación de estrategias para el mejoramiento de ls calidad de atención hacia los pacientes en general.

- Implementar y desarrollar nuevos cambio en los estilo de vida de los ecuatoriano, alimentos actividad, física, auto responsabilidad. Con charlas inductivas a nivel institucional y difusión masiva en medios informativos.
- Crear y desarrollar grupos de apoyo familiares, barriales y sectoriales para prevención y cuidados del paciente diabético en población en riesgo
- Examen clínico preventivo anual.
- Control de la obesidad como política de estado

Administrativas.

- Conformar equipos de salud con perfil y capacidad adecuada a la especialidad: Médicos diabetologos
- Creación o destinación de una área de atención del paciente diabéticos
- Equipamiento adecuado de materiales, insumos y medicina en forma permanente.
- Creación de partida presupuestaria permanente , y desglosada de la partida general destinada a la institución
- Que las direcciones departamentales de salud, sean ocupadas por personal con perfil idóneo en gestión y administración pública de salud

## **12. PROPUESTA DE APLICACIÓN DE RESULTADOS**

### **12.1. Alternativa obtenida**

Después de haber analizado las encuestas a los pacientes con diabetes que asisten a la consulta en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús, del cantón Quevedo en la provincia de Los Ríos en el periodo lectivo 2014, se observó que los pacientes carecen de información idónea para

sus respectivos autocuidados, debido a la desconfianza al personal médico de consulta externa por no ser un especialista en la patología de diabetes, lo cual está repercutiendo seriamente en la calidad de vida y su tratamiento, por esta razón se plantea una alternativa sobre ESTRATEGIAS PARA GARANTIZAR CALIDAD DE ATENCION al paciente, la misma que consiste en implementar una red a nivel institucional que facilite la información de la disponibilidad de un especialista para que pueda aplicar el tratamiento indicado y evitar las complicaciones como pie diabético, retinopatía, nefropatía, lesiones en los nervios, etc.

