



**FACULTAD DE POSTGRADOS**

**MAESTRÍA EN GERENCIA DE INSTITUCIONES DE SALUD**

**PLAN GERENCIAL PARA LA CREACIÓN DEL PUESTO DE SALUD CRUZ  
DE ANGAMARCA EN EL DISTRITO 03D02 SALUD CAÑAR, EL TAMBO,  
SUSCAL.**

**Profesor**

**Ing. Mónica Janeth Moncayo Robles. Mgs**

**Autora**

**Md. Sofía Nataly Arias Galán**

**2022 - 2023**

## **RESUMEN**

Se trata de un estudio descriptivo de carácter cualitativo cuya finalidad es persuadir a la Dirección Distrital 03D02 Salud Cañar - El Tambo - Suscal perteneciente al Ministerio de Salud Pública, acerca de la creación del Puesto de Salud “Cruz de Angamarca” en la parroquia General Morales del cantón Cañar, justificando su creación en la necesidad de atención sanitaria a grupos de atención prioritaria y vulnerable, establecidos en el Modelo de Atención Integral de Salud del Ecuador, de las comunidades de difícil acceso de la parroquia General Morales, para ello se recolectarán los datos sociodemográficos y del perfil salud enfermedad del Análisis Situacional de Salud del Puesto de Salud “Hierba Buena” actualmente responsable de las comunidades del territorio que serían beneficiadas con la creación de la nueva unidad operativa de salud.

Palabras clave: Plan gerencial, Creación, Puesto de Salud, Unidad Operativa, Grupos prioritarios y vulnerables, provisión de servicios de salud.

## **ABSTRACT**

This is a descriptive study of a qualitative nature whose purpose is to persuade the District Directorate 03D02 Salud Cañar - El Tambo - Suscal belonging to the Ministry of Public Health, about the creation of the "Cruz de Angamarca" Health Post in the General Morales parish. of the Cañar canton, justifying its creation in the need for health care for priority and vulnerable groups, established in the Comprehensive Health Care Model of Ecuador, of the difficult-to-reach communities of the General Morales parish, for this they will collect the sociodemographic data and the health-disease profile of the Situational Health Analysis of the "Hierba Buena" Health Post, currently responsible for the communities in the territory that would benefit from the creation of the new operational health unit.

Keywords: Management plan, Creation, Health Post, Operational Unit, Priority and vulnerable groups, provision of health services.

# ÍNDICE DEL CONTENIDO

1. RESUMEN.....	2
2. CAPITULO I.....	10
3. REVISIÓN DEL ESTADO DEL ARTE Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 10	
4. 1.1. .... INTRODUCCI ÓN20	
5. 1.2.análisis de la situación actual de la gestión gerencial.....	21
1.2.1. Estructura administrativa, financiera y operativa.....	25
1.2.2. Oferta y demanda de servicios. ....	26
1.2.2.1. Análisis geoespacial y geopolítico. ....	27
1.2.2.2. Oferta de servicios. ....	27
1.2.2.3. Población atendida.....	30
1.2.2.4. Demanda de servicios insatisfecha. ....	33
6. 1.3.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	34
7. 1.4.JUSTIFICACION DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	36
8. 1.5. .... OBJETIV OS37	

1.5.1.	OBJETIVO GENERAL.....	37
1.5.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	38
9.	1.6.oportunidades de mejora para la prestación de servicios de salud.....	38
1.6.1.	Propuesta y justificación de alternativas de solución. ....	38
10.1.7.	Matriz de evaluación de alternativas estudiadas. ....	39
1.7.1.	Cuadro de análisis de factibilidad. ....	41
11.	CAPITULO II.....	42
12.	JUSTIFICACIÓN Y aplicación DE METODOLOGÍA CUALITATIVA PARA LA REALIZACIÓN DEL PLAN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.....	42
13.2.1.	justificación de la metodología de estudio. ....	43
14.2.2.	DIAGNÓSTICO DE SERVICIOS, RECURSOS Y CAPACIDADES FUNCIONALES EN LA UNIDAD DE SALUD.....	44
2.2.1.	Gestión Gerencial de la Dirección.....	44
2.2.2.	Gestión administrativa y de los recursos humanos .....	45
2.2.3.	Gestión financiera.....	46
2.2.4.	Gestión operativa, abastecimiento y logística. ....	46
2.2.5.	Gestión de los servicios clínicos. ....	47
15.2.3.	.....ESTRATEGIAS.....	49
16.	CAPITULO III.....	50

17. PROPUESTA DE SOLUCIÓN: FORMULACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL.....	50
18.3.1. PLANTEAMIENTO ESTRATÉGICO .....	51
3.1.1.    Análisis del entorno social .....	51
3.1.1.1.    Contexto Político, económico y legal. ....	51
3.1.1.2.    Contexto social.....	51
3.1.2.    Análisis de la industria del servicio de salud .....	52
3.1.3.    Análisis FODA .....	53
3.1.3.1.    Fortalezas .....	53
3.1.3.2.    Oportunidades.....	53
3.1.3.3.    Debilidades y amenazas. ....	53
3.1.4.    Cadena de valor de la Organización .....	54
3.1.5.    Planificación estratégica .....	55
19.3.2. Plan de Gestión Gerencial .....	58
3.2.1.    Gestión gerencial de la Dirección, Gestión Administrativa y de Recursos Humanos y, Gestión Financiera .....	58
3.2.2.    Gestión Administrativa y de Recursos Humanos y, Gestión Operativa Abastecimiento y Logística. ....	61
20. CAPITULO IV .....	67
21. EVALUACIÓN E IMPLEMENTACIÓN INTEGRAL DEL GESTIÓN GERENCIAL.....	67

