



FACULTAD DE POSTGRADOS

MAESTRÍA EN GERENCIA DE INSTITUCIONES DE SALUD

**PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL PARA LA CREACIÓN DEL SERVICIO DE
MEDICINA PREVENTIVA Y ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO EN EL
CENTRO DE SALUD B SUCUA.**

Profesor

Ing. Mónica Janeth Moncayo Robles. Mgs.

Autor

Dr. Alan Rafael García Yáñez

2023

RESUMEN

La idea de que las personas y los estados invierten su capital en las áreas sanitarias se considera como fundamental en los modelos de la demanda de salud. En múltiples ocasiones no se consideran todas las aristas y ramas sanitarias dentro de este proceso de inversión.

En el pasado, muchos tipos de patologías eran vencidas tras ejecutar un número de actividades designadas fijamente hacia el individuo. Actualmente, el desafío radica a motivar y promover por medio de la medicina preventiva los cambios necesarios con la finalidad de iniciar desde el paciente el cambio y la mejoría social.

En el siguiente texto, se describen posibles medidas y actividades para lograr esta motivación y los cambios destinados a mejorar el estado de salud individual y promover la mejora de un sistema sanitario el cual, en los últimos años, se ha mostrado atacado por la burocracia y un perfil político que no permite establecer a ciencia cierta la metodología que se aplicará en el país año a año. Por lo mencionado, se vuelve necesario el contar con un proceso que permita disminuir los gastos a ejecutar por parte del centro de salud y al mismo tiempo mejorar y atender de forma integral al usuario considerado como aparentemente sano, así como aquel que muestra el diagnóstico de una patología crónica con la finalidad de evitar sus complicaciones.

Palabras clave: Prevención, Cardiovascular, Diabetes, Hipertensión, Salud.

ABSTRACT

The idea that people and states invest their capital in health areas is considered fundamental in health demand models. On many occasions, not all the edges and sanitary branches are considered within this investment process.

In the past, many types of pathologies were overcome after executing a number of activities designed fixedly towards the individual. Currently, the challenge lies in motivating and promoting through preventive medicine the necessary changes in order to initiate change and social improvement from the patient.

In the following text, possible measures and activities are described to achieve this motivation and the changes aimed at improving individual health status and promoting the improvement of a health system which, in recent years, has been attacked by bureaucracy and a political profile that does not allow to establish with certainty the methodology that will be applied in the country year after year. Due to the aforementioned, it becomes necessary to have a process that allows reducing the expenses to be executed by the health center and at the same time improving and providing comprehensive care to the user considered apparently healthy, as well as the one who shows the diagnosis of a chronic pathology in order to avoid its complications.

Key words: Prevention, Cardiovascular, Diabetes, Hypertension, Health.

ÍNDICE DEL CONTENIDO

Capítulo I.

Revisión del estado del arte y planteamiento del problema.

1. Análisis ambiental situacional.

1.1. Introducción.....	1
1.2. Análisis de la situación actual en gestión gerencial.....	2
1.2.1. Estructura administrativa, financiera y operativa.....	3
1.2.2. Oferta y demanda de servicios.....	5
1.2.2.1. Análisis geoespacial y geopolítico.....	8
1.2.2.2. Oferta de servicios.....	9
1.2.2.3. Población atendida.....	10
1.2.2.4. Demanda insatisfecha.....	12
1.3. Planteamiento del problema.....	13
1.4. Justificación del planteamiento del problema.....	15
1.5. Objetivos: general y específicos del plan para la prestación de servicios.....	18
1.5.1. Objetivo general.....	18
1.5.2. Objetivos específicos.....	18
1.6. Matriz de evaluación de alternativas estudiadas.....	19

CAPITULO II.

2. Justificación y aplicación de la metodología cualitativa para la realización del plan de prestación de servicios.....

2.1. Resultados.....	22
2.2 Diagnostico de servicio de recursos y capacidades funcionales en la unidad de salud.....	26
2.2.1 Gestión gerencial de dirección.....	26
2.2.2. Gestión administrativa y de recursos humanos.....	28
2.2.3. Gestión financiera.....	29

2.2.4. Gestión operativa, abastecimiento y logística.....	30
2.2.5. Gestión de las tecnologías de la información y comunicaciones.....	31
2.2.6. Gestión de los servicios de clínica.....	33

CAPITULO III.

3. PROPUESTA DE SOLUCION: FORMULACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL.....	36
3.1. PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO.....	36
3.1.1. Análisis del Entorno Social.....	36
3.1.1.1. Escenario político.....	36
3.1.1.2. Escenario social.....	36
3.1.1.3 Escenario económico.....	37
3.1.1.4. Escenario Tecnológico.....	37
3.1.1.5. Escenario Legal.....	38
3.1.2. Análisis de la Industria de Servicios de Salud (M. Porter).....	38
3.1.3. Análisis FODA.....	39
3.1.4. Cadena de Valor del Sistema de Abastecimientos.....	40
3.1.5 Planificación Estratégica.....	41
3.1.5.1 Misión.....	41
3.1.5.2 Visión.....	41
3.2. PROPUESTA DE SOLUCION: FORMULACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL.....	42
3.2.1. Gestión administrativa /Gestión Financiera.....	42
3.2.2. Gestión en tecnologías de la información y la comunicación / Gestión administrativa.....	43
3.2.3. Gestión Médica /Gestión en tecnologías de la información y la comunicación.....	43
3.2.4. Gestión Médica /Gestión en tecnologías de la información y la comunicación.....	44
3.2.5. Gestión administrativa /Gestión Financiera /Gestión de Recursos Humanos /Gestión Médica.....	45

3.3. Cronograma de actividades.....	46
3.4. Presupuesto estimado.....	47

CAPÍTULO IV

4.1 Evaluación e Implementación Integral de Gestión Gerencial.....	48
4.2 Limitaciones y/o Restricciones en la Gestión Gerencial.....	49
4.3 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	50
4.3.1 Conclusiones.....	50
4.3.2 Recomendaciones.....	51

GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	52
----------------------------------	-----------

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	53
--	-----------

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Total de Atenciones Médicas.....	10
Tabla 2. Afecciones y atenciones de mayor consulta en la institución.....	11
Tabla 3. Afecciones crónicas de mayor consulta en la institución.....	12
Tabla 4. Cuadro de alternativas estudiadas.....	19
Tabla 5. Cuadro de análisis de factibilidad.....	20
Tabla 6. Riesgo Cardiovascular y relación con edad y sexo del paciente.....	22
Tabla 7. Riesgo de Diabetes Mellitus y relación con edad y sexo del paciente.....	23
Tabla 8. Facturación anual referente a gastos en atención de patologías crónicas.....	24
Tabla 9. Facturación anual referente a gastos en consultas para entrega de medicación.....	25
Tabla 10. Conteo de salida de fármacos anualmente usados en el manejo de patologías crónicas.....	25
Tabla 11. Cronograma de actividades.....	65

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Niveles de atención sanitaria en Ecuador.....	2
Figura 2. Estructura Administrativa, Financiera y Operativa.....	4
Figura 3. Agua potable y Acceso a Internet en Establecimientos Educativos.....	6
Figura 4. Sistema de eliminación de excretas y acceso a agua por red pública.	7
Figura 5. Plano arquitectónico de la institución.....	8
Figura 6. Vista satelital de la ubicación del Centro de Salud.....	8
Figura 7. Horarios de atención de los servicios.....	9
Figura 8. Curva de Atenciones Médicas.....	10
Figura 9. Árbol de Problemas.....	15
Figura 10. Análisis método Porter.....	39

INTRODUCCIÓN

La medicina preventiva es considerada por muchos especialistas en las ciencias médicas y sobre todo del área de la salud pública como un pilar de suma importancia para poder mejorar la salud del individuo y de la población en general.

La ejecución de procesos para la creación de un Servicio de Medicina Preventiva y Manejo del Paciente Crónico en el Centro de Salud B Sucúa es el objetivo de este trabajo, buscando demostrar la necesidad de el mismo en aras de otorgar un servicio integral que aporte a la mejoría del individuo y de la unidad de salud.

En el capítulo uno se aborda el análisis de la geolocalización del centro sanitario, conjuntamente con el análisis de servicios otorgados por parte del mismo, así como una breve descripción del perfil social, económico y demográfico per se.

El capítulo dos, permite dar a conocer la justificación y aplicación de la metodología cualitativa para la realización del plan de prestación de servicios analizando las gestiones identificadas en cada aspecto pertinente del equipo de salud.

En el capítulo número tres se describe la propuesta de solución ante la problemática planteada describiendo la formulación de plan de gestión gerencial con sus aristas y procesos con la finalidad de describir actividades a ejecutar.

Por último, se describe en el capítulo número cuatro la evaluación e implementación integral de gestión gerencial, describiendo las limitaciones y/o restricciones en la gestión, finalizando el proceso con las respectivas conclusiones y recomendación.

CAPITULO I.

REVISION DEL ESTADO DEL ARTE Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1. ANÁLISIS AMBIENTAL SITUACIONAL.

1.1. INTRODUCCIÓN

El National Wellness Institute de Estados Unidos, promueve las Seis Dimensiones del Bienestar, es decir, las menciona e identifica como: emocional, ocupacional, físico, social, intelectual y espiritual (1).

Abordar las seis dimensiones del bienestar en nuestras vidas genera un sentido holístico de bienestar y satisfacción. La constitución de la OMS establece que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedades. Por lo tanto, la salud y el entorno sanitario no se puede analizar sin el tomar al ser humano como un ser bio-psico-social (2).

Ubicado en América del Sur, Ecuador es culturalmente diverso y comprende aproximadamente 17,6 millones de personas. A partir de 2020, se estima que el 32.4 % de la población total vive en la pobreza (3).

A pesar de algunas de las condiciones de pobreza, la mayoría de las personas tienen acceso a la atención médica en Ecuador. Si bien los avances en la atención médica en Ecuador han mejorado el bienestar general del país, todavía es necesario avanzar.

Solo una pequeña porción del presupuesto nacional total se asigna a la salud pública, lo que ha causado que las condiciones de salud en las áreas rurales sean bastante deficientes. Pese a que los sistemas privados y públicos han buscado otorgar una mejoría en cuanto a la atención de sus servicios el camino es aún largo para lograr conformar un entorno sanitario adecuado. Estos datos no se alejan de la realidad de lo que sucede en la provincia de Morona Santiago y la ciudad de Sucúa.

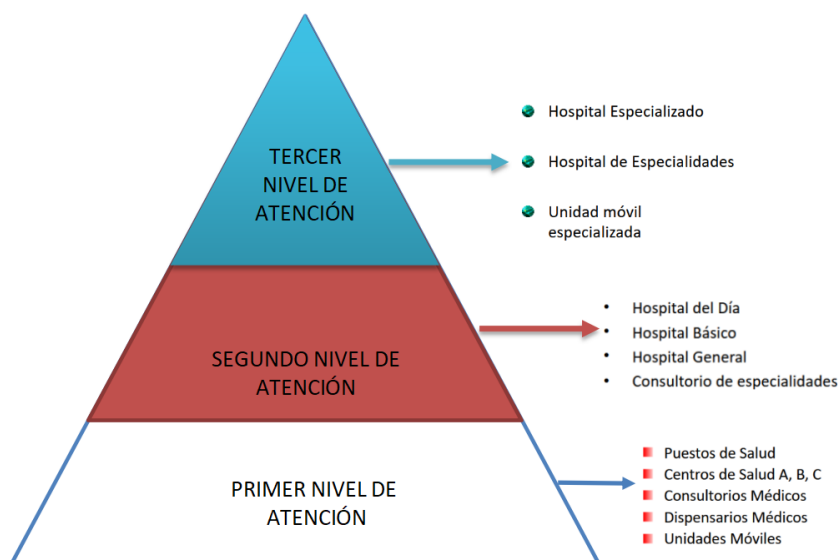
1.2. Análisis de la Situación Actual e Gestión Gerencial.

La administración de atención médica es la gestión de todas las funciones no clínicas involucradas en la operación de un centro de atención médica, desde las operaciones diarias hasta la dotación de personal, el presupuesto y las finanzas hasta la planificación estratégica a largo plazo para garantizar el éxito del proveedor o sistema de atención médica.

Se puede pensar en la gerencia o administración médica como el proceso de administrar y manejar todos los aspectos de una forma integral, contando con la capacidad de dirección de los aspectos tangibles como de aquellos que no son visibles para el paciente pero que determinan en muchas ocasiones el avance positivo o la decadencia y cierre de un servicio.

Como se ha mencionado, la gestión administrativa abarca tanto los aspectos de una institución como aquellos determinados por una dirección sanitaria nacional, es por esto que para poder entender el funcionamiento de una institución se debe determinar el concepto de Tipología, el cual es la clasificación de los establecimientos de salud de acuerdo a su nivel de atención y a su capacidad resolutive.