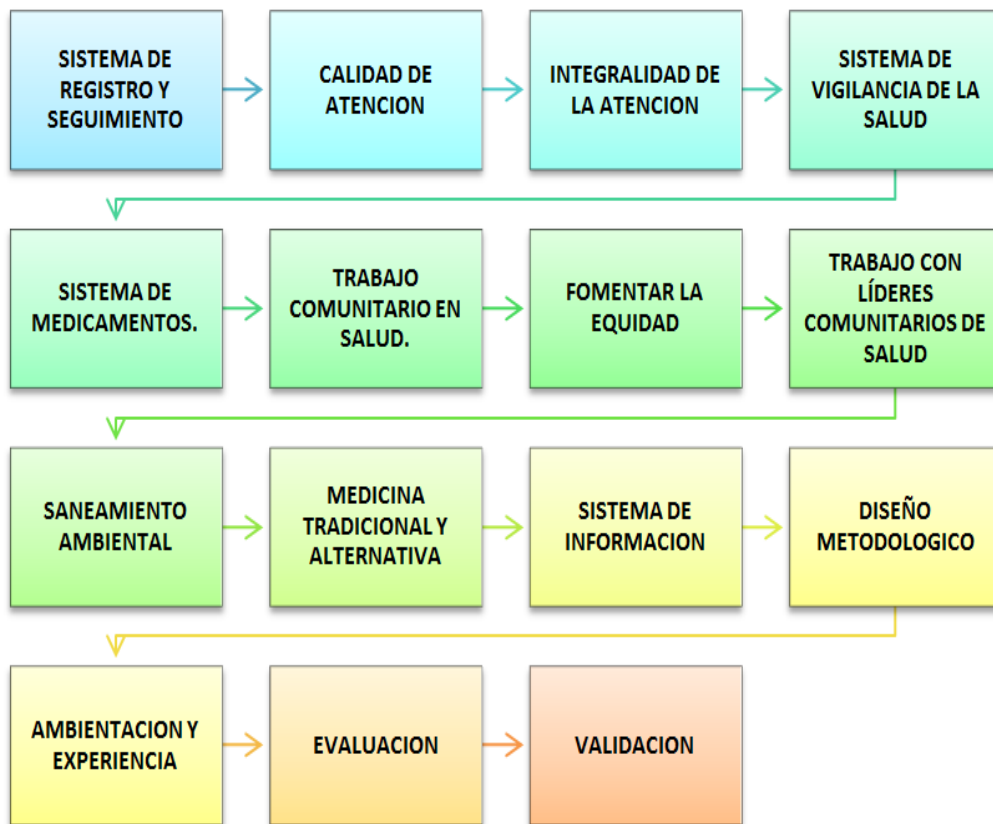
## **12.2. Alcance de la alternativa**

La presente propuesta a través de los objetivos esta direccionados a finalidad de disminuir el índice de morbilidad y la presencia de complicaciones en los pacientes con diabetes que acuden a consulta en el Hospital Corazón Sagrado de Jesús del cantón Quevedo durante el periodo lectivo 2014, de la misma manera darle a conocer las prácticas de autocuidado.

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

### **ESTRATEGIAS PARA GARANTIZAR CALIDAD DE ATENCION**

### **RED DE ATENCIÓN Y SISTEMA DE REFERENCIA**



### Red de atención y sistema de referencia/ contrareferencia

El objetivo de la formación de la RED es que toda persona reciba una atención adecuada de acuerdo a un paquete mínimo, que de acuerdo a la complejidad del caso pueda acceder a los niveles de atención necesarios y que exista una retroalimentación al nivel que lo refirió para garantizar el seguimiento y la solución del problema de salud por la que se ingresó a la RED.

La primera tarea es establecer la RED en el ámbito de responsabilidad del servicio, esta red o micro red debe ser parte de la Red de atención a Nivel regional, para diseñar esta red se tendrá en cuenta los flujos de movimiento de la población, más que la delimitación geográfica del ámbito, lo que generalmente determina el flujo poblacional son los circuitos económicos comerciales, será importante tener en cuenta estos conceptos para determinar, acreditar y articular los diversos servicios de salud.

La RED es más importante que los establecimientos aislados, la articulación y la determinación de los niveles resolutivos (acreditación) son los elementos cualitativos claves en las redes.

- Cada establecimiento de la red debe estar acreditado de acuerdo a su capacidad resolutiva y nivel de complejidad dentro de la RED.
- Para garantizar un buen funcionamiento de la red de atención, y la interrelación entre los servicios de salud se debe contar con un sistema establecido de referencia y contra referencia que permita una relación mutua , y admita el flujo adecuado del nivel más simple hasta el más complejo, en doble sentido, iniciándose en la comunidad hasta el Hospital.
- Un buen sistema de referencia y contrareferencia debe ser práctico, que no demande costo económico su mantenimiento, que sea ágil y no determine pérdida de tiempo al usuario, que garantice el seguimiento y sea el elemento articulador de la red.

Para garantizar un buen Funcionamiento de la Red de atención por niveles de complejidad se debe contar con un sistema establecido de referencia y contrareferencia entre todos los establecimientos de salud del área, tanto los de mínima complejidad como los de máxima complejidad, la red se formará en relación a la demanda. Cada nivel contará con un manual de procedimientos que le permita agilidad y oportunidad de atención a la población que demanda. Hospital Especialidades, Hospital de Referencia, Centro de Salud, Subcentro de Salud, Comunidad.

Esta Red de atención y sistema de referencia, consiste en brindar al paciente diabético u otros una atención primaria de calidad y calidez, por lo que se propone seguir por el siguiente procedimiento.