22.4.1. Limitaciones y/o Restricciones en la Gestión Gerencial .....	70
4.1.1.    Limitaciones de Tiempo .....	70
4.1.2.    Limitaciones de Costos.....	70
4.1.3.    Limitaciones de Alcance .....	70
23.4.2.CONCLUSIONES	Y
RECOMENDACIONES .....	70
4.2.1.    Conclusiones .....	70
4.2.2.    Recomendaciones .....	71
24. bibliografía .....	72
25. ANEXOS.....	74
Anexo 1. Reunión con los presidentes comunales.....	74

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Talento humano del PS Hierba Buena. ....	26
Tabla 2. Conjunto de prestaciones por ciclos de vida.....	28
Tabla 3. Distribución de la población de acuerdo a la edad y sexo. PS Hierba Buena 2022.....	30
Tabla 4. Población según comunidad PS Hierba Buena 2022. ....	31
Tabla 5. Distribución de la población prioritaria y vulnerable según lugar de residencia. PS Hierba Buena 2022. ....	32
Tabla 6. Matriz de evaluación de alternativas de solución.....	39
Tabla 7. Cuadro de análisis de factibilidad. ....	41
Tabla 8. Cuadro de estrategias. ....	49
Tabla 9. Cuadro de actividades uno. ....	60
Tabla 10. Cuadro de Actividades dos.....	63
Tabla 11. Cronograma de actividades.....	64
Tabla 12. Presupuesto estimado del Plan de Gestión. ....	66
Tabla 13. Matiz de Semaforización .....	68



## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Diez primeras causas de morbilidad 2022.....	33
Ilustración 2. Demanda de atención grupos prioritarios y vulnerables 2022. ....	34
Ilustración 3. Árbol de Problemas.....	36
Ilustración 4. Análisis FODA.....	48

**CAPITULO I**  
**REVISIÓN DEL ESTADO DEL ARTE Y PLANTEAMIENTO**  
**DEL PROBLEMA**

## 1.1. INTRODUCCIÓN

El presente documento detalla un plan de gestión gerencial orientado a la creación de un puesto de salud del primer nivel de atención del sector público de salud del Ecuador, cuyo fin es optimizar la prestación de servicios de salud preventivos y curativos a los pacientes y usuarios pertenecientes a grupos prioritarios y vulnerables de atención que habitan en comunidades de difícil acceso de la provincia de Cañar y, que por el distanciamiento geográfico existente entre la unidad operativa asignada a prestar estos servicios y sus comunidades, se encuentran limitados en el acceso oportuno a los servicios de salud ofertados por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

En el primer capítulo del plan se aborda la realidad actual de la gestión gerencial de la unidad operativa a cargo del territorio en el que se pretende aplicar el plan para mejorar la prestación de servicios de salud a los pacientes y usuarios pertenecientes al grupo antes mencionado, pudiendo evidenciarse que más del 50% de dicha población se vería beneficiada con la creación de esta nueva unidad operativa.

En el segundo capítulo se desglosan y evalúan los factores externos e internos a la institución que pueden afectar de forma positiva o intervenir negativamente en la ejecución y aplicación del plan de gestión gerencial, con la finalidad de encontrar estrategias que permitan alcanzar los objetivos planteados en el plan.

Siguiendo con el desarrollo del plan, en el tercer capítulo se detallan las actividades a realizarse para lograr la ejecución del plan a largo plazo, desglosando las actividades a realizarse para lograr cada uno de los objetivos planteados en el primer capítulo del plan y también la autora proporciona información pertinente al presupuesto necesario para la ejecución del plan.

Finalmente el cuarto capítulo da a conocer las herramientas de seguimiento y evaluación del plan, con la finalidad de intervenir oportunamente en la marcha de la ejecución del mismo y lograr su ejecución en los tiempos previstos.

## **1.2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA GESTIÓN GERENCIAL**

El Modelo de Atención Integral de Salud vigente en el país establece en su componente de provisión de los servicios que la oferta de los mismos debe responder a las necesidades de salud de la población a nivel individual, familiar y comunitario, fundamentándose en el perfil epidemiológico, las necesidades por ciclo de vida y la realidad sociocultural de cada usuario (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2018).

El concepto de necesidad de provisión de servicios de salud de una población está definida como la relación entre el estado de salud-enfermedad que los usuarios de los servicios de salud experimentan, y está dada por el exigua nexo entre las necesidades básicas del ser humano (salud física, autonomía) y las necesidades intermedias del mismo (adecuada nutrición, vivienda, condiciones del medio ambiente, estabilidad física, económica y laboral y, educación), modificadas al mismo tiempo y dependientes de las circunstancias sociales, políticas y culturales de cada grupo poblacional; por ende la necesidad de servicios de salud de una población implica una prioridad para la planificación de la provisión de servicios de salud de un territorio (Bedregal G et al. 2002).

Con frecuencia el análisis que diagnostica las necesidades de salud en una unidad prestadora de servicios de salud, se elabora a partir del estudio de la demanda de atención, derivada de la información de los registros de consulta médica sobre la población bajo la jurisdicción de la unidad de salud que se estudia; sin embargo hay que tener presente que los servicios de salud no demandados por la población no usuaria también refleja indirectamente otra parte de las necesidades de salud, aun mas en las zonas de difícil acceso a la unidad prestadora más cercana, esta limitación resulta en la evidencia de una relación irreal entre la identificación de las necesidades sanitarias y los servicios otorgados (Bedregal G et al. 2002; Viscaya y Gásperi 2013).

Es de importancia también resaltar que las prestaciones sanitarias en el primer nivel de atención no sólo se limitan a la atención de morbilidad, sino que debe orientarse al conocimiento del proceso salud-enfermedad del grupo familiar en el que se inserta el individuo que padece dicha morbilidad, así como de la comunidad a la que pertenece esta familia, actividad que direcciona al galeno y a su equipo multidisciplinario de salud a jerarquizar y planificar las acciones encaminadas a satisfacer esas necesidades (Cordero y Cordero 2021; Geyndt' s. f.; Viscaya y Gásperi 2013).