Figura 1. Niveles de atención sanitaria en Ecuador.



Elaborado por: Alan García Yáñez.

Fuente: Acuerdo Ministerial 5212 (4)

En Ecuador, la tipología de los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud se organiza en niveles de atención siendo estos definidos como: primer, segundo, tercer nivel de atención.

De igual manera se destacan determinantes tales como servicios de apoyo, atención de salud móvil, etc., todo definido en base al nivel de prestaciones y subprestaciones, así como la formación de los profesionales (4). A su vez, se diferencian en niveles o grados de complejidad según sea determinada la base de los servicios otorgados y la capacidad resolutive con la que cuenten (5).

En cuanto al Centro de Salud localizado en la ciudad de Sucúa, no se cuenta con el área de emergencias, sin embargo, se destaca que se ejecutan estudios de radiología y se efectúan atenciones en el área de fisioterapia y rehabilitación.

Esta institución por estos aspectos mencionados ha facilitado la atención integral de múltiples patologías, sin embargo, se puede determinar que existen características que podrían ser mejoradas y usadas de una forma diferente con el fin de no únicamente utilizar los dispositivos en aras de la curación o recuperación, sino ser implementados en el servicio de prevención de patologías o complicaciones.

1.2.1. Estructura Administrativa, Financiera y Operativa.

La estructura organizacional permite ejecutar, de una forma eficaz y oportuna, los procesos de una forma adecuada con la finalidad de cumplir con las metas planteadas para mejorar la producción institucional, la provisión de servicios de salud y de gestión institucional.

Una estructura sólida permite que el equipo sanitario otorgue una atención integral y adecuada con la finalidad de cumplir con la misión y visión del centro.

A la par de lo mencionado, facilita el perfeccionamiento de procesos y permite ejecutar los cambios necesarios con la finalidad de mejorar los servicios.

El Centro de Salud B IESS Sucúa, cuenta con la siguiente estructura organizacional.

Figura 2. Estructura Administrativa, Financiera y Operativa.



Elaborado por: Alan García Yáñez

Fuente. Análisis observacional de la institución.

La institución cuenta con una dirección administrativa / médica, la cual dirige los aspectos tanto operativos como administrativos de la misma. Se definen como administrativo los servicios de Talento Humano, Tics y Estadística, Economía y Contabilidad, Bodega y Compras públicas. En cuanto al servicio operativo subdivide el centro en cuatro áreas en el servicio operativo: Asistencial, De soporte Asistencial, No Asistencial y Servicios Generales.

Al ser un Centro de Salud tipo B, la dirección de la institución ha ejecutado la subdivisión del personal en comités, los cuales se dedican a analizar los datos referentes al centro. Dentro de los cuales se puede mencionar a los Comités de Calidad en Servicios de Salud; Operativo de Emergencias; Bioseguridad; Mejoramiento de Servicios. Este tipo de manejo facilita que los miembros de la institución cuenten con información de diferentes áreas, conociendo la forma de

laborar de los servicios anexos, los aspectos legales que los rigen y las necesidades de los mismos. De igual forma, al delegar las funciones por parte de dirección existe un análisis sin sesgo y se obtiene diferentes miradas y análisis de una misma problemática.

1.2.2. Oferta y demanda de Servicios.

La oferta y demanda de cualquier bien o servicio componen los escenarios primordiales que decretan la disposición del mercado, la gestión de los agentes que actúan y los resultados que se consiguen. En cuanto a salud podemos denominar como toda aquella prestación otorgada por parte de una institución.

La demanda de atención médica es el nivel de uso en el que los beneficios marginales percibidos de la atención para la salud son iguales al costo marginal de acceder a la atención. Por debajo de este punto, los beneficios superan los costos y las personas seguirán consumiendo atención médica. Sin estos conceptos no podríamos determinar lo adecuado para un centro sanitario.

Para poder analizar los servicios a otorgar debemos analizar la estadística de patologías y datos de interés sociológicos y sanitarios de la población. Por ejemplo, las patologías cardiovasculares capitanearon el listado de las principales causas de muerte en Ecuador (6).

En cuarto lugar, están las defunciones causadas por diabetes mellitus. Esto identifica que dentro del top cinco de patologías que más muertes causan en el territorio nacional, existen enfermedades las cuales pudieron ser prevenidas o incluso modificadas tras aplicar una terapéutica integrativa y no solo curativa.

Es muy común que los pacientes acudan de forma voluntaria a la realización de chequeos médicos generales sin mostrar patologías aparentes en curso, pero este actuar nace directamente por parte del paciente más no por campañas preventivas o de promoción sanitario.

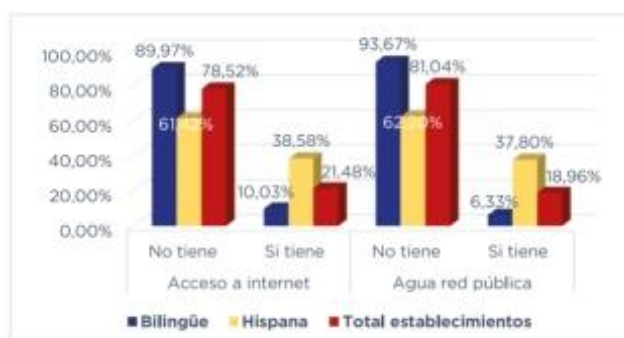
La hipertensión arterial es la enfermedad crónica más representativa a nivel de consultas en la provincia de Morona Santiago, seguida muy de cerca por los casos de diabetes mellitus. Esto obliga a la aplicación correcta de los protocolos de salud en pacientes crónicos.

La efectividad de los programas integrados de enfermedades crónicas degenerativas preventivos en este campo, además de control de las enfermedades en la población, requiere medidas específicas encaminadas a combatir los factores de riesgo que las condicionan y determinan.

El trabajo continuo en este grupo de pacientes facilita el control de presuntivas complicaciones, además del control de su adherencia al tratamiento farmacológico y dietético. Sin embargo, para poder lograr esto se debe invertir en programas prevención desde la infancia, tanto en el hogar como en los centros educativos, pero, es complejo pensar en un cambio así a corto plazo cuando contamos con los datos que indican que 18.96 % de los centros educativos cuentan con agua potable (7).

Si no existe inversión por parte del estado en un aspecto básico como es el adecuar las instituciones escolares con agua potable, lo cual evitaría y disminuiría los casos de parasitosis intestinal es difícil pensar en la promoción de hábitos que mejoren la salud de los pacientes.

Figura 3. Agua potable y Acceso a Internet en Establecimientos Educativos.

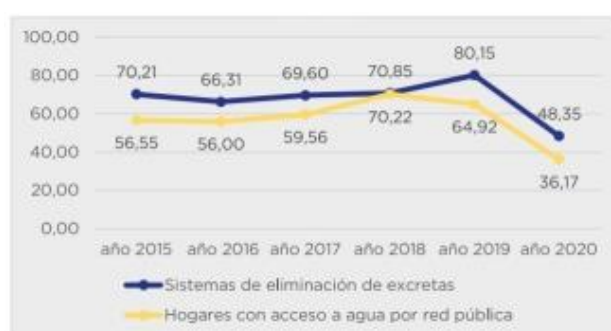


Elaborado por: Dirección de Gestión Técnica ST-CTEA-2021.

Fuente: Enfoque Socioeconómico de la Provincia de Morona Santiago.

Estos datos no solo se visualizan en los centros escolares, si observamos los datos referentes a sistema de eliminación de excretas en los hogares, podemos identificar que el 48.35 % de las casas cuentan con mencionado servicio. En cuanto al agua potable, solo 36.17 % de las viviendas tienen acceso a agua por red pública (7).

Figura 4. Sistema de eliminación de excretas y acceso a agua por red pública.



Elaborado por: Dirección de Gestión Técnica ST-CTEA-2021.

Fuente: Enfoque Socioeconómico de la Provincia de Morona Santiago.

El asma es una de las enfermedades respiratorias crónicas frecuentes entre la población mundial. Junto a esta patología, podemos destacar los datos de rinitis alérgica y tuberculosis. Se tienen datos los cuales muestran que el hacinamiento influye directamente en la evolución negativa de estas enfermedades. De igual forma, se detecta al hacinamiento como un referente directo de pobreza, por lo que se determina que existe una relación directa entre este aspecto y la evolución negativa de las patologías crónicas.

Es así que por los datos obtenidos se puede determinar que actualmente un 36.18 % de la población vive en hacinamiento en la provincia (7). Para complementar se conoce que un 65.36 % de la población vive en la pobreza, siendo considerada esta provincia como la de mayores datos de esta índole a nivel nacional (7). Por lo mencionado, la intervención en salud en cuanto a

Fuente: Google Maps

<https://www.google.com/maps/place/Centro+de+Salud+B+Sucua+IESS>

El Centro de Salud pertenece al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el cual a su vez conforma la Red Pública Integral de Salud, la cual se define como el conjunto de instituciones públicas que otorgan servicios sanitarios en todos los niveles, siempre de forma oportuna y con calidad a los ciudadanos.

1.2.2.2. Oferta de Servicios.

El centro de salud tipo B IESS Sucúa se localiza en la provincia de Morona Santiago, en el Cantón Sucúa, donde al momento se detectan 29.600 usuarios. Se constata que la mayoría de pacientes son residentes de la ciudad, a la vez de constar con usuarios de Macas, Logroño, Huambi, Mendez y Limón.

En el centro se otorgan servicios de curación y recuperación de la salud y fisioterapia, a través de múltiples áreas tales como medicina familiar, medicina general, pediatría, ginecología, nutrición, psicología, odontología y enfermería. La atención se ejecuta de lunes a viernes en horario de 12 horas, desde las 7:00 hasta las 19:00.

Figura 7. Horarios de atención de los servicios.

SERVICIO	HORARIO
MEDICINA GENERAL	7:00 - 19:00
ODONTOLOGIA	7:00 - 19:00
ENFERMERIA	7:00 - 19:00
FARMACIA	7:00 - 19:00
IMAGENOLOGIA	7:00 - 19:00
LABORATORIO CLINICO	7:00 - 15:30
FISIOTERAPIA	7:00 - 19:00
GINECOLOGIA	11:00 - 19:00
PSICOLOGIA	12:00 - 20:00
PEDIATRIA	7:00 - 12:00 / 15:00 - 18:00
AREA ADMINISTRATIVA	8:00 - 17:00

Elaborado por: Servicio de Talento Humano de la institución.

Fuente: Plan Medico Funcional de la Institución.

1.2.2.3. Población atendida.

Tabla 1. Total de Atenciones Médicas.

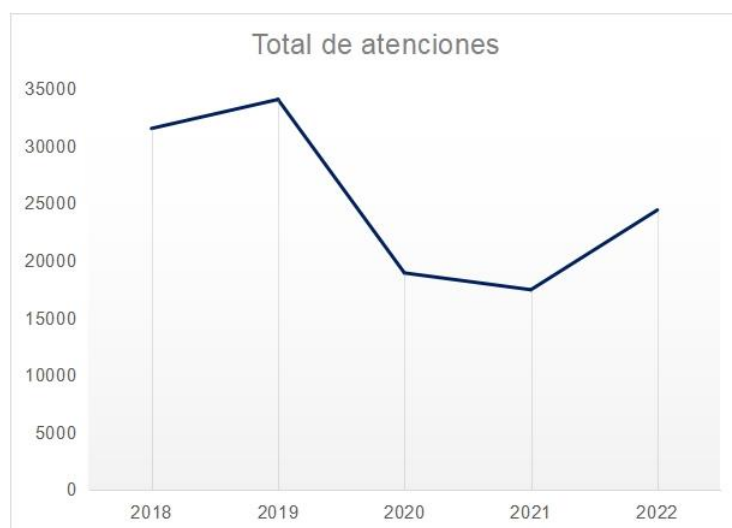
Año	2.018	2.019	2.020	2.021	2.022
Atenciones	31.562	34.096	18.933	17.466	24.433

Elaborado por: Alan García Yáñez.

Fuente: Sistema informático MIS - AS400.

En el año 2.018 se otorgaron 31.562 atenciones en consulta externa, en 2.019 un total de 34.096 consultas, en 2.020 se dieron 18.933 atenciones, 2.021 con 17.466 y en este año al momento se han realizado 24.433 consultas. La diferencia de consultas entre el año 2019 y 2020 es de 15.163 consultas con un porcentaje de reducción en 2.020 del 44.47 % dado a la pandemia por COVID-19 y todas sus colateralidades en los servicios de salud.

Figura 8. Curva de Atenciones Médicas.