## ESTRATEGIAS PARA GARANTIZAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES DIABÉTICOS.

<b>SISTEMA DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO</b>	<b>CALIDAD DE ATENCION</b>	<b>INTEGRALIDAD DE LA ATENCION</b>	<b>SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA SALUD</b>	<b>SISTEMA DE MEDICAMENTOS</b>
<p>Para tener un buen sistema de información es fundamental contar con un sistema de registro que permita tener los datos necesarios para que ingresen al sistema, además de contar con instrumentos que faciliten el seguimiento de las personas que asisten a los servicios de salud. El sistema de registro y seguimiento incluye a la persona, las familias y comunidades según su riesgo.</p> <p>Todos los establecimientos deben contar elementos del sistema de información o una base de datos que permitan informaciones veraces, oportunas y que faciliten el análisis y la toma de decisiones</p>	<p>Los servicios de salud deben incorporar progresivamente el enfoque de calidad que estará centrada en la satisfacción del usuario.</p>	<p>El concepto de integralidad tiene múltiples interpretaciones, puede denominarse acción integral a la atención conjunta tanto preventiva como curativa. Cuando se habla de acciones integrales se refiere a la atención que se brinda al individuo no sólo desde el punto de vista de persona sino de su entorno familiar, social y cultural.</p> <p>Cuando el objetivo es la persona no se puede organizar un servicio de salud en base a las enfermedades que presenta, sino en base a la atención de la persona sea esta: mujer, niño,</p> <p>Otro aspecto a considerar en la integralidad es la atención a las necesidades de la población en el campo del saneamiento básico ,las coberturas, sostenibilidad del sistema y un uso adecuado de los sistemas.</p>	<p>Un sistema de vigilancia de la salud estará orientado a crear la capacidad funcional para recopilar y analizar datos y difundirlos en forma oportuna a las personas o instituciones capaces de emprender acciones de prevención o control eficaces.</p> <p>Implementar un sistema de vigilancia y control de los principales daños que se presentan en una zona de trabajo debe ser una acción fundamental, esto debe incluir también la vigilancia de las enfermedades de notificación inmediata (EPI 1), enfermedades no transmisibles en general.</p>	<p>El objetivo es que todos los servicios de salud cuenten con los medicamentos que permitan el tratamiento oportuno de las patologías existentes en el sector y que la población tenga acceso a ellos.</p>

## TRABAJO COMUNITARIO EN SALUD.

El trabajo en la comunidad es el elemento clave del trabajo extramural, en este espacio se encuentran la comunidad, las familia y las personas las cuales después de haber aplicado el enfoque de riesgo permite calificarlas según su necesidad sanitaria, esta intervención permite un acercamiento entre los servicios y la comunidad disminuyendo la brecha.

Esta relación entre servicios de salud y comunidad debe caracterizarse como una relación horizontal y respetuosa que busca el desarrollo comunal como finalidad.

<b>ACTIVIDADES CON LA COMUNIDAD</b>	<b>Impulsar la Atención Primaria</b> , en el Nuevo Modelo de Atención Integral, comunitario e intercultural (MAIS-FCI) puesto en marcha por el Ministerio: elaboración de estudios sobre sistemas organizativos y estrategias de incentivación a los profesionales; financiación de proyectos-piloto e impulso de proyectos de mejora de la calidad en aspectos como atención domiciliaria, atención de urgencia o uso racional de medicamentos; puesta en marcha de una biblioteca virtual de documentación sobre atención primaria; y evaluación de experiencias relativas a aumento del tiempo de atención al paciente y desburocratización, mejora del acceso desde atención primaria a pruebas diagnósticas, mejora de la coordinación con atención hospitalaria.
	<b>Acciones para prevenir la malnutrición</b> , en desarrollo PANN 2000, puesto en marcha por el Ministerio: acciones de promoción de la alimentación saludable y la práctica de actividad física con profesionales sanitarios, municipios, familias y sector educativo. Además, se realizarán protocolos para atención primaria, en colaboración con las sociedades