La atención primaria en salud se define en función de las necesidades concretas de salud en el ámbito geográfico, socioeconómico, cultural y político de una población (Geyndt' s. f.). Para estudiar las necesidades de salud de la población es pertinente definir el concepto de necesidad, la necesidad es la sensación de carencia ligada al deseo de satisfacerla, esta no se crea, sino que existe (Viscaya y Gásperi 2013).

Existen distintos modelos para determinar las necesidades en salud, los mismo que utilizan indicadores que se clasifican en objetivos o externos (medidas de circunstancias, hechos o estados tangibles que pueden ser observados y verificados por observadores externos al proceso de medición) y subjetivos (miden opiniones, relatos o descripciones de las personas desde su percepción del mundo) (Viscaya y Gásperi 2013).

La planificación de la cartera de servicios de salud ofertados por una unidad operativa debería resultar del análisis confluyente del conocimiento de los servidores de salud, el contexto demográfico y epidemiológico de la población y las necesidades percibidas por la misma. Esta última variable no es siempre considerada en el proceso de elaboración de políticas en salud, mas sin embargo su incorporación menguaría las desigualdades en las oferta de servicios de salud entre comunidades (Bedregal G et al. 2002).

Según un informe presentado al congreso de Estados Unidos, el 85 % de la población de los países en vías de desarrollo no tiene acceso optimo a los

servicios de salud, representando las áreas rurales de los mismos, la mayor parte de este porcentaje; aun cuando los servicios de salud se encuentren disponibles y accesibles, no necesariamente son aceptables para la población, así pues la falta de demanda es un problema grave en la mayor parte de zonas rurales y más aún en las de difícil acceso siendo el detonante para esta realidad la arraigada cultura conservadora y falta de educación formal de la mayor parte de los habitantes rurales (Geyndt' s. f.).

El gasto público en salud de los países en vías de desarrollo de ingresos medios y bajos es de \$60.00 por persona y es de \$ 270.00 por persona en los países de ingresos medianos altos; cuando el gasto público en salud aumenta, es menos probable que las personas caigan en la pobreza como consecuencia de acceder a servicios sanitarios, no obstante, el gasto público reduce las desigualdades en el acceso únicamente cuando las asignaciones garantizan el acceso a la atención sanitaria del primer nivel a toda la población (Anón s. f.-b).

Las poblaciones rurales se caracterizan por encontrarse diseminadas en extensas zonas dedicadas a la agricultura y ganadería, su vivienda es por lo regular de madera o adobe u otros materiales ligeros, en su totalidad el servicio de agua no es potabilizado, la eliminación de excretas y de basuras es elemental y primitiva, por lo común toda la vivienda consiste en una sola habitación en la que habita toda la familia, misma que es extensa y numerosa; finalmente el acceso a las comunidades rurales es regularmente a través de vías de tercer y cuarto orden, mismas que se encuentran totalmente interrumpidas en época invernal, situación que mengua el acceso a los servicios sanitarios de estas poblaciones, produciendo un aislamiento total en la mayoría de las ocasiones (Organización Panamericana de la Salud 1968).

La insuficiente notificación de morbilidades y estadísticas vitales y de salud, limitan la confiabilidad del conocimiento de los problemas de salud de la población rural; los datos de mortalidad general e infantil de la zona rural rurales aunque conocidas, comúnmente no tienen certificación médica, lo que dificulta

detallar datos de morbilidad y mortalidad específicas, como elementos de análisis de la magnitud del problema de la salud en el medio rural (Organización Panamericana de la Salud 1968).

En Ecuador, el ente rector del sistema de salud es el Ministerio de Salud Pública (MSP), mismo que delega responsabilidades hacia las Direcciones zonales de salud y estas a su vez a las Direcciones Distritales, directos encargados de la parte operativa del sistema en las unidades de salud de todo el país (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2018).

Una vez introducidos en el concepto anterior, y después de haber sido establecida la importancia de una adecuada provisión de atención de salud integral predominantemente preventiva, pero también curativa, es necesario resaltar que según la OMS, se necesitan alrededor de 23 médicos, enfermeras y parteras por cada 10.000 habitantes para brindar servicios esenciales de salud a la población, en América Latina alrededor del 70% de los países cuentan con los profesionales necesarios, y en algunos casos los superan, pero enfrentan desafíos en su distribución y formación, problemática de la cual la raíz, sin duda, son los conflictos políticos que influyen en la asignación presupuestaria anual al sector salud de los países latinoamericanos (Anón s. f.-b; Cordero y Cordero 2021; Rathe y Paulino 2022; Viscaya y Gásperi 2013).

El presente plan gerencial busca la creación del Puesto de Salud “Cruz de Angamarca” del Distrito 03D02 Salud Cañar – El Tambo – Suscal, en la parroquia General Morales del cantón Cañar, fundamentalmente a causa de la dificultad de acceso a los servicios de salud debido a la ubicación geográfica dispersa de las comunidades rurales de esta parroquia; actualmente el territorio al que ofertaría los servicios de salud la nueva unidad operativa se encuentra bajo jurisdicción del Puesto de Salud Hierba Buena bajo la rectoría de la misma dirección Distrital, sin embargo la prestación óptima de servicios sanitarios por el personal operativo de salud se ve dificultada por la realidad de la extensión geográfica a su cargo.