Elaborado por: Alan García Yáñez.

Fuente: Sistema informático MIS - AS400.

Del total de consultas otorgadas, 44.310 atenciones se ejecutaron en el área de Medicina General y 19.041 por parte del servicio de Odontología, siendo las dos áreas que más atenciones otorgan a los usuarios que acuden al centro de salud.

Tabla 2. Afecciones y atenciones de mayor consulta en la institución.

	Patología	CIE 10	Total
1	Caries dental	K021	7.648
2	Otras patologías de los tejidos duros de los dientes	K039	6.121
3	Hipertensión Arterial	I10	5.943
4	Dorsalgia	M548	5.387
5	Consulta para repetición de receta médica	Z760	5.136
6	Amigdalitis Aguda	J039	4.313
7	Faringitis	J029	3.715
8	Parasitosis Intestinal	B829	3.008
9	Rinofaringitis.	J00	2.960
10	Trastornos del sistema urinario	N390	2.748

Elaborado por: Alan García Yáñez.

Fuente: Sistema informático MIS - AS400.

En referencia a las 10 patologías de mayor consulta, dos pertenecen a atenciones odontológicas, mientras que el restante, son representativas del servicio de medicina general. En relación con las patologías crónicas, dos diagnósticos se encuentran en el top cinco de atenciones, siendo un total de 11.079 consultas.

Tabla 3. Afecciones crónicas de mayor consulta en la institución.

	Patología	CIE 10	Total
1	Hipertensión Arterial	I10	5.943
2	Consulta para repetición de receta médica	Z760	5.136
3	Diabetes Mellitus	E139 - E149	4.955
4	Gastritis Crónica	K296 - K30	2.682
5	Otros Hipotiroidismo	E039	2.295
6	Obesidad	E669	1.925
7	Dorsalgia crónica	M549	1.456
8	Asma Bronquial y Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica	J459	1.235
9	Afección respiratoria superior crónica	J019 - J304	1.096
10	Trastornos cardiovasculares referentes al ritmo cardíaco	I47 - I49	896

Elaborado por: Alan García Yánez.

Fuente: Sistema informático MIS - AS400.

Si consideramos únicamente las patologías catalogadas como crónicas, es decir enfermedades no transmisibles con síntomas de larga data evolutiva (x), podemos indicar que se otorgaron 38.634 consultas, representando un 37.2 % de las consultas médicas otorgadas. De este número de citas médicas, 234 fueron catalogadas como atenciones por patologías catastróficas y 151 consultas pertenecientes a patologías oncológicas.

1.2.2.4. Demanda Insatisfecha.

El Centro de Salud B Sucúa, ha mostrado inconvenientes en cuanto a las atenciones odontológicas, siendo necesario el fomentar el servicio y aumentar el número de personal para incrementar las consultas, dado a que se reporta que existe una espera aproximada de 10 días para obtener citas en el servicio.

Un área que muestra dificultades es el servicio de fisioterapia, siendo al momento la espera para la atención de 30 días. Esto dificulta el poder implementar procesos de prevención y promoción de salud, dado a que por la cantidad de tiempo de espera no se pueden ejecutar estudios de ese tipo.

Tras los datos estadísticos mostrados, donde se constata la presencia de un 37% de atenciones a patologías catalogadas como crónicas se puede determinar necesaria la creación de un servicio destinado a la atención de pacientes crónicos y prevención sanitaria con la finalidad de disminuir el número de casos a futuro, mejorar la salud de los pacientes y evitar también gastos en medicina y sobre todo en la atención a complicaciones de las patologías.

1.3. Planteamiento del problema.

La ideología detrás de la medicina preventiva se centra en salvaguardar, promover y conservar la salud y el bienestar de la población. El sistema se transforma a manejar la salud desde otro enfoque, por lo cual en este ámbito se tiene como objetivo evitar la patología, la discapacidad, complicaciones y la muerte temprana de los pacientes, así como a gran escala, mejorar la salud en comunidades y poblaciones.

Las enfermedades crónicas son definidas como condiciones que muestran una evolución de 1 año o más y requieren atención médica continua o causan limitación de las actividades de la vida diaria o ambas cosas. De las seis regiones de la Organización Mundial de la Salud, la región europea es la más

afectada por la morbilidad y la mortalidad relacionadas con las enfermedades no transmisibles (ENT) y el crecimiento de las ENT es preocupante.

Las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes se encuentran entre las principales causas de muerte y discapacidad en la región, y una proporción cada vez mayor de niños y adultos viven con sobrepeso u obesidad, uno de los principales factores de riesgo de las ENT (8), al mismo tiempo, este tipo de patologías son la causa de un gasto aproximado de \$ 4,1 trillones de dólares en costos anuales de atención médica en Estados Unidos.

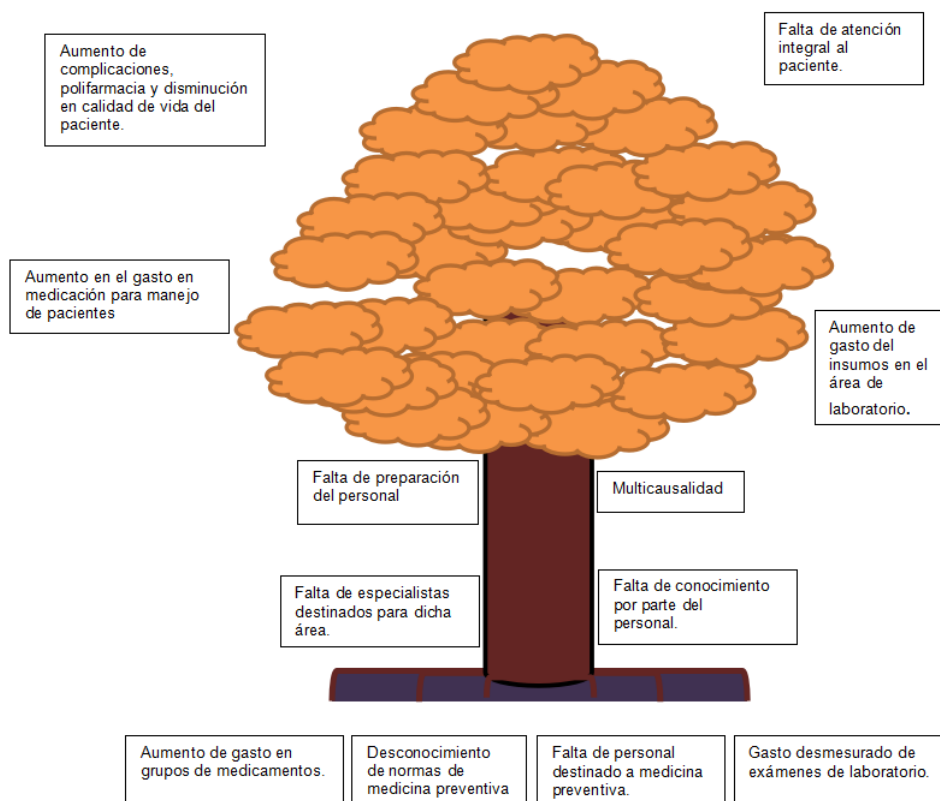
La búsqueda de las causas de las enfermedades crónicas del adulto y la forma de prevenirlas ha fracasado en gran medida. Por ejemplo, actualmente hay 350 millones de personas en todo el mundo que tienen diabetes tipo 2. El tabaquismo y el estrés psicosocial solo explican en pequeña medida por qué una persona vive una vida corta y otra vive hasta la vejez. El reciente descubrimiento de que las personas que desarrollan enfermedad coronaria muestran cambios desde la infancia y la juventud los cuales pudieron ser modificados con la finalidad de mejorar el estilo de vida (9).

El autocontrol de las enfermedades crónicas por parte del paciente es cada vez más esencial para mejorar los comportamientos de salud, los resultados de salud y la calidad de vida y, en algunos casos, ha demostrado su eficacia para reducir la utilización de la atención médica y la carga de costos sociales de las enfermedades crónicas (10).

Sin embargo, para esto se debe contar con un servicio de medicina preventiva que ejecute los procesos necesarios para que la población conozca el cómo actuar para prevenir las patologías mencionadas, disminuir el número de complicaciones, mejorar la dieta y hábitos saludables, disminuir la polifarmacia, menorar el número de ingresos hospitalarios y amenorar el costo de la atención

de las patologías para el estado. Se debe dar a conocer que al momento el Centro de Salud B Sucúa no cuenta con este servicio en su cartera de servicios

Figura 11. Árbol de Problemas.



Realizado por: Alan García Yáñez.

1.4. Justificación del planteamiento del problema.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) son la primera causa de mortalidad y de discapacidad a nivel mundial. Se consideran como patologías no transmisibles, es decir que no muestran una etiología infecciosa aguda, que dan como resultado complicaciones en el bienestar del paciente, causando cambios y complicaciones en la mayoría de los casos y la necesidad de implementar tratamientos, manejos, terapéuticas y cambios en la vida del individuo de larga data.

Las enfermedades crónicas causan la muerte de más de 40 millones de personas anualmente, es decir, aproximadamente el 70% de las muertes en el mundo. En América, son casi 6 millones las muertes causadas por este tipo de patologías. Se considera que cerca de 15 millones de personas, cuya edad ronde entre los 30 y 65 años fallecen por estas enfermedades, lo cual es un golpe fuerte para la economía de los países ya se considera como el grupo de mayor fuerza laboral (11). Se considera que en nuestro continente más de millones de los pacientes fallecen antes de cumplir 70 años (11).

Las enfermedades de tipo cardiovascular infligen la mayoría de las defunciones, seguidas por las patologías oncológicas, enfermedades respiratorias y por último, diabetes mellitus. Estas afecciones son la causa de más del 80% de todas las muertes prematuras que tienen como causal las enfermedades no transmisibles. Las patologías oncológicas, la demencia y la hipertensión arterial, contribuyen según estudios a mayores niveles de dependencia según el Índice de Barthel (12). El cáncer y la diabetes son los que más contribuyen a que el paciente muestre depresión. Los pacientes con mayor número de enfermedades crónicas reportan peor estado funcional a comparación con el grupo de individuos que no porten patologías de este tipo (12).

En Ecuador, se constata por datos de estudios ejecutados que aproximadamente el 25% de la población tiene hipertensión arterial, e incluso se ha definido que casi el 50% de los individuos no cuenta con terapia aplicada y tampoco con recomendaciones otorgadas para poder mejorar su salud. Además, el 35% presenta dislipidemias, las cuales son un factor para las enfermedades cardiovasculares. Se considera que aproximadamente el 12%, entre 40 y 69 años, presenta riesgo cardiovascular.

Los datos del INEC indican que las enfermedades crónicas representaron el 52,4% de las muertes en el país, de las mismas 8.574 causadas por síndromes coronarios, siendo según los datos, la primera causa de mortalidad en el país.

En Sucúa, se constatan datos donde casi el 40 % de los casos fueron atendidos con referencia a patologías crónicas. Arboleda en su estudio, concluye que en los pacientes que presentaron riesgo cardiovascular elevado, se encontraron datos de dislipidemia, datos de índice de masa corporal elevado, presencia de diabetes mellitus, y elevación de la presión arterial sistólica (13).

Se considera que todos los médicos se involucran de una forma en la atención preventiva, esto significa que se enfocan en la atención correctiva o curativa después de que un paciente ya tiene una enfermedad o condición no saludable. Sin embargo, el enfoque tanto de manejo de la salud nacional como los planes educativos universitarios nos indican otros aspectos.

Muchos países incluyen a la Medicina Preventiva como una especialidad médica al igual que a la Medicina de Estilo de Vida, siendo estas ramas las que se enfocan en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, con lo cual buscan reducir el número de enfermedades prevenibles, menorar el número de hospitalizaciones por patologías modificables y disminuir los casos de complicaciones en los individuos. De igual manera tratar las secuelas para evitar que evolucionen de forma inadecuada.

Por lo mencionado se busca identificar de manera oportuna los pacientes con riesgo cardiovascular y diabetes mellitus, tratando de forma integral al usuario liderado por un Médico especialista en Medicina Preventiva, Estilo de Vida, Medicina del deporte o Medicina Familiar.

Este proceso se considera un plan piloto, con la finalidad de disminuir los más de dos millones de atenciones por hipertensión arterial en el IESS en los últimos cuatro años, los más de un millón de consultas por diabetes mellitus, las casi 500.000 asistencias por obesidad y las 350.000 consultas por dislipidemia. Estos cuatro ejes serían los necesarios para iniciar los cambios en la salud de la población.