	científicas, para la detección precoz de la malnutrición y el desarrollo de programas de seguimiento; se impulsará la investigación sobre obesidad y desnutrición y se establecerá un plan de acción para la prevención en el ámbito escolar.
<b>TRABAJO CON LÍDERES COMUNITARIOS DE SALUD</b>	<p><b>Ofrecer</b> a la población servicios de salud a nivel comunal de manera oportuna y progresivamente con calidad.</p> <p><b>Liderar</b> el proceso educativo y sanitario dentro de la comunidad.</p> <p><b>Establecer</b> un sistema de referencia y contra-referencia entre los servicios de salud y la comunidad.</p>
<b>SANEAMIENTO AMBIENTAL</b>	El objetivo es contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población y lograr disminuir la morbi mortalidad relacionada con un deficiente saneamiento básico,
<b>MEDICINA TRADICIONAL Y ALTERNATIVA</b>	El objetivo fundamental es revalorar la cultura andina respecto a las creencias, procedimientos y uso de recursos naturales en el cuidado de la salud
<b>SISTEMA DE INFORMACION</b>	<p><b>Diseñar un sistema de información del SNS fiable, oportuno y accesible.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seleccionar y definir los <b>indicadores de atención primaria</b> en cinco grupos relevantes: nivel de salud, oferta de recursos, accesibilidad, calidad de la atención y resultados.</li> <li>• Mejorar e integrar los <b>subsistemas de información existentes.</b></li> <li>• Establecer un <b>plan de acceso</b> a los datos y de <b>difusión</b> de la información obtenida, así como la puesta en marcha de foros de comunicación y discusión para profesionales y para ciudadanos rendición de cuentas.</li> </ul>
<b>DISEÑO METODOLOGICO</b>	Mejoramiento de la infraestructura física del centro de salud. Reuniones de trabajo para evaluación de la atención primaria, reuniones con la comunidad, estudios de caso, reforzar el clima organizacional, la unión, la motivación, la satisfacción y el empoderamiento del usuario interno y la comunidad.
<b>AMBIENTACION Y EXPERIENCIA</b>	La exigencia en la institución, es inmensa, por lo mismo que el servicio va dirigido a los máspreciado del ser humano como es la preservación de su propia vida. En nuestra organización el control y el aseguramiento de la calidad son muy importantes, por lo cual se necesita garantizar que toda la secuencia se cumpla, desde la planeación, preparación de los recursos

	humanos y los demás aspectos que constituyen el sistema de calidad, hasta lograr la máxima seguridad en los procedimientos y acciones.
--	--

## **EVALUACION**

Se entiende la Atención Primaria de salud como la puerta de entrada del ciudadano al sistema sanitario, su primer contacto. Los pacientes opinan que este primer encuentro es esencial para determinar la relación que se ha de establecer entre paciente y profesional: la Atención Primaria es la primera relación que tienen médico y paciente, es la gran puerta de entrada a lo sanitario pero a veces se queda en el vestíbulo, no pasa a la siguiente habitación, cuando el paciente acude al centro, lleva una carga de emociones y experiencias positivas y negativas de anteriores visitas a las unidades operativas del SNS.

Con base en la evaluación integral y sistemática de la institución y acorde con la programación de las metas, traducidos en actividades y tareas, el plan de acción del Comité de Calidad en salud, debe incorporar las actividades del perfil actual de la institución, procurando que los diferentes convenios puedan ser valorados en el máximo puntaje de excelencia.

Seguimiento de los eventos mensualmente, para revisar cumplimiento, o modificación de las necesidades que se presentan en la unidad. En el servicio del centro de salud que brinda capacitación mensual, en las reuniones de Área, en forma continua, a través de métodos participativos,

reflexivos, científicos y de acuerdo a la realidad de la comunidad, respetando su cultura y creencia coordinando actividades conjuntas con la comunidad para mejorar la calidad de atención que presta esta unidad.