El Puesto de Salud Hierba Buena es una unidad operativa del primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, ubicado en la provincia de Cañar, cantón Cañar, parroquia General Morales, comunidad rural Hierba Buena; esta unidad operativa brinda atención en enfermería, medicina y odontología a la población de 17 comunidades rurales indígenas Kañaris a mencionar: Cajas Urco, Hierba Buena, Tocte Loma, Tocte Pamba, Suicay Alto, Suicay Bajo, Ilín, Lugmapamba, Motilón Grande, Arrayan, Laurel, Motilón Chico, Cruz de Angamarca, Tres Cruces, Surales, La Industria y Guaviduca.

De estas últimas, 11 comunidades se encuentran ubicadas a más de 3 horas y 30 minutos de distancia desde la unidad operativa movilizándose a pie; resulta aún más preocupante el hecho de que más del 50% de todos los grupos prioritarios y/o vulnerables de atención médica, de acuerdo al MAIS, residen en estas comunidades, lo que dificulta un correcto seguimiento a dichos pacientes, pues debido a la gran distancia existente entre sus hogares y la unidad operativa de salud, los pacientes no acuden a los controles de salud planificados, lo que obliga al personal de salud de la institución a trasladarse mensualmente hasta sus comunidades y hogares para la correcta realización de su seguimiento médico.

En este contexto situacional, es sin duda necesaria la creación de una unidad operativa del sector público en una ubicación central a todas estas comunidades, a fin de satisfacer las necesidades de salud de la población de forma oportuna y equitativa, sin que la ubicación geográfica de domicilio de los pacientes sea un factor que desencadene inequidad en la prestación de servicios de salud.

### **1.2.1. Estructura administrativa, financiera y operativa**

Actualmente el Puesto de Salud Hierba Buena se encuentra bajo mando de la Dirección Distrital de Salud 03D02, la Administración Técnica de la unidad operativa se encuentra a cargo de un médico general desde hace dos años y cuatro meses, tanto las responsabilidades de los procesos administrativos como



las de los operativos llevados por la institución, son distribuidos de manera ecuatoriana entre la administración técnica, los tres médicos rurales, la profesional de odontología rural y el licenciado en enfermería rural.

La gestión financiera de la unidad operativa está a cargo del Departamento Administrativo Financiero Distrital, según lo normado por el ente regulador nacional de salud, el MSP.

Finalmente el talento humano del Puesto de Salud Hierba Buena que brinda servicios de salud en las modalidades de atención intramural y extramural, ocho horas diarias durante cinco días a la semana, consta actualmente de: un médico general bajo la modalidad de contrato ocasional, tres médicos rurales, un odontólogo rural y un licenciado en enfermería rural.

**Tabla 1. Talento humano del PS Hierba Buena.**

<b>Talento humano del Puesto de Salud Hierba Buena</b>			
Nº de médicos generales	Nº de médicos rurales	Nº de Licenciados en enfermería	Nº de Odontólogos
1	3	1	1
Fuente: Cartera de servicios PS Hierba Buena			

### **1.2.2. Oferta y demanda de servicios.**

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador basa su oferta de servicios de salud en la Atención primaria de Salud renovada cuya finalidad es orientar los servicios de salud hacia los procesos preventivos de enfermedad, promocionales de salud, con énfasis en la participación comunitaria y articulación interinstitucional, procurando mejorar el estilo de vida y estado de salud de la población de acuerdo a la epidemiología comunitaria particular de cada sector del país.

El Puesto de Salud Hierba Buena oferta los servicios de medicina general, odontología y enfermería, en las modalidades de atención intramural y extramural, haciendo énfasis en la prevención de enfermedad, promoción de salud, prestando servicios de salud ofertados en modalidad extramural

principalmente a los pacientes de atención prioritaria y vulnerable de las comunidades de difícil acceso.

#### **1.2.2.1. Análisis geoespacial y geopolítico.**

El Puesto de Salud Hierba Buena es una unidad operativa del primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, ubicado en la provincia de Cañar, cantón Cañar, parroquia General Morales, comunidad rural Hierba Buena a 30 kilómetros del centro parroquial y 70 Km del cantón Cañar, en las coordenadas 2°22'59.1"S 79°03'21.4"W; la parroquia General Morales está situada en el noreste de la cabecera cantonal, limita al norte con la parroquia Llagos de la provincia Chimborazo, al este con otras localidades de la provincia de Chimborazo, al sur con la parroquia Zhud y el cantón Suscal y, al oeste con la parroquia de Ventura y Chontamarca, actualmente la parroquia General Morales cuenta con una extensión aproximada de 220 Kilómetros.

El puesto de salud Hierba Buena brinda atención en enfermería, medicina y odontología a la población de 17 comunidades rurales indígenas Kañaris de la parroquia General Morales a mencionar: Cajas Urco, Hierba Buena, Tocte Loma, Tocte Pamba, Suicay Alto, Suicay Bajo, Ilín, Lugmapamba, Motilón Grande, Arrayan, Laurel, Motilón Chico, Cruz de Angamarca, Tres Cruces, Surales, La Industria y Guaviduca.

De estas últimas, 11 comunidades se encuentran ubicadas a más de 3 horas y 30 minutos de distancia desde la unidad operativa accediendo a pie, lo que dificulta una prestación óptima y equitativa de los servicios sanitarios pese a que el personal de salud de la institución se traslada mensualmente hasta aquellas comunidades.

#### **1.2.2.2. Oferta de servicios.**

Para lograr la aplicación del modelo de atención integral de salud de los individuos basada en APS, el Puesto de Salud cumple con trabajo intramural y

extramural; para ello el personal operativo se encuentra dividido en 2 Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS), responsables de ejecutar acciones de acuerdo a la población asignada para cada equipo.