Para poder aplicar la promoción en salud y manejar los mencionados trastornos se debe ejecutar dos tipos de herramientas, los cuales son el Cálculo de Riesgo Cardiovascular de FRAMINGHAM y la prueba FINDRISC (14)(15). Con estos dos tipos de data podemos evaluar los riesgos de patología vascular que posee un paciente y también el riesgo de ser diagnosticado de diabetes mellitus por un paciente (14)(15), los dos calculados a un rango de tiempo de 10 años. Usando este tipo de data se puede efectuar un plan de manejo de cada paciente de forma individual.

Esto nos permite usar los servicios de una forma integral, es decir, derivación a las áreas de Nutrición y Psicología. De igual forma, el servicio de Fisioterapia integraría el protocolo de educación en ejercicio, guiando al paciente en las actividades que puede ejecutar por su edad, su rango de movilidad, su estado de salud y su patología. Al juntar todas estas ramas podemos mejorar la salud del paciente, causando que exista menor polifarmacia y una evolución del cuadro con menor tasa de complicaciones y hospitalizaciones.

Además, ayuda a realizar una calificación oportuna para poder realizar las referencias oportunas a los especialistas en Medicina Interna, Cardiología, Endocrinología u otras subespecialidades para que el paciente sea atendido de una forma oportuna y eficaz.

1.5. Objetivos: general y específicos del plan para la prestación de servicios.

1.5.1. Objetivo General.

Desarrollar un Plan de Gestión para la Creación del Servicio de Medicina Preventiva y de atención personalizada al paciente crónico en el Centro de Salud B Sucúa.

1.5.2. Objetivos específicos.

1. Establecer las actividades y roles del personal que será parte del Servicio de Medicina Preventiva y de atención personalizada al paciente crónico.
2. Determinar las herramientas que se utilizarán por parte del servicio en base a estudios efectuados en instituciones a nivel mundial.
3. Acordar los protocolos de manejo, determinados bajo protocolos internacionales los cuales serán aplicados por el personal liderados por el nuevo personal designado como líder de este.

1.6. Matriz de evaluación de alternativas estudiadas.

Tabla 4. Cuadro de alternativas estudiadas.

Problema	Causa	Efecto	Desafíos	Alternativas de Solución	Unidad de Gestión Responsable
1. Aumento de gasto en grupos de medicamentos.	Multicausalidad	Aumento en el gasto en medicación para el manejo de pacientes	Menorar el número de consultas de grupo mencionado.	Aplicación de protocolos de Medicina Preventiva y Farmacología	Servicio de Calidad de Atención y Servicio de Farmacia.
2. Desconocimiento de normas de medicina preventiva	Falta de preparación del personal	Aumento de complicaciones, polifarmacia y disminución en calidad de vida del paciente.	Disminuir el número de atenciones por complicaciones en pacientes con patología crónica.	Capacitación al personal sanitario en tópicos de medicina preventiva	Servicio de Calidad de Atención.
3. Falta de personal destinado a medicina preventiva.	Falta de especialistas destinados para dicha área.	Falta de atención integral al paciente.	Prevenir patologías crónicas y mejorar la calidad de vida de los pacientes.	Creación del Servicio de Medicina Preventiva.	Servicio de Calidad de Atención y Servicio de Talento Humano.
4. Gasto desmesurado de exámenes de laboratorio.	Falta de conocimiento por parte del personal.	Aumento de gasto de insumos en el área de laboratorio.	Disminuir el gasto de insumos tras aplicar el uso pertinente de los exámenes.	Capacitación al personal sanitario en relación a pertinencia	Servicio de Calidad de Atención.

Autor: Dr. Alan García Yáñez

Tabla 5. Cuadro de análisis de factibilidad.

Problema central.	Alternativas de Solución	Criterios de Selección			
		Factibilidad Técnica	Factibilidad Económica	Factibilidad Política	Puntaje Total.
Aplicación de protocolos de Medicina Preventiva y Farmacología	Capacitación al personal en uso pertinente de fármacos	5	5	3	13
	Análisis continuo de fármacos de mayor uso	5	5	3	13
	Menorar el número de consultas a grupo de pacientes.	1	1	1	10
Capacitación al personal sanitario en tópicos de medicina preventiva	Capacitación al personal normas de medicina preventiva	5	5	3	13
	Análisis continuo de eventos adversos y complicaciones en pacientes por medio de análisis de historia clínica	5	3	3	11
Creación del Servicio de Medicina Preventiva	Capacitación al personal en normas de medicina preventiva	5	5	3	13
	Creación del Servicio de Medicina Preventiva	5	3	3	11
	Menorar el número de consultas a grupo de pacientes.	1	1	1	3
Capacitación al personal sanitario en relación a pertinencia	Capacitación al personal en uso pertinente de exámenes de laboratorio	5	5	3	13
	Análisis continuo de gasto de insumos	5	5	3	13
	Menorar el número de consultas a grupo de pacientes.	1	1	1	3

Autor: Dr. Alan García Yáñez

CAPITULO II.

2. JUSTIFICACION Y APLICACION DE LA METODOLOGIA CUALITATIVA PARA LA REALIZACION DEL PLAN DE PRESTACION DE SERVICIOS.

Las metodologías de investigación son diferenciadas en cualitativas, cuantitativas y mixtas. Las de tipo cualitativo se usan para responder preguntas que no pueden ser medibles y se enfocan en obtener información de experiencias y percepciones de los individuos a los cuales se les ejecuta el proceso investigativo.

Por lo mencionado se realiza un estudio de tipo observacional, con el uso de entrevistas y uso de variables, aplicado a pacientes residentes de la ciudad de Sucúa, que son atendidos en el Centro de Salud Tipo B Sucúa y que acudieron de forma voluntaria a un control de salud. A la par se ejecutó la entrevista a los responsables de las áreas del equipo sanitario.

Se les notificó a los individuos sobre la naturaleza y objetivos del presente estudio. Se recolectaron datos por medio de una entrevista y encuesta la cual fue llenada tras obtener el respectivo consentimiento informado por parte del usuario. La entrevista, obtención de datos y recopilación de información se realizó en un ambiente acogedor, tranquilo y adecuado, usando un manejo profesional con el fin de evitar modificar las variables a estudiar en el paciente.

Las variables que se midieron en los pacientes en este estudio fueron: peso, talla, Índice de Masa Corporal (IMC), edad, sexo, tabaquismo, nivel sérico de colesterol total y colesterol HDL, diabetes mellitus, y presión arterial sistólica. También se consultó en referencia al uso de fármacos para hipertensión arterial, historia familiar de diabetes mellitus, consumo de vegetales y ejecución de actividad física. Estos datos son tomados considerando las directrices de aplicación de las tablas de FINDRISK y FRAMINGHAM.

2.1. Resultados

Se estudiaron un total de 50 pacientes atendidos en el Centro de Salud B IESS Sucúa, los cuales se clasificaron en un total de 27 mujeres (54%) y 23 varones (46%).

Se dividió en grupos por edad considerando las normas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador con aval de la OMS (16), en: adulto joven, adulto y adulto mayor; 7 pacientes (14%) pertenecientes al grupo de adulto joven, 3 pacientes (6%) al grupo de adulto mayor y 40 pacientes (80%) al grupo de adulto. La edad en las mujeres mostró una media de $49.9 \pm 7,9$ años, la mediana fue de 48 años, con una edad mínima de 36 años y la máxima de 78 años. En el caso de los hombres, se mostró una media de $52.3 \pm 8,4$ años, con una mediana de 53 años, y edad mínima de 33 y máxima de 72 años.

Tabla 6. Riesgo Cardiovascular y relación con edad y sexo del paciente

			BAJO	MODERADO	ALTO	MUY ALTO
SEXO	MUJERES	TOTAL	26	0	1	0
		PORCENTUAL	52%	0%	2%	0%
	HOMBRES	TOTAL	13	4	5	1
		PORCENTUAL	26%	8%	10%	2%
EDAD	ADULTO JOVEN	TOTAL	6	0	1	0
		PORCENTUAL	12%	0%	2%	0%
	ADULTO	TOTAL	31	4	4	1
		PORCENTUAL	62%	8%	8%	2%
	ADULTO MAYOR	TOTAL	2	0	1	0
		PORCENTUAL	4%	0%	2%	0%

Autor: Dr. Alan García.

Con relación al riesgo cardiovascular, la tabla 1 destaca que el grupo de riesgo cardiovascular bajo es el mayor tanto en hombres como mujeres, representando un total del 78% de los pacientes estudiados, seguidos por el grupo de riesgo cardiovascular alto con 5 pacientes hombres (10%) y 1

paciente mujer. Los dos grupos restantes equivalen en conjunto al 10% de pacientes siendo todos los individuos estudiados hombres.

Siguiendo con el proceso de anamnesis se identifica que 26 pacientes (52%) mencionaron antecedente familiar de primer grado de Diabetes Mellitus, siendo 14 pacientes mujeres y 12 individuos hombres quienes afirmaron lo anterior. El 48% dio a conocer que no muestran antecedentes de DM.

Tabla 7. Riesgo de Diabetes Mellitus y relación con edad y sexo del paciente

			BAJO	MODERADO	ALTO	MUY ALTO
SEXO	MUJERES	TOTAL	13	4	8	2
		PORCENTUAL	26%	8%	16%	4%
	HOMBRES	TOTAL	5	7	10	1
		PORCENTUAL	10%	14%	20%	2%
EDAD	ADULTO JOVEN	TOTAL	2	2	2	0
		PORCENTUAL	4%	4%	4%	0%
	ADULTO	TOTAL	16	9	13	3
		PORCENTUAL	32%	18%	26%	6%
	ADULTO MAYOR	TOTAL	0	0	3	0
		PORCENTUAL	0%	0%	6%	0%

Autor: Dr. Alan García.

Tomando en consideración los datos referentes a la escala de Findrisc, 5 pacientes (10%) mostraron antecedentes de valores elevados de glicemia, de los cuales 4 individuos son mujeres y 1 hombre. El restante número de pacientes no dio a conocer mencionada afirmación. Como se destaca en la tabla 2, el estudio demuestra que un 36% de los individuos presenta riesgo alto de presentar DM en los próximos 10 años, siendo 10 hombres (20%) y 8 mujeres (16%) las catalogadas por puntaje en dicho rango. También un 36% de pacientes muestran riesgo bajo de presentar DM siendo la relación 2.5:1 entre mujeres y hombres, siendo solo 5 pacientes masculinos los categorizados en este grupo. El grupo de pacientes de riesgo moderado muestra a un total de 11

pacientes. Solo el 6% de individuos se categorizaron como riesgo muy alto, perteneciendo todos al grupo de edad calificado como adulto.

Este antecedente nos da a conocer que existe un grupo apreciable para aplicar los protocolos clínicos de medicina preventiva y manejo de paciente crónico.

En relación con los resultados de las entrevistas efectuadas se da a conocer que el área de Gestión administrativa denota la dificultad de ejecutar procesos de compra de fármacos y de dispositivos médicos dado a que la Dirección Nacional crea pautas que cambian constantemente y genera dificultades en la elaboración de los informes necesarios. Se considera que se debe contar con personal especialista en la materia para que se pueda elaborar la documentación y ejecutar el pedido de insumos bajo pertinencia y basado siempre en protocolos clínicos.

En cuanto al proceso de adquisición de los fármacos, se da a conocer por parte del área de compras públicas que no cuentan con un presupuesto fijo y que existen variables tanto en el número de consumo de fármacos anual, así como una disminución presupuestaria año a año. Este dato fue confirmado por parte de la Dirección administrativa, indicando que anualmente, se ha presentado una disminución presupuestaria aproximada de 5 % a 9,7 %, lo cual ha causado que existan cambios en el presupuesto inicial y una movilidad de recursos monetarios causando que, como ejemplo, durante 4 años el centro de salud no ha podido adquirir un nuevo equipo para radiología.

Tabla 8. Facturación anual referente a gastos en atención de patologías crónicas.

Año	2.018	2.019	2.020	2.021	2.022
Monto facturado	72.856 \$	80.953 \$	48.443 \$	62.558 \$	78.658 \$

Autor: Dr. Alan García.

En cuanto a los gastos ejecutados en los últimos cinco años en atenciones a pacientes que muestran patologías crónicas se destaca en la tabla 3 que durante el año 2.020 existió una disminución en consultas de control en relación al año 2.019, esto dado a la presencia de la pandemia por Covid-19. Sin embargo, tras comenzar el proceso de vacunación se constata una elevación en la facturación en gastos de atenciones.

Tabla 9. Facturación anual referente a gastos en consultas para entrega de medicación

Año	2.018	2.019	2.020	2.021	2.022
Monto facturado	78.856 \$	86.953 \$	58.443 \$	72.558 \$	88.658 \$

Autor: Dr. Alan García.