## **VALIDACION**

El Ministerio de Salud Pública, rector del Sistema Nacional de Salud ha trazado una estrategia para dar respuesta a los problemas, emergentes y reemergentes, por medio del Modelo de Atención Integral , comunitario e intercultural de salud, se persigue incrementar la eficiencia y calidad en los servicios, garantizar la sostenibilidad del sistema, aunque se ha alcanzado un alto nivel de equidad, seguiremos estudiando y trabajando para eliminar pequeñas desigualdades reducibles en la situación de salud y la utilización de los servicios entre regiones y grupos de población.

En la proyección estratégica actual, se adoptan formas participativas como son los consejos locales de salud, como órganos de coordinación intersectorial a esos niveles, para lograr la verdadera descentralización, intersectorialidad, participación social, movilización de recursos y otros efectos de mayor impacto médico, económico y social, a través del análisis de la situación de salud y la canalización de las soluciones. El modelo que se presenta se puede constituir en la base de cualquier institución o servicio. La propuesta es la base para el funcionamiento del Comité de

Calidad de Atención del Centro de Salud, posteriormente puede ser aplicado a los Subcentros de Salud del Área.

### **13. BIBLIOGRÁFICA**

- ACEDOS Ib, MARCH Jc, PRIETO Ma. Diez aportaciones del empleo de la metodología cualitativa en una auditoría de comunicación interna en atención primaria. Revista Española de Salud Pública. 3(2): 19-40, Enero 2005.
- AMESCUA M, CARRICONDO A. Investigación cualitativa. Análisis de la producción bibliográfica en Salud. España. Index de Enfermería 2003. 256p
- ALBAN Jorge, Foro Nacional de Investigación en Salud, Quito-Ecuador, MSP OPS, 2007.109p.
- ÁLVARO G, ANSA I, APESTEGUIA J, GRANADO A. Dirección de Atención Primaria, España.2004. 320p.
- ÁLVAREZ-GAYOU L Cómo hacer investigación cualitativa. Buenos Aires, Paidós Educador. 2003. 210p.
- AGUILAR R. Metodología de la Investigación Científica, Loja Ecuador, Editorial UTPL. 2003. 250p.
- ANDER E, Introducción a las Técnicas de Investigación Social. Editorial Humanitas.2003. 5ta edición. 300p.
- ARCHER, FLESMAN. Enfermería de salud comunitaria, Cali Colombia Organización Panamericana de la Salud. 2003. 310p.

- AUTORES VARIOS, Atención Primaria de Salud, Ginebra, septiembre, 1978.
- BARQUIN Manuel, Dirección de hospitales, México DF, Editorial McGraw-Hill Interamericana, Séptima Edición, Mayo 2004.878p.
- CERDA, H. Como elaborar proyectos. Colombia, Editorial Magisterio, 2003. III Edición. 280p.
- CHIAVENATO Idalberto, Administración en los Nuevos Tiempos, Bogotá Colombia Mc. Graw- Hill, Interamericana, S.A. 2003. 350p.
- CISMIL, CONCOPE, AECI, Objetivos de Desarrollo del Milenio, Estado de Situación Provincia de Pichincha, Quito Grapus,2006
- CORELLA J. La Gestión de Servicios de Salud. Madrid España. Ediciones Díaz de Santos. 2001.305p-333
- DE SOUZA Silva José, La Dimensión institucional del Desarrollo Sostenible, San José de Costa Rica. Octubre 2003. 104p
- DIAZ LLANES G, La investigación acción en el Primer Nivel de Atención, Habana Cuba, Editorial Ciencias Médicas, Agosto 2003.267p
- DIPRETE Braun, FRANCO Millar, RAFED Nadwa, HATZEL T, Garantía de Calidad de la Atención de Salud en los países en desarrollo, Bethesda, USA USAID, Segunda Edición, 2003.357p
- DONAVEDIAN Avedis, Garantía de la Calidad de la Atención Médica, México DF. Secretaria de Salud ,2003

## 14. ANEXO

### Anexos 1. Evidencia fotográficas HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS-QUEVEDO



FOTOGRAFIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS



CHARLAS A LOS PACIENTES DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS





ENCUESTA A LOS PACIENTES DIABETICOS.