La atención que se brinda a los usuarios se encuentra enmarcada en los ciclos de vida de la población, cuya cartera se detalla a continuación:

- Medicina General
- Odontología
- Enfermería

Los servicios ofertados según grupo etario o prioritario se describen en la siguiente tabla, sin discriminar si la modalidad de atención es intramural o extramural:

**Tabla 2. Conjunto de prestaciones por ciclos de vida.**

<b>Ciclo de vida</b>	<b>Conjunto de acciones integrales de acuerdo a ciclos de vida para el primer nivel de atención</b>
Recién Nacidos 0 a 28 días.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención del Recién Nacido de acuerdo al AIEPI</li> <li>• Atención del Niño Sano (Nutrición, desarrollo neuropsicomotriz, lactancia, crecimiento y desarrollo)</li> <li>• Inmunización acorde a la edad: Vacunación BCG y Hepatitis B</li> <li>• Salud mental</li> <li>• Detección de defectos visuales y auditivos</li> <li>• Detección, prevención y consejería en VIH/SIDA y ETS</li> <li>• Tamizaje metabólico neonatal</li> </ul>
Niños/as lactante de 29 días a 11 meses:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación del desarrollo físico, neuromuscular y psicomotriz según la edad, salud bucal.</li> <li>• Vacunación según la edad: OPV, pentavalente e, Influenza pediátrica</li> <li>• Administración de micronutrientes de suplementación universal.</li> <li>• Descartar o confirmar deficiencia y/o discapacidad</li> <li>• Tamizaje de violencia</li> <li>• Prevención de la caries</li> <li>• Detección temprana de problemas sensoriales (visión, audición)</li> <li>• Prevención y consejería de VIH e infecciones de transmisión sexual</li> <li>• Evaluación nutricional y suplementación.</li> </ul>

<b>Ciclo de vida</b>	<b>Conjunto de acciones integrales de acuerdo a ciclos de vida para el primer nivel de atención</b>
Niños/as de 1 a 4 años:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar salud física y neurosensorial.</li> <li>• Cumplir con inmunizaciones DPT, OPV, SRP, varicela, fiebre amarilla, influenza pediátrica.</li> <li>• Suplementación universal con, vitamina A</li> <li>• detección de discapacidades</li> <li>• Prevención de la caries</li> <li>• Detección de problemas en el desarrollo</li> <li>• Detección de defectos visuales</li> </ul>
Niños/as de 5 a 9 años (ESCOLARES):	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de salud física y neurosensorial.</li> <li>• Cumplir con inmunizaciones DT y SRP segunda dosis y varicela.</li> <li>• Detección de discapacidad</li> <li>• Evaluar el bienestar del niño e identificar anomalías congénitas o problemas médicos adquiridos</li> <li>• Prevención de la caries</li> <li>• Salud mental y tamizaje de violencia</li> <li>• Prevenir riesgos de accidentes en domicilio y unidades educativas.</li> <li>• Uso de ayudas técnicas</li> </ul>
Adolescentes 10 a 19 años:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de salud física, psicológica y emocional.</li> <li>• Inmunizaciones contra Hepatitis B y Varicela.</li> <li>• Consejería en salud sexual y reproductiva.</li> <li>• Atención preventiva de adolescentes en riesgo</li> <li>• Abordaje de problemas de malnutrición, psicosociales, conductas alimentarias, ETS, embarazos no planificados, sedentarismo y consumo de sustancias.</li> <li>• Tamizaje de violencia</li> </ul>
Adulto de 20 a 64 años:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención salud preventiva en adulto: Enfermedades crónicas no transmisibles</li> <li>• Salud Bucal</li> <li>• Planificación familiar</li> <li>• inmunización con DT embarazadas y MEF</li> </ul>
Adulto mayor > 65 años:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración Geriátrica Integral</li> <li>• Identificar deterioro funcional y cognitivo</li> <li>• Valoración precoz y diagnóstico de la fragilidad</li> <li>• Vacunación: Neumococo e influenza.</li> <li>• Prevención, detección y manejo de violencia, maltrato y discapacidad</li> </ul>

Ciclo de vida	Conjunto de acciones integrales de acuerdo a ciclos de vida para el primer nivel de atención
Embarazadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control prenatal: evaluación estado nutricional, salud bucal y tamizaje de patologías prevalente.</li> <li>• Consejería genética</li> <li>• Vacunación: DT embarazadas</li> <li>• Prevención, detección y manejo de violencia y maltrato, consumo de sustancias.</li> <li>• Trastornos afectivos y emocionales</li> <li>• Prevención de embarazadas que no acuden a control (visitas domiciliarias)</li> <li>• Atención de postparto (visitas domiciliarias)</li> <li>• Seguimiento de problemas de salud (visitas domiciliarias)</li> <li>• Captación de embarazadas en puerperio</li> <li>• Parto domiciliario</li> </ul>
Elaborado por: Sofía Arias Galán Fuente: Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2018)	

### 1.2.2.3. Población atendida.

Hasta el primero de septiembre de 2022 el puesto de salud Hierba Buena presta servicios de salud a 1215 habitantes de sus 17 comunidades según la actualización de fichas familiares hasta esa fecha, cifra que no ha variado en gran tamaño hasta la fecha pues han sido menos de cinco las cifras de muertes y/o nacimientos en los últimos 2 meses.

**Tabla 3. Distribución de la población de acuerdo a la edad y sexo. PS Hierba Buena 2022.**

GRUPO ETARIO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
< 6 MESES	2	0	5	1	7	1
6-11 MESES	6	1	8	1	14	1
1-2 AÑOS	4	1	11	2	15	1
2-4 AÑOS	45	8	52	8	97	8
5-9 AÑOS	71	13	57	9	128	11
10-14 AÑOS	84	15	82	12	166	14
15-19 AÑOS	66	12	71	11	137	11
20-44 AÑOS	115	21	167	25	282	23

GRUPO ETARIO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
45-64 AÑOS	88	16	112	17	200	16
65-74 AÑOS	40	7	48	7	88	7
> 75 AÑOS	34	6	47	7	81	7
<b>TOTAL</b>	<b>555</b>	<b>100</b>	<b>660</b>	<b>100</b>	<b>1.215</b>	<b>100</b>
ELABORADO POR: MD. SOFIA ARIAS GALAN Y MD. CRISTINA POZO GALAN						
FUENTE: Análisis Situacional de Salud del PS Hierba Buena 2022.						