En la tabla 4 se destaca al igual que en la tabla 3, el proceso de disminución de facturación en el año 2.019 con relación a 2.020. A la vez, se destaca que en el año 2.022 se muestra un aumento del 2.14 % en comparación a 2.019, siendo el año de mayores gastos. Todos los datos se otorgaron por parte de Gestión Administrativa apoyado por el servicio de tecnologías de la información y la comunicación.

Tabla 10. Conteo de salida de fármacos anualmente usados en el manejo de patologías crónicas.

Año	2.018	2.019	2.020	2.021	2.022
Conteo de salida anual de fármacos	132.569	141.526	112.450	121.080	167.070

Autor: Dr. Alan García.

Al realizar la entrevista al personal de servicio de farmacia, se da a conocer que el año 2.022 es el periodo de mayor consumo de fármacos, superando en un 15.4 % el año 2.019. Se destaca por parte de farmacia que no solamente existe retiro por parte de pacientes que aportan al sistema IESS, si no que existe un número de interés de pacientes pertenecientes al Seguro Social Campesino a los que se les solicita retirar los fármacos en la institución dado a que mencionan que en los puestos de salud no cuentan con los medicamentos para tratar sus patologías.

Estos datos muestran la necesidad de la creación de un Servicio de Medicina Preventiva y Manejo de Patología Crónica, en aras de disminuir por medio de los protocolos de prevención el número de fármacos retirados anualmente por los usuarios, el costo y facturación en referencia a consultas por retiro de fármacos, la captación de pacientes en riesgo con la finalidad de ejecutar procesos para mejorar el estilo de vida y evitar la farmacoterapia y más aún la polifarmacia. Se debe indicar que, un ciudadano que muestra un buen estado aparente de salud es un individuo que se mantendrá activo en la sociedad en el punto de vista económico, por lo que no solo se reduce gastos por medio de la medicina preventiva, sino a demás otorga un crecimiento económico al evitar gastos públicos excedentes en salud.

2.2 DIAGNOSTICO DE SERVICIO DE RECURSOS Y CAPACIDADES FUNCIONALES EN LA UNIDAD DE SALUD.

2.2.1 GESTION GERENCIAL DE DIRECCION.

Los gerentes de salud son los encargados de un competente y eficaz manejo de los servicios sanitarios. Al momento el Centro de Salud B Sucúa, cuenta con una persona designada directamente al proceso de dirección de salud, la cual cuenta con los títulos de Médico y de Maestría en Gerencia Sanitaria, por lo que se considera que los aspectos técnicos del área operativa son considerados y conocidos por la misma.

FORTALEZA:

F1. Experiencia de más de 10 años en la labor.

F2. Alto compromiso por parte de la dirección considerando las ventajas a ser otorgadas en el proceso.

F3. Ejecución de actividades para crecimiento directo de las áreas por parte del servicio de nutrición y de fisioterapia.

DEBILIDADES:

D1. Dependencia directa de órgano central para elaboración de proyectos.

D2. Falta de independencia para toma de decisiones en relación a convenios interinstitucionales.

OPORTUNIDADES.

O1. Misión y Visión del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

O2. Creación de políticas públicas por el gobierno nacional en referencia a prevención.

O3. Interés por instituciones sanitarias tales como colegios médicos en el proceso de manejo preventivo.

AMENAZAS.

A1. Desconocimiento por parte de la Dirección Nacional de la problemática del Centro de Salud.

A2. Retraso en la gestión de procesos por parte de la Dirección Nacional y exceso de burocracia.

A3. Disminución presupuestaria por parte de la matriz central.

2.2.2. GESTION ADMINISTRATIVA Y DE RECURSOS HUMANOS.

El papel de un gerente de recursos humanos dependerá en gran medida del tamaño de la empresa (18). El Centro de Salud tipo B IESS Sucúa cuenta con un personal capacitado y con el título de cuarto nivel en la rama, por lo que la experiencia y el conocimiento están de parte de la unidad.

FORTALEZA:

F4. Experiencia de más de 8 años en el área.

F5. Compromiso constante en el proceso de mejora de servicios y promoción de la capacitación de los servidores.

F6. Ejecución de actividades para crecimiento de las áreas, promoviendo las capacitaciones internas y externas.

DEBILIDADES:

D3. Dependencia directa de órgano central para elaborar procesos de contratación.

D4. Falta de independencia para toma de decisiones en relación a convenios en referencia a capacitación con entidades privadas.

OPORTUNIDADES.

O4. Facultar la creación de nuevas plazas de trabajo previo análisis interno por parte de Dirección Nacional.

O5. Valoración anual desde la matriz central del personal sanitario.

AMENAZAS.

A4. Falta de ejecución de actividades y convenios por parte de la entidad central con centros de entrenamiento externos.

A5. Falta de creación de puestos por parte central pese a estudio ejecutado.

A6. Falta de análisis continuo de mejoras por parte de la entidad central.

2.2.3. GESTIÓN FINANCIERA.

La gestión financiera generalmente se ocupa de la gestión del capital de trabajo a corto plazo, centrándose en los activos y los pasivos corrientes, y gestionando las fluctuaciones en la moneda extranjera y los ciclos de los productos, a menudo a través de la cobertura (19). En el Centro de Salud B Sucúa, se constata la presencia de dos funcionarias que ejecutan los procesos financieros, llevando las cargas de la rama y cumpliendo las funciones según las normas se presentan.

FORTALEZA:

F7. Experiencia de más de 7 años en el área de gestión financiera.

F8. Relación directa con el personal operativo y comités formados para toma de decisiones con relación a manejo presupuestario.

F9. Capacidad analítica y de resolución de problemas monetarios dado a ejecución de reuniones constantes para evitar errores financieros.

DEBILIDADES:

D5. Dependencia directa de órgano central, lo cual no permite que el presupuesto en muchas ocasiones sea designado de una forma íntegra

D6. Falta de independencia para toma de decisiones en relación con gastos necesarios o disposición monetaria para elaborar proyectos o contratación de personal.

OPORTUNIDADES.

O6. Crecimiento en designación presupuestaria previo a análisis interno por parte de Dirección Central.

O7. Designación de personal en zona por parte de la Dirección Nacional para ejecutar análisis económico.

AMENAZAS.

A7. Falta de entendimiento de la ejecución de monetaria y distribución financiera juntamente con las necesidades reales de la institución por parte de la entidad central.

A8. Falta de análisis continuo por parte de la entidad central, causando duplicación de informes financieros.

2.2.4. GESTION OPERATIVA, ABASTECIMIENTO Y LOGISTICA.

La gestión operativa se puede definir como un patrón de gestión que contemplan un conjunto de deberes y procesos destinados a mejorar las organizaciones internas, con el objetivo de aumentar su capacidad para conseguir las metas planteadas. El Centro de Salud B Sucúa, maneja estos aspectos por medio de tres pilares: Comité de Atención al Usuario, Comité de Fármacos y Dispositivos Médicos y por el personal designado a Bodega y almacenamiento de insumos.

FORTALEZA:

F10. Relación directa con el personal operativo y comités formados para toma de decisiones en consideración a la gestión de abastecimiento y logística.

F11. Capacidad de resolución de problemas de abastecimiento dado a ejecución de reuniones constantes para evitar errores problemas de stock y de operatividad.

DEBILIDADES:

D7. Dependencia directa de órgano central, generando retraso en la adquisición de productos que podrían mejorar los servicios institucionales.

D8. Falta de independencia para toma de decisiones con relación a manejo operacional, teniendo que cumplir con lineamientos establecidos con la norma nacional pese a no ser de la factibilidad geográfica y social.

OPORTUNIDADES.

O8. Crecimiento en designación de insumos y procesos operacionales dado a la creación de un nuevo servicio, tras aprobación de planta central.

O9. Ejecución de compra centralizada con la designación de insumos tras análisis de la institución.

AMENAZAS.

A9. Desconocimiento de realidad geográfica y social por parte de órganos centrales, lo cual causa dificultades en manejo de stock e inventario.

A10. Falta de análisis continuo por parte de la entidad central, causando creación de procesos que se transforman en obsoletos dado además a una falta de linealidad de manejo de salud.

2.2.5. GESTION DE LAS TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y COMUNICACIONES.

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) están siendo ampliamente utilizadas en los sistemas de gestión de la salud. Los avances en las TIC en la última década proporcionan soluciones a los problemas en los sistemas de gestión de la salud (20). Estos incluyen un amplio espectro de cuestiones como la seguridad del paciente, la de gestión, de telemedicina, de imágenes digitales, de documento gestión, etc. La institución cuenta con el personal dedicado a la materia mencionada, ayudando a que se realicen

procesos informáticos adecuados, evitando errores y manteniendo siempre en el mejor nivel a los equipos.

FORTALEZA:

F12. Alto conocimiento de la materia y experiencia mayor a 8 años por parte del personal

F13. Capacidad de resolución de problemas tecnológicos por parte del servicio.

F14. Alta comunicación por parte del personal con las diversas áreas del Centro de Salud.

DEBILIDADES:

D9. Dependencia directa de órgano central, generando retraso en la adquisición de productos referentes a TICS.

D10. Falta de independencia para toma de decisiones con relación a gestión de softwares.

D11. No contar con la independencia para poder sostener convenios con instituciones externas.

OPORTUNIDADES.

O10. Apoyo informático por instituciones extranjeras para el manejo de los softwares.

O11. Análisis continuo y apoyo por parte de la Dirección Nacional para la aplicación de softwares médicos

AMENAZAS.

A11. Existencia de Softwares que muestran costos elevados para la institución.

A12. Falta de análisis continuo por parte de la entidad central, causando creación de procesos que enlentecen las metas planteadas tras ejecutar cambios que no consideran a las instituciones de menor envergadura.

2.2.6. GESTION DE LOS SERVICIOS DE CLINICA.

En nuestro país el mando sobre la gestión de los servicios sanitarios resulta de afinidad tanto para las instituciones públicas como privadas, esto debido a que representa un derecho marcado en la constitución (21). El equipo del centro de salud ejecuta una atención siempre buscando el bienestar del paciente, sin embargo, conoce las debilidades con las que cuenta y las mejoras que pueden darse con la finalidad de mejorar la atención al paciente.

FORTALEZA:

F15. Equipo que muestra capacitación en bases de medicina preventiva.

F16. Alta cooperación por parte del personal para la ejecución de políticas y protocolos de mejora de atención

F17. Compromiso en la atención al paciente.

F18. Encontrarse localizada en una ciudad central de la provincia por lo que puede abarcar las ciudades cercanas.

DEBILIDADES:

D12. Ser catalogado como un nivel de atención primaria dificultando la creación de puestos de especialidad.

D13. No contar con los fármacos de especialidad a disposición.

D14. No contar con la independencia para poder sostener convenios con instituciones externas en el área de salud lo cual disminuye la posibilidad de una atención integral al usuario

OPORTUNIDADES.

O12. Protocolos médicos internacionales que facilitan su aplicación.

O13. Presencia de instituciones externas que otorgan la capacitación necesaria para poder mejorar los sistemas.

AMENAZAS.

A13. Falta de asesoramiento externo y de concientización de necesidades y servicios sanitarios.

A14. Falta de análisis continuo por parte de la entidad central, causando una falta de personal pese a que la institución demuestra las necesidades y ejecuta requerimientos.

FORTALEZA:

- F1. Experiencia de más de 10 años en la labor.
- F2. Alto compromiso por parte de la dirección considerando las ventajas a ser otorgadas en el proceso.
- F3. Ejecución de actividades para crecimiento directo de las áreas por parte del servicio de nutrición y de fisioterapia.
- F4. Experiencia de más de 8 años en el área.
- F5. Compromiso constante en el proceso de mejora de servicios y promoción de la capacitación de los servidores.
- F6. Ejecución de actividades para crecimiento de las áreas, promoviendo las capacitaciones internas y externas.
- F7. Experiencia de más de 7 años en el área de gestión financiera.
- F8. Relación directa con el personal operativo y comités formados para toma de decisiones en relación a manejo presupuestario.
- F9. Capacidad analítica y de resolución de problemas monetarios dado a ejecución de reuniones constantes para evitar errores financieros.
- F10. Relación directa con el personal operativo y comités formados para toma de decisiones en relación a gestión de abastecimiento y logística.
- F11. Capacidad de resolución de problemas de abastecimiento dado a ejecución de reuniones constantes para evitar errores problemas de stock y de operatividad.
- F12. Alto conocimiento de la materia y experiencia mayor a 8 años por parte del personal
- F13. Capacidad de resolución de problemas tecnológicos por parte del servicio.