**Anexos 2. Encuestas a los pacientes del Hospital Sagrado Corazón  
de Jesús**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO Y  
EDUCACIÓN CONTINUA  
MAESTRÍA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**



ESTA ENCUESTA SE REALIZA A LOS PACIENTES DIABETICO, CON EL  
FIN DE DETERMINAR LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN ESTA  
INVESTIGACION.

**Pregunta 1. ¿Desde hace cuando usted tienen diabetes?**

Años que padece la enfermedad.

Entre 1y 5 años	46
Entre 6 y 10 años	52
Más de 10 años	67
Total	165

**Pregunta 2. ¿Cómo define usted la diabetes?**

Es una enfermedad caracterizada por:

### Definición de diabetes

Elevación de proteínas	0
Elevación de azúcar	79
Elevación de lípidos	0
Elevación de carbohidratos	38
No sabe	48
Total	165

### Pregunta 3. ¿La diabetes se puede complicar?

SI	111
NO	54
Total	165

### Pregunta 4. Si su respuesta es sí, Qué órganos considera usted que la diabetes afecta.

Órganos que puede afectar.

Riñón, ojos, pies	116
Riñón, pies, cabeza	0
Pies, ojo, brazos	0
Pies, cabeza, ojo	49
Total	165

### Pregunta 5. Considera usted que las recomendaciones que le da el personal médico de consulta interna le está ayudando en su mejoría Personal medico.

Si	49
A veces	0
No	116
Total	165

**Pregunta 6. Considera usted que es necesario implementar personal médico especializado en la patología de la diabetes**

**Personal medico.**

Necesario	165
Tal vez	0
Innecesario	0
Total	165

**Pregunta 7. Considera usted que se debería implementar estrategias para mejorar la calidad de la atención de salud del hospital corazón sagrado de Jesús**

**Estrategia**

Necesario	165
Tal vez	0
Innecesario	0
Total	165

### Anexos 3. Matriz de relación

Tabla Matriz de relación de problema, objetivos e hipótesis

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS
¿De qué manera la atención de personal médico no especializado incide en la calidad del tratamiento a pacientes diabéticos que asisten a la consulta del Hospital Sagrado Corazón de Jesús?	Analizar la atención del personal médico no especializado y su incidencia en el tratamiento de los pacientes diabéticos que asisten a la consulta del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo.	Con el análisis de la atención del personal médico no especializado permitirá determinar las incidencias en el tratamiento de los pacientes diabéticos que asisten a la consulta del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo
¿Cómo incide el nivel de preparación del personal médico no especializado en la calidad de atención al paciente diabético que asisten a la consulta del Hospital Sagrado Corazón de Jesús?	Determinar el nivel de preparación del personal médico no especializado en la calidad de vida de paciente diabético en Consulta externa	El nivel de preparación del personal médico no especializado influirá en la calidad de vida del paciente diabético
¿Cuáles son las deficiencias de personal no especializado y de apoyo en la que asisten a la consulta del Hospital Sagrado Corazón de Jesús?	Establecer las deficiencia del personal no especializado y de apoyo en la atención a los pacientes diabéticos	Con la determinación de las deficiencia del personal no especializado permitirá mitigar las principales deficiencias de la atención a los pacientes diabéticos
¿Cómo mejorar la atención de salud de los pacientes diabéticos que asisten a la consulta del Hospital Sagrado Corazón de Jesús?	Proponer Estrategias para del Plan de atención de Calidad para los pacientes diabéticos	Con la implementación de Estrategias para del Plan de atención de Calidad para los pacientes diabéticos ayudara a mejorar la calidad de vida del paciente