De la población total de 1215 habitantes a cargo actualmente del puesto de salud Hierba Buena, 750 personas, esto es 61.72% de la población total del territorio, corresponden a la población de las 10 comunidades de difícil acceso por beneficio de las cuales se plantea la creación del Puesto de Salud “Cruz de Angamarca”.

**Tabla 4. Población según comunidad PS Hierba Buena 2022.**

POBLACIÓN SEGÚN SEXO Y COMUNIDAD DE RESIDENCIA 2022						
COMUNIDAD	HOMBRE	PORCENTAJE	MUJERES	PORCENTAJE	TOTAL	PORCENTAJE
HIERBA BUENA	54	10	75	10	129	11
CAJAS URCO	17	3	30	3	47	4
TOCTE ALTO	20	4	24	4	44	4
TOCTE BAJO	28	5	34	5	62	5
SUICAY ALTO	25	5	35	5	60	5
SUICAY BAJO	40	7	56	7	96	8
ILIN	12	2	15	2	27	2
LUGMAPAMBA	18	3	18	3	36	3
MOTILON GRANDE	16	3	20	3	36	3
ARRAYAN	34	6	37	6	71	6
LAUREL	89	16	93	16	182	15
MOTILON CHICO	11	2	17	2	28	2
CRUZ DE ANGAMARCA	68	12	75	12	143	12
CRUCES	39	7	51	7	90	7
GUAVIDUCA	25	5	24	5	49	4
SURALES	37	7	35	7	72	6
LA INDUSTRIA	22	4	21	4	43	4
<b>TOTAL</b>	<b>555</b>	<b>100</b>	<b>660</b>	<b>100</b>	<b>1215</b>	<b>100</b>
ELABORADO POR: MD. SOFIA ARIAS GALAN Y MD. CRISTINA POZO GALAN						
FUENTE: Análisis Situacional de Salud PS Hierba Buena 2022						

El puesto de salud cuenta con un número importante de menores de 5 años y adolescentes representando el 36% de la población total, de igual forma las personas con discapacidad necesitan atenciones en modalidad extramural preferentemente mediante visitas domiciliarias puesto que tiene limitaciones físicas, ellos representan el 3% de la población total, mientras que los crónicos representan el 1% de la población total. Por otro lado resulta aún más preocupante el hecho de que más del 50% de todos los grupos prioritarios y/o vulnerables de atención médica residen en estas comunidades, lo que dificulta un correcto seguimiento a dichos pacientes, pues debido a la gran distancia existente entre sus hogares y la unidad operativa de salud los pacientes no acuden a los controles de salud planificados, lo que obliga al personal de salud de la institución a trasladarse mensualmente hasta sus comunidades y hogares para la correcta realización de su seguimiento médico.

**Tabla 5. Distribución de la población prioritaria y vulnerable según lugar de residencia. PS Hierba Buena 2022.**

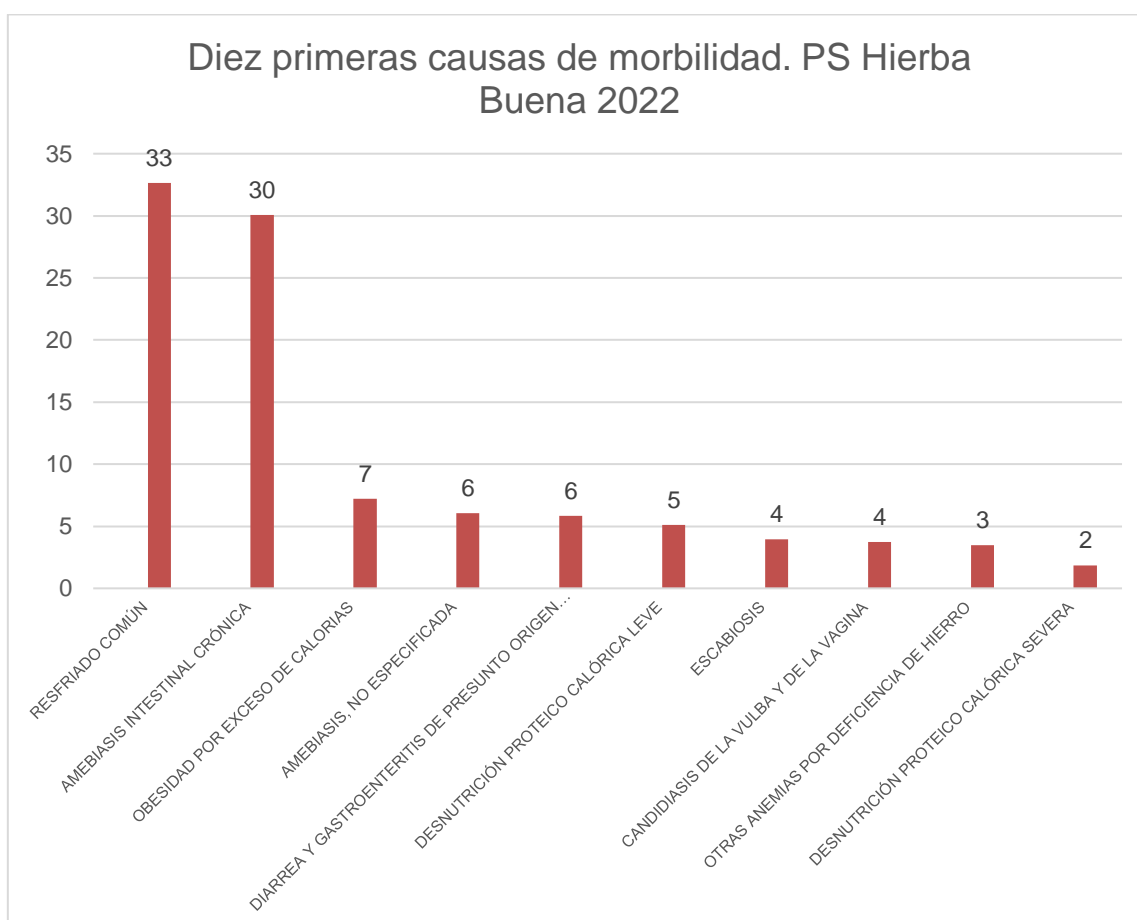
Grupo prioritario y/o vulnerable	Residentes de comunidades cercanas al Puesto de Salud Hierba Buena		Residentes de comunidades lejanas al Puesto de Salud Hierba Buena		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Personas con Discapacidad</i>	22	56.4	17	43.6	39	13.2
<i>Personas con enfermedades crónicas</i>	16	55.1	13	44.8	29	9.8
<i>Mujeres Embarazadas</i>	5	50	5	50	10	3.4
<i>Niños/as menores de 2 años de edad</i>	9	24.3	28	75.7	37	12.5
<i>Niños/as menores de 5 años de edad con desnutrición crónica</i>	8	34.7	15	65.3	23	7.8
<i>Adultos mayores</i>	85	54.1	72	45.9	157	53.2
<b>Total</b>	145	49.1	150	50.9	295	100
<b>Fuente:</b> Informe Técnico de Necesidad Institucional de asignación de vehículo mensual. Puesto de Salud Hierba Buena 2022						