DEBILIDADES:

- D1. Dependencia directa de órgano central para elaboración de proyectos.
- D2. Falta de independencia para toma de decisiones en relación a convenios interinstitucionales.
- D3. Dependencia directa de órgano central para elaborar procesos de contratación.
- D4. Falta de independencia para toma de decisiones en relación a convenios en referencia a capacitación con entidades privadas.
- D5. Dependencia directa de órgano central, lo cual no permite que el presupuesto en muchas ocasiones sea designado de una forma íntegra o adecuada.
- D6. Falta de independencia para toma de decisiones en relación a gastos necesarios o disposición monetaria para elaborar proyectos o contratación de personal.
- D7. Dependencia directa de órgano central, generando retraso en la adquisición de productos que podrían mejorar los servicios institucionales.
- D8. Falta de independencia para toma de decisiones en relación a manejo operacional, teniendo que cumplir con lineamientos establecidos con la norma nacional pese a no ser de la factibilidad geográfica y social.
- D9. Dependencia directa de órgano central, generando retraso en la adquisición de productos referentes a TICS.

FODA

OPORTUNIDADES.

- O1. Creación de nuevos empleos.
- O2. Designación de áreas para colaboración con proyecto directo.
- O3. Designación presupuestaria tras estudio interno ejecutado.
- O4. Creación de nuevas plazas de trabajo previo análisis interno.
- O5. Designación de servidores de áreas anexas con la finalidad de ejecutar colaboración con el proyecto directo.
- O6. Crecimiento en designación presupuestaria previo a análisis interno.
- O7. Menor número de gastos en referencia a consultas de complicación de patologías, tratamiento de pacientes crónicos.
- O8. Ahorro de costos en relación a consultas posteriores con una disminución de casos a futuro.
- O9. Crecimiento en designación de insumos y procesos operacionales dado a la creación de un nuevo servicio.
- O10. Menor número de gastos en referencia a consultas de especialidad mejorando el flujo operacional y disminuyendo sobre carga en otras instituciones.
- O11. Manejar plataformas operativas nuevas y amigables con el usuario.
- O12. Crecimiento en la captación de datos para lograr estudios directos de la rama de medicina preventiva.
- O13. Contar con la facilidad de obtener un sistema sin costo a la institución.
- O14. Manejar protocolos de atención estandarizados disminuyendo la sobrecarga laboral.
- O15. Crecimiento en la captación de datos para lograr estudios directos de la rama de medicina preventiva.
- O16. Mejorar la atención de los pacientes y disminuir costos en la atención de complicaciones y gasto de fármacos al

AMENAZAS.

- A1. Falta de entendimiento de la problemática por personal central.
- A2. Falta de creación de puestos por parte central pese a estudio ejecutado.
- A3. Falta de análisis presupuestario por parte de la matriz central y no consideración de la realidad institucional.
- A4. Falta de entendimiento de la ejecución de actividades y convenios por parte de la entidad central.
- A5. Falta de creación de puestos por parte central pese a estudio ejecutado.
- A6. Falta de análisis continuo de mejoras por parte de la entidad central.
- A7. Falta de entendimiento de la ejecución de monetaria y distribución financiera conjuntamente con las necesidades reales de la institución por parte de la entidad central.
- A8. Falta de análisis continuo por parte de la entidad central, causando duplicación de informes financieros.
- A9. Desconocimiento de realidad geográfica y social por parte de órganos centrales, lo cual causa dificultades en manejo de stock e inventario.
- A10. Falta de análisis continuo por parte de la entidad central, causando creación de procesos que se transforman en obsoletos dado además a una falta de linealidad de manejo de salud.
- A11. Falta de asesoramiento externo y de concientización de necesidades tecnológicas
- A12. Falta de análisis continuo por parte de la entidad central, causando creación de procesos que enlentecen las metas planteadas tras ejecutar cambios que no consideran a las instituciones de menor envergadura.
- A13. Falta de asesoramiento externo y de concientización de necesidades y servicios sanitarios.
- A14. Falta de análisis continuo por parte de la entidad central, causando una falta de personal pese a que la

CAPITULO III

PROPUESTA DE SOLUCION: FORMULACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

3.1. PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO

3.1.1. Análisis del Entorno Social

Dado a localizarse en una zona céntrica de la provincia, el centro de salud puede brindar una prestación de los servicios médicos a los habitantes del sector. La relación entre los servicios del centro sanitario es adecuada, permitiendo cumplir con la visión y misión de la institución. Es adecuado analizar los puntos en las diferentes esferas del entorno social, lo cual brindará una visión mayor de datos de la región.

3.1.1.1. Escenario político.

El país cuenta con el Sistema Nacional de Compras Públicas y el Sistema Oficial de Contratación pública, para las compras de medicinas e insumos. Sin embargo, durante los recientes años, estos sistemas se han tenido por actividades relacionadas a actos fuera del canon y dictámenes de la ley. Sin embargo, desde la institución se busca ejecutar los análisis de manejo adecuado, considerando las aristas y la relación entre el área médica como administrativa para poder tomar las decisiones más adecuadas y ejecutar compras en base a un análisis científico - económico.

3.1.1.2 Escenario social.

Morona Santiago se encuentra catalogada en estos momentos dentro de las provincias más pobres del país, acompañado por las provincias de Bolívar y Orellana, según da a conocer los estudios del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC).

Los estudios indican que, en la provincia oriental, siete de cada diez personas viven diariamente con un ingreso aproximado menor a USD 2,85, por lo cual se identificará como línea de la pobreza. Al tomar en consideración lo mencionado se debe mencionar que estos datos van a influir directamente en la salud de los pacientes, es decir que los individuos van a presentar cada momento dificultades para la adquisición de alimentos los cuales mejoren la salud.

Además, estos datos van a marcar claramente el hecho de que los pacientes que sufren de mayores índices de pobreza van a presentar mayores índices de patologías crónicas. Este entorno influye en trabajar en la prevención sanitaria.

3.1.1.3 Escenario económico.

El país, analizando históricamente su escenario económico, ha ingresado en el sistema económico dado a la venta de recursos tanto energéticos como naturales. En relación a la economía actual de la institución el Centro de Salud B Sucúa, cuenta con el fondo económico otorgado anualmente por la dirección central, sin embargo, durante los años recientes, se ha presentado una disminución de recursos lo cual crea la necesidad de realizar actividades que disminuyan el gasto y mejoren los gastos, ejecutando el presupuesto de una forma adecuada.

3.1.1.4. Escenario Tecnológico.

Los centros sanitarios del país han buscado en su mayoría llevar equipos de punta con la finalidad de ejecutar procesos de diagnóstico y sanitarios.

En este caso el centro de salud cuenta con equipos para realizar exámenes complementarios de laboratorio e imagenología que detecten con anterioridad las complicaciones de patologías crónicas.

En cuanto a los equipos de fisioterapia, el centro de salud ejecutó la compra de equipos de punta para mejorar las lesiones de pacientes. En cuanto a los equipos de informática, se cuenta con varios sistemas software que permiten una adecuada comunicación entre las áreas de los servicios médicos, sin embargo, existen servicios los cuales cuentan con dificultades para poder realizar una comunicación constante y eficaz.

3.1.1.5. Escenario Legal.

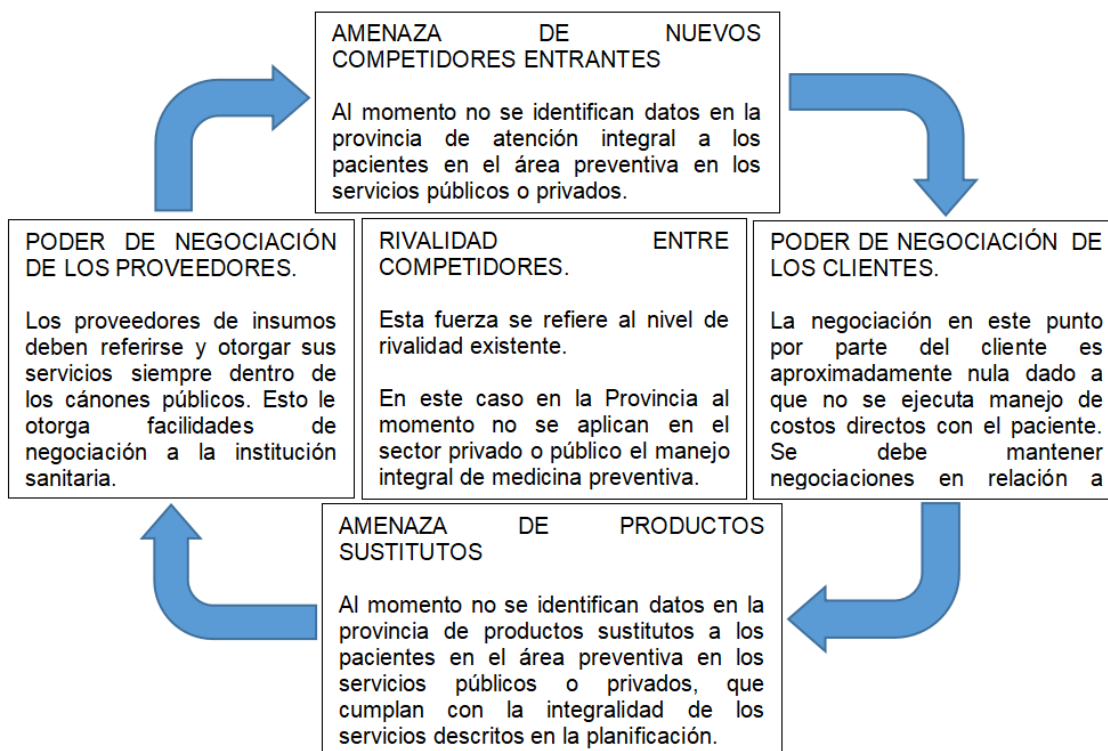
Las actividades ejecutadas por parte del Centro de Salud B Sucúa se rigen bajo normativas que son encontradas desde la Constitución Política del Estado, Leyes Orgánicas de Salud, Código de Salud, Reglamentos y Acuerdos Ministeriales, y normativas institucionales

Considerando el sector de compras públicas se debe acotar que el centro cumple con: Subasta Inversa Electrónica, Régimen Especial, Licitación, Catálogo Electrónico, Ínfima Cuantía.

3.1.2. Análisis de la Industria de Servicios de Salud (M. Porter)

El Marco de las Cinco Fuerzas de Porter es un método para analizar el entorno operativo de la competencia de una empresa. Porter se refiere a estas fuerzas como microambiente, para contrastarlo con el término más general macroambiente. Consisten en aquellas fuerzas cercanas a una empresa que afectan su capacidad para servir a sus clientes y obtener ganancias. Un cambio en cualquiera de las fuerzas normalmente requiere que una unidad de negocios vuelva a evaluar el mercado dado el cambio general en la información de la industria.

Figura 10. Análisis por el método de Porter.



Autor: Dr. Alan García Yáñez.

3.1.3. Análisis FODA

El análisis FODA es una técnica de planificación y gestión estratégicas utilizada para ayudar a una persona u organización a identificar fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas relacionadas con la competencia comercial o la planificación de proyectos.

En este aspecto existen varios aspectos mencionados en páginas anteriores en el que se da a conocer el análisis FODA que se puede considerar en la institución.

Con los datos mencionados podemos identificar varios datos resumibles en puntos muy marcados:

Fortalezas: Identificadas por un trabajo arduo, con equipo de trabajo marcado y con un sistema de organización determinado.

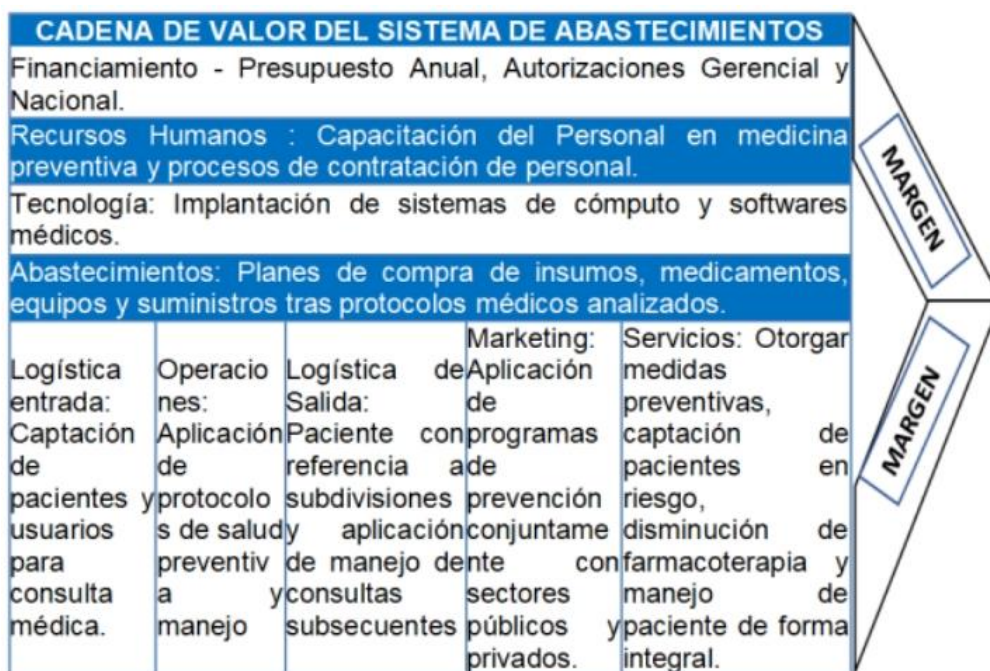
Debilidades: presentes por dificultades internas dado a la distribución del sistema nacional de salud.

Oportunidades: otorgadas tras cumplir las solicitudes, matrices y burocracia definidos a nivel nacional.

Amenazas: presentes por la falta de conocimiento de la realidad local por parte del conglomerado nacional.

3.1.4. Cadena de Valor del Sistema de Abastecimientos

La unidad médica se puede estudiar de acuerdo con la contribución del valor que genera cada una de sus acciones y actividades, sus procesos se pueden descomponer en actividades para el logro y la eficiencia en el desempeño de la organización, esto permite conocer la relación que se encuentra presente entre cada una de ellas en el logro del margen de la ventaja competitiva alcanzado por la eficiencia en la gestión hospitalaria



3.1.5 Planificación Estratégica

El Centro de Salud B IESS Sucúa cumple la planificación estratégica definida por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en el Plan Estratégico 2018 - 2028 (26).

3.1.5.1 Misión

“Proteger a la población asegurada por el IESS, contra las contingencias que determina la normativa vigente, garantizando el derecho al Buen Vivir”

3.1.5.2 Visión

“Ser una institución referente en Latinoamérica dinámica, innovadora, efectiva y sostenible, que asegura y entrega prestaciones de Seguridad Social con altos estándares de calidad y calidez, bajo sus principios y valores”

3.1.5.3. Principios y Valores

Normativos: Inclusión, Equidad Social, Obligatoriedad, Suficiencia, Integración, Solidaridad, Subsidiaridad, Universalidad, Eficiencia, Transparencia, Participación.

Institucionales: Eficiencia, Respeto, Calidez

3.1.5.4. Objetivos Institucionales

1. Incrementar la calidad, calidez y oportunidad en el acceso y entrega de las prestaciones y servicios institucionales a nivel nacional.
2. Incrementar el acceso al aseguramiento universal obligatorio de la población ecuatoriana urbana, rural y en el exterior.
3. Incrementar la eficiencia del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

3.1.5.5. Políticas

El centro de salud forma parte del Sistema Nacional de Seguridad Social y el accionar está definido en los principios de suficiencia, universalidad, equidad, solidaridad, obligatoriedad y subsidiaridad. Otorga atención a los afiliados según la norma actual establecida. Protege y otorga atención a los pacientes con relación a: enfermedad, riesgos del trabajo, maternidad, vejez, muertes, cesantía e invalidez.

Se ejecutan atenciones a los usuarios de la Red Pública Integral de Salud previa coordinación y aplicación de los formatos actuales.

3.2. PROPUESTA DE SOLUCION: FORMULACIÓN PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

3.2.1. Gestión administrativa /Gestión Financiera

Objetivo: Capacitar a los funcionarios en manejo de medicina preventiva.

Estrategia: Fortalecimiento del expertiz técnico en el manejo de medicina preventiva.

Dentro de este tipo de actividad, la capacitación es importante para poder conocer las medidas a realizar y formalizar el proyecto de manejo. Con este actuar el equipo sanitario tendrá las herramientas para llevar a cabo un manejo conciso del usuario.

ACTIVIDAD	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	GESTOR RESPONSABLE	METAS EN 5 AÑOS				
			AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
Capacitar a los funcionarios en manejo de medicina preventiva.	Número de funcionarios capacitados/ Número de funcionarios que requieren capacitación	Gestión administrativa /Gestión Financiera /Gestión Médica	100%	100%	100%	100%	100%

3.2.2. Gestión en tecnologías de la información y la comunicación / Gestión administrativa.

Objetivo: Analizar programas y softwares referentes al proceso que cumplan con permisos y aprobación de la institución.

Estrategia: Elaboración del estudio y aplicación de programas y softwares referentes al proceso.

Contar con un software médico es contar con una herramienta tecnológica que se basa en mejorar, asistir y apoyar las actividades realizadas día a día, aportando mejoría en la gestión de un centro sanitario, en cualquier especialidad, permitiendo automatizar procesos. Al ser bases informáticas es necesario que el equipo de TICS realice la validación de estos y que lidere al equipo para poder utilizar productos con licencias y que permitan ser aplicados en los equipos informáticos de la institución sin la necesidad de gastos anexos.

ACTIVIDAD	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	GESTOR RESPONSABLE	METAS EN 5 AÑOS														
Análisis de programas y softwares referentes al proceso que cumplan con permisos y aprobación de la institución.	Programas y softwares aprobados / Programas y softwares aprobados	Gestión en tecnologías de la información y la comunicación/ Gestión administrativa /Gestión Médica	<table border="1"> <thead> <tr> <th>AÑO 1</th> <th>AÑO 2</th> <th>AÑO 3</th> <th>AÑO 4</th> <th>AÑO 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>					AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5	100%	100%	100%	100%	100%
AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5													
100%	100%	100%	100%	100%													

3.2.3. Gestión Médica /Gestión en tecnologías de la información y la comunicación.

Objetivo: Elaboración del estudio y aplicación de protocolos en base a estudios internacionales y zonales.

Estrategia: Ejecución de estudios zonales y análisis de datos del área.

La investigación en las Ciencias Sociosanitarias aporta a la mejora de la salud a nivel global, por tanto, también en la calidad de vida de la ciudadanía. Promover la investigación facilita una atención médica integral de con calidez, efectividad y calidad, así como el desarrollo de programas de salud preventiva.

ACTIVIDAD	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	GESTOR RESPONSABLE	METAS EN 5 AÑOS														
Ejecución de estudios zonales y análisis de datos del área	Estudios zonales analizados y ejecutados / Estudios zonales analizados y planificados	Gestión Médica	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="904 680 991 741">AÑO 1</th> <th data-bbox="991 680 1077 741">AÑO 2</th> <th data-bbox="1077 680 1163 741">AÑO 3</th> <th data-bbox="1163 680 1249 741">AÑO 4</th> <th data-bbox="1249 680 1347 741">AÑO 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="904 741 991 869">70%</td> <td data-bbox="991 741 1077 869">100 %</td> <td data-bbox="1077 741 1163 869">100 %</td> <td data-bbox="1163 741 1249 869">100 %</td> <td data-bbox="1249 741 1347 869">100 %</td> </tr> </tbody> </table>					AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5	70%	100 %	100 %	100 %	100 %
AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5													
70%	100 %	100 %	100 %	100 %													

3.2.4. Gestión Médica /Gestión en tecnologías de la información y la comunicación.

Objetivo: Elaboración del estudio y aplicación de protocolos en base a estudios internacionales y zonales.

Estrategia: Análisis de estudios internacionales y nacionales que otorguen evidencia científica en relación con las bases morfofisiológicas de la región.

La importancia de los protocolos clínicos se basa en que son herramientas que ayudan a la toma de decisiones al médico, facilitando la lucha contra la toma de decisiones por experiencia y disminuyendo la variabilidad de la práctica sanitaria. Pese a lo mencionado, para que esto sea factible es necesario que denominado instrumento tenga una mínima calidad, coherencia y evidencia clínica que sustente su uso.

ACTIVIDAD	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	GESTOR RESPONSABLE	METAS EN 5 AÑOS														
Análisis de estudios internacionales y nacionales que otorguen evidencia científica con relación a las bases morfofisiológicas de la región.	Protocolos analizados y ejecutados / Protocolos aprobados para aplicación	Gestión Médica /Gestión en tecnologías de la información y la comunicación	<table border="1"> <thead> <tr> <th>AÑO 1</th> <th>AÑO 2</th> <th>AÑO 3</th> <th>AÑO 4</th> <th>AÑO 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>70%</td> <td>100 %</td> <td>100 %</td> <td>100 %</td> <td>100 %</td> </tr> </tbody> </table>					AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5	70%	100 %	100 %	100 %	100 %
AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5													
70%	100 %	100 %	100 %	100 %													

3.2.5. Gestión administrativa /Gestión Financiera /Gestión de Recursos Humanos /Gestión Médica

Objetivo: Determinación de la creación de partida para servidores designados a intervenir en el servicio.

Estrategia: Análisis de la plantilla de la unidad determinando la creación de partidas nuevas o movimientos internos para liderar el servicio

ACTIVIDAD	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	GESTOR RESPONSABLE	METAS EN 5 AÑOS														
Análisis de la plantilla de la unidad determinando o la creación de partidas nuevas o movimientos internos para liderar el servicio.	Personal contratado - designado / Personal destinado al servicio.	Gestión administrativa /Gestión Financiera /Gestión de Recursos Humanos /Gestión Médica	<table border="1"> <thead> <tr> <th>AÑO 1</th> <th>AÑO 2</th> <th>AÑO 3</th> <th>AÑO 4</th> <th>AÑO 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>70%</td> <td>100 %</td> <td>100 %</td> <td>100 %</td> <td>100 %</td> </tr> </tbody> </table>					AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5	70%	100 %	100 %	100 %	100 %
AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5													
70%	100 %	100 %	100 %	100 %													

3.3. Cronograma de actividades.

DESARROLLO DE ACTIVIDADES		2022		MESES DE IMPLEMENTACION 2023										
ACTIVIDAD	GESTOR RESPONSABLE	ENE-DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Capacitar a los funcionarios en manejo de medicina preventiva.	Gestión administrativa /Gestión Financiera /Gestión Médica		X	x	X	x	X	x	x	X	X	X	X	X
Análisis de estudios programas y softwares referentes al proceso que cumplan con permisos y aprobación de la institución.	Gestión en tecnologías de la información y la comunicación/ Gestión administrativa /Gestión Financiera /Gestión Médica		x			x			x			x		x
Ejecución de estudios zonales y análisis de datos del área	Gestión Médica /Gestión en tecnologías de la información y la comunicación /Gestión administrativa		x				x				x			
Análisis de estudios internacionales y nacionales que otorguen evidencia científica en relación a las bases morfofisiológicas de la región.	Gestión administrativa /Gestión Médica /Gestión en tecnologías de la información y la comunicación		x				x				x			

Análisis de la plantilla de la unidad determinando la creación de partidas nuevas o movimientos internos para liderar el servicio.	Gestión administrativa /Gestión Financiera /Gestión de Recursos Humanos /Gestión Médica		x						x					
--	--	--	---	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

3.4. Presupuesto estimado.

PRESUPUESTO ESTIMADO DEL PLAN DE GESTION GERENCIAL							
RECURSOS	TALENTO HUMANO	DESCRIPCIÓN	HORAS MES	MESES REQUERIDOS	TOTAL HORAS PLAN	VALOR HORA	TOTAL
	Comité de implementación	Médico	176	12	2112	14.2	29990.4
		Enfermera	176	12	2112	9.37	19789.44
					0		0
	Otros de apoyo				0		0
					0		0
					0		0
					0		0
	MATERIALES	DESCRIPCION	CANTIDAD MES	MESES REQUERIDOS	TOTAL PLAN	VALOR UNITARIO	TOTAL
	Material de oficina	Hojas de papel bond	600	12	7200	0.01	72
	Material de oficina	lapices	15	12	180	0.18	32.4
	Material de oficina	esferos	12	12	144	0.78	112.32
	EQUIPAMIENTO	DESCRIPCION	CANTIDAD			VALOR UNITARIO	TOTAL
	Equipo de computo	Lapto	1			1200	1200
	Muebles de oficina	Escritorio	1			150	150
Equipo de computo	Impresora	1			200	200	
OTROS	DESCRIPCION	CANTIDAD			VALOR UNITARIO	TOTAL	
Imprevistos							
TOTAL DEL PRESUPUESTO ESTIMADO PARA EL DESARROLLO DEL PLAN DE GESTION GERENCIAL							51546.56

CAPÍTULO IV

4.1. Evaluación e Implementación Integral de Gestión Gerencial

La evaluación de los programas y de las actividades es una forma de manejo y un instrumento de manejo y de gestión. Es un proceso que muestra una duración determinada y que trata en todo momento ejercer un análisis y establecer un valor de manera sistemática y desde una perspectiva objetiva intentando constatar la pertinencia, el rendimiento y el cumplimiento de metas de los programas y proyectos tanto que se encuentran como concluidos y aquellos que se encuentran en curso

La evaluación del Plan de Gestión verifica los avances y el cumplimiento de los objetivos del plan. La implementación de este proyecto se ha programado para llevarse a cabo en el plazo de dos años a partir de enero de 2023, tiempo durante el cual se deberá realizar la primera revisión, socialización con el personal y ejecución de los planes de trabajo para elaborar los diferentes protocolos, guías y uso de softwares médicos. Se ejecutará el primer balance en el mes de junio de 2023 para posteriormente ejecutarlo en el mes de octubre de mencionado año. Se espera que la proyección se cumpla, teniendo ya un 70% de todo el proceso cumplido durante 2023 y el 100% en el año 2024.