#### 1.2.2.4. Demanda de servicios insatisfecha.

Por el contexto situacional anteriormente planteado, en el que el territorio geográfico extenso es el principal factor desencadenante del problema, es evidente que pese a los esfuerzos del personal de salud de acceder a las comunidades para prestar los servicios de salud de prevención y atención de morbilidad al 100% de los grupos prioritarios y vulnerables de atención, la mayor parte del tiempo resulta en esfuerzos infructuosos reflejados en el incumplimiento de las atenciones óptimas a estos grupos de pacientes y/o usuarios.

A continuación se detallan las 10 primeras causas de morbilidad por las que acuden los usuarios y pacientes de grupos prioritarios y vulnerables de atención a la unidad operativa durante el año 2022.

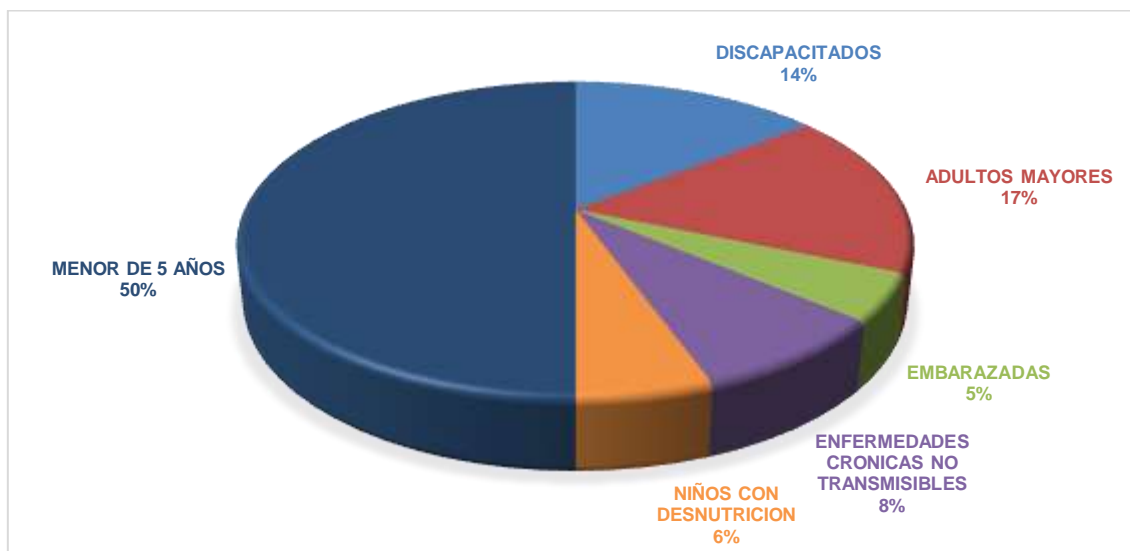
Ilustración 1. Diez primeras causas de morbilidad 2022.





De igual forma se detallan las demandas de atención mensuales de grupos prioritarios y vulnerables de atención a la unidad operativa durante el año 2022.

Ilustración 2. Demanda de atención grupos prioritarios y vulnerables 2022.



Como es evidenciable en las gráficas anteriores las patologías más frecuentemente presentadas en los grupos de atención prioritaria y vulnerable son las de tipo infeccioso, seguidas de las patologías nutricionales y enfermedades crónicas no transmisibles, mismas patologías asociadas a los determinantes de salud biológicos, ambientales y sociales propios del área rural.

También es evidenciable que los grupos prioritarios que mayor demanda de atención en salud generan son los menores de 5 años, seguidos de las personas con discapacidad y finalmente los adultos mayores.