Dentro del análisis podremos considerar aspectos que causen retraso en el plan de gestión, tales como:

Retraso por falta de personal.

Acción preventiva, se ejecutará el análisis para encontrar un líder de servicio y los reemplazos en momentos de vacaciones o enfermedad.

Acción correctiva, contratación de nuevo personal.

Retraso por falta de recursos

Acción preventiva, planificación adecuada para el financiamiento del proyecto.
Acción correctiva, gestión y análisis de los datos económicos y de insumos de forma inter-servicios.

La forma de evaluar los procesos y que el proyecto avance, será ejecutando un proceso de auditoría interna con profesionales que analicen los indicadores de gestión, que se obtendrán de manera conjunta con el equipo responsable y los demás actores involucrados en el proyecto.

Se revisará con una lista de verificación el cumplimiento de los indicadores de gestión planteados para el proyecto, con lo cual cada proceso se expondrá y analizará de una forma objetiva, evitando el sesgo con la finalidad de mejorar todos los procesos.

El análisis de todos los datos se los ejecutará con el área de TICS dado a que se ejecutará la medición de procesos para lograr la semaforización.

Verde:	Cumplimiento exitoso. 90% - 100% de cumplimiento.
Amarillo:	Cumplimiento adecuado/satisfactorio. 70% - 89% de cumplimiento.
Rojo:	Cumplimiento no satisfactorio. 50% - 69% de cumplimiento.

Tras cada evaluación se ejecutará un informe que marque todos los datos de interés y que definan las necesidades futuras. También se considerará como base para mejora de procesos.

4.2. limitaciones y/o Restricciones en la Gestión Gerencial

Durante el proceso para implantar el presente proyecto, se podrían presentar limitaciones, dentro de las cuales podemos considerar:

- La resistencia al cambio, rechazando por pacientes, usuarios e incluso personal de salud los cambios en el manejo de los pacientes, la mejoría a aplicar y los datos de medicina preventiva a destacar.
- El costo y la adquisición de equipo y mobiliario, así como la contratación de personal nuevo destinado al servicio a ser creado.
- El alto volumen de atenciones, con dificultad para obtener espacios de atención dado a la falta de un espacio físico destinado netamente al servicio.
- La falta de conocimiento por parte del equipo de gestión nacional, creando dificultades para entender la realidad de la región, del centro sanitario y de la población en general.

4.3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.3.1. Conclusiones.

Los beneficios de la atención médica preventiva comienzan con la extensión de la edad de un paciente. Cuanto más proactivo sea, mejor preparado estará. Esta es una de las mejores maneras de prevenir enfermedades como el cáncer, la diabetes y las enfermedades mentales.

Cuanto antes se detecte una enfermedad, más fácil será su manejo y tratamiento. El objetivo de la atención médica preventiva es brindar chequeos regulares a las personas que están en riesgo de ciertas afecciones o enfermedades para que los problemas puedan identificarse temprano antes de que causen daños graves y permanentes.

Los resultados de la atención preventiva pueden incluir menos visitas a la sala de emergencias; menores costos de las primas de seguros; menores costos de

atención médica; individuos más sanos; y una mayor esperanza de vida. Algunos tratamientos médicos se consideran "preventivos" porque funcionan para prevenir enfermedades en lugar de curarlas después de que ya han ocurrido.

El aplicar estas medidas en los pacientes no solo beneficia a los usuarios, sino también al estado gracias a que los gastos destinados a compra de fármacos, manejo hospitalario y atención a complicaciones se reducirá notablemente. Esto le permitirá al centro sanitario a ejecutar el presupuesto en otras áreas, causando un uso adecuado del mismo y usando la carta de la austeridad a su favor.

Es fundamental enseñar a los usuarios, pacientes y equipo sanitario que la prevención es un beneficio integral en salud pública.

4.3.2 Recomendaciones.

Para ejecutar este plan de gestión, es indispensable que la relación del equipo y los canales de comunicación siempre se mantengan abiertos. Desde que el equipo comienza a establecer estos nexos el plan comienza a tener forma. Sin una relación adecuada no existirá este tipo de mejoras, por lo que es importante que la Dirección del centro, así como también Recursos Humanos sean la puerta de entrada para poder facilitar todas las relaciones, siempre acompañado por el concepto de medios de comunicación, es decir, con softwares disponibles para que el equipo tenga el mismo idioma en todo momento.

Es fundamental el insistir con la necesidad de marcar caminos de comunicación también con los sectores nacionales, dado a que en múltiples ocasiones desconocen la realidad de la zona, sus aspectos geopolíticos y sociales, por lo cual este tipo de plan de gestión podría ser replicado en la población a nivel a nacional.

GLOSARIO DE TÉRMINOS.

Medicina Preventiva. Rama de las ciencias médicas que se enfoca en la salud de individuos y poblaciones definidas para proteger, promover y mantener la salud del individuo y la sociedad aplicando medidas destinadas a la prevención de patologías o complicaciones.

IESS. Abreviación terminológica del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, ente prestador de servicios sanitarios tales como consultas médicas, hospitalización, jubilación, cesantía y servicios anexos.

Hipertensión Arterial. Patología cardiovascular de origen idiopático en la mayoría de casos donde las cifras arteriales se elevan tras la presencia de daño endotelial creando complicaciones en órganos diana.

Diabetes Mellitus. Enfermedad endocrinológica y metabólica, la cual se identifica por presentar una elevación marcada de los valores de glicemia creando trastornos y efectos adversos en múltiples órganos.

Score Framingham. La puntuación de riesgo de Framingham es un algoritmo específico de sexo que se utiliza para estimar el riesgo cardiovascular de 10 años de un individuo.

Score FINDRISC. Cuestionario para identificar a las personas con alto riesgo de desarrollar DM2, y se creó utilizando una cohorte prospectiva de personas de entre 35 y 64 años.

Patología Crónica. Afección de larga data evolutiva y usualmente de lenta progresión. Por término medio, se define a este tipo de afecciones al momento en que se presenta un tiempo de duración mayor a los seis meses.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. National Wellness Institute. (2020). Six dimensions of wellness. Recuperado de National Wellness website: <https://nationalwellness.org/resources/six-dimensions-of-wellness/>
2. Soto, L., Soto, J., & Riquelme, F. (2021). Hacia un modelo de atención en salud para el siglo XXI: breve historia del modelo de atención integrada en Chile. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(4), 373–378. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2021.06.001>
3. Ayala Ayala, J. P., Correa Marquinez, L. C., & Campuzano Vásquez, J. A. (2021). Indicador de pobreza por ingreso en Ecuador y el efecto Covid-19, del 2010 al 2020. *Sociedad & Tecnología*, 4(2), 248–264. <https://doi.org/10.51247/st.v4i2.108>
4. Vance Mafla, C. I. (2015). TIPOLOGIA PARA HOMOLOGAR ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVELES. Recuperado desde <http://instituciones.msp.gob.ec/cz6/images/lotaip/Enero2015/Acuerdo%20Ministerial%205212.pdf>
5. González-Andrade, J. M., & López-Mesa, M. J. (2021). Red de Salud Pública: distribución y estructura de unidades de salud en Cuenca, Ecuador. *CIENCIAMATRIA*, 7(3), 334–358. <https://doi.org/10.35381/cm.v7i3.583>
6. Carrera, S. (2021). Boletín Técnico Registro Estadístico de Defunciones Generales. Recuperado desde https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2020/boletin_tecnico_edg_2020_v1.pdf
7. Secretaría Técnica de la Circunscripción Territorial Especial Amazónica. (2021). Enfoque Socioeconómico de la Provincia Morona Santiago. Recuperado desde Secretaría Técnica de la Circunscripción Territorial Especial Amazónica website: <https://www.secretariadelamazonia.gob.ec/wp->

[content/uploads/downloads/2021/12/Boletín-Nro-8-Dirección-de-Gestión-de-la-Información-y-Estadística-Territorial.pdf](#)

8. Kluge, H. H. P., Wickramasinghe, K., Rippin, H. L., Mendes, R., Peters, D. H., Kontsevaya, A., & Breda, J. (2020). Prevention and control of non-communicable diseases in the COVID-19 response. *The Lancet*, 395(10238), 1678–1680. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)31067-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)31067-9)
9. BBarker, D. J. P. (2013). The Developmental Origins of Chronic Disease. National Symposium on Family Issues, 3–11. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6194-4_1
10. Allegrante, J. P., Wells, M. T., & Peterson, J. C. (2019). Interventions to Support Behavioral Self-Management of Chronic Diseases. *Annual Review of Public Health*, 40(1), 127–146. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-044008>
11. Harris, R. E. (2020). *Epidemiology of chronic disease : global perspectives*. Burlington, Ma: Jones & Bartlett Learning.
12. Bonilla-Sierra, P., Vargas-Martínez, A.-M., Davalos-Batallas, V., Leon-Larios, F., & Lomas-Campos, M.-M. (2020). Chronic Diseases and Associated Factors among Older Adults in Loja, Ecuador. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 4009. <https://doi.org/10.3390/ijerph17114009>
13. Arboleda Carvajal, M. S., & García Yáñez, A. R. (2017). Riesgo cardiovascular: análisis basado en las tablas de Framingham en pacientes asistidos en la unidad ambulatoria 309, IESS – Sucúa. *Revista Med*, 25(1), 20–30. <https://doi.org/10.18359/rmed.1949>
14. Cantillo, H. J. M., Ocampo, D. F., & Santana, K. L. C. (2019). Uso del instrumento FINDRISK para identificar el riesgo de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2. *Revista Repertorio de Medicina Y Cirugía*, 28(3), 157–163. <https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.v28.n3.2019.956>

15. Rebolledo, K. L. A., Leguen, F. J., Casquero, R. G., Martín, J. A. R., Sbert, P. R., & Llinás, M. G. (2022). Correlation between heart age and other scales and parameters related to cardiovascular risk. *Academic Journal of Health Sciences: Medicina balear*, 37(1), 65-70.
16. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS* Quito; 2018.
17. Rubio-Guerra, A. F. (2018). Nuevas guías del American College of Cardiology/American Heart Association Hypertension para el tratamiento de la hipertensión. ¿ Un salto en la dirección correcta?. *Medicina interna de México*, 34(2), 299-303.
18. Armijos Mayon, F. B., Bermúdez Burgos, A. I., & Mora Sánchez, N. V. (2019). Gestión de administración de los recursos humanos. *Universidad y Sociedad*, 11(4), 163-170. Recuperado de <http://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus>
19. Lukáč, J., Stašková, S., Meheš, M., DANKOVÁ, L. y NOVOTNÝ, M. (2019). Financial Performance of Healthcare Facilities in Slovak Republic. *Journal of Applied Economic Sciences (JAES)*, (65), 642–650. Recuperado de <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=898667>
20. Burney, S. A., Mahmood, N., & Abbas, Z. (2010). Information and communication technology in healthcare management systems: Prospects for developing countries. *International journal of computer applications*, 4(2), 27-32.
21. Jara, A. A. L., & Vintimilla, X. R. L. (2019). Indicadores para evaluar la eficiencia hospitalaria.: Caso de estudio: Clínica privada de la ciudad de Macas. *Revista UNIANDES Episteme*, 6(3), 383-398.

ANEXOS

Anexo 1.



Reunión de análisis situacional con representantes de la ciudad de Sucúa para conocer datos de interés en preparación a la planificación del proyecto.

Anexo 2.



Reunión de análisis con personal administrativo para conocer datos informativos y técnicos relevantes en la elaboración del presente texto.

Anexo 3

Inspección de áreas en las que se ejecutará el proyecto y definición de sectores estratégicos para el mismo. Se ejecuta en conjunto con los servicios de enfermería, Medicina Familiar y área administrativa.

Anexo 4.

Inicio de capacitaciones al personal en medicina preventiva, cardiovascular y diabetes mellitus, incluyendo en la temática las escalas de Framingham y Findrisc.