### 1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Dirección Distrital 03D02 Salud Cañar – El Tambo – Suscal perteneciente a la Zona 6 Salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador presta los servicios de salud a tres cantones de la provincia de Cañar desde sus 29 unidades

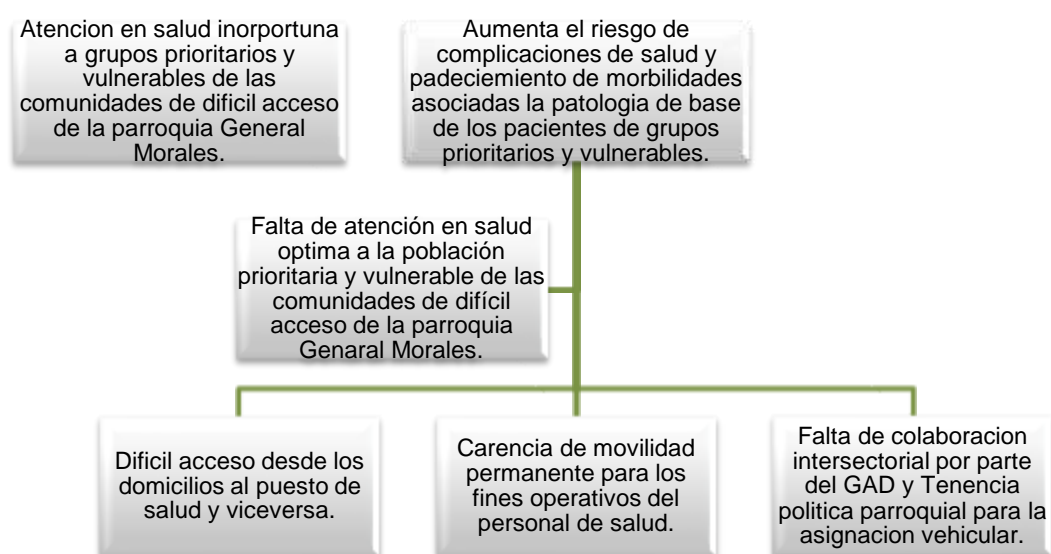
operativas; el cantón Cañar está conformado por su parte por 12 parroquias: Cañar, Chontamarca, Chorocopte, Ducur, General Morales, Gualleturo, Honorato Vásquez, Ingapirca, Juncal, San Antonio de Paguancay, Ventura y Zhud, constituyendo la mayor parte del territorio bajo su jurisdicción parroquias y comunidades del sector rural, de difícil acceso y, la mayor parte de ellas correspondientes al pueblo indígena Kichwa – Kañari.

El Puesto de Salud Hierba Buena ubicado en la parroquia General Molares, anteriormente mencionada, perteneciente a la provincia de Cañar en Ecuador, oferta los servicios de salud de Enfermería, Odontología, Vacunación y Medicina General, en las modalidades de atención intramural y extramural, a 1213 habitantes pertenecientes a las diez y siete comunidades rurales asentadas en una extensa y distante área geográfica del pueblo indígena Kichwa Kañari bajo su jurisdicción, entre ellos a la población perteneciente a grupos prioritarios y vulnerables de atención de salud; actualmente su talento humano consta de un médico general con contrato ocasional a cargo de la administración técnica, tres médicos rurales, un licenciado en enfermería rural y un odontólogo itinerante dos días por semana, personal a cargo directamente de la prestación de servicios de salud.

El puesto de salud tiene un área de atención extensa en territorio, pues de aquellas comunidades a su cargo, siete se encuentran a una o dos horas de distancia desde la unidad operativa en acceso a pie, las otras diez comunidades se encuentran a más de tres horas y treinta minutos de distancia desde la unidad operativa en acceso a pie, y la institución no cuenta con un vehículo institucional asignado para su uso exclusivo o asignación mensual de vehículo desde la dirección distrital a la que pertenece, se suma a esta problemática que más del 50% de los pacientes prioritarios y vulnerables de atención (mujeres embarazadas, niños con desnutrición, personas con discapacidad, adultos mayores, niños menores de 2 años, entre otros) captados por la unidad operativa, se encuentran en estas diez comunidades que implican mayor dificultad de acceso.

Por el contexto situacional anteriormente presentado, basado en la problemática de la unidad operativa y en las recomendaciones de la OMS de necesidades de salud, es sin duda necesaria la creación de una unidad operativa del primer nivel de atención de salud que se ubique en una zona central de las comunidades de más difícil acceso bajo la jurisdicción del Puesto de Salud Hierba Buena, para ello será necesario la creación de las partidas presupuestarias para los puestos de médico general y licenciado en enfermería para satisfacer la demanda de servicios de salud de la población.

Ilustración 3. Árbol de Problemas.



#### 1.4. JUSTIFICACION DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Las necesidades sanitarias de una población se miden por el grado de salud-enfermedad de los usuarios de los servicios de salud a su vez dado por relación íntima entre sus necesidades básicas como son la salud física, autonomía y, sus necesidades intermedias, entre ellas la adecuada nutrición, vivienda, condiciones del medio ambiente, estabilidad física, económica, laboral y educativa, mismas que se ven modificadas por las condiciones socio-político-culturales de cada población.

En Ecuador, es responsabilidad de cada dirección distrital comunicar, informar, y resolver las necesidades de provisión de servicios de salud de su población en articulación interinstitucional con la coordinación zonal de salud pertinente, gobierno autónomo descentralizado implicado y la tenencia política bajo cuya jurisdicción se encuentra este proceso por lo que dichas instituciones será participes directos en la elaboración de este proyecto.

En la parroquia General Morales del cantón Cañar existen actualmente tres unidades operativas que brindan servicios de salud pública a los usuarios, de ellas el Puesto de Salud Hierba Buena oferta los servicios de salud a los habitantes de diez y siete comunidades rurales de difícil acceso, diez de las cuales se encuentran a más de tres horas y treinta minutos de distancia desde la unidad operativa en acceso a pie, y la institución no cuenta con un vehículo institucional asignado para su uso exclusivo, se suma a esta problemática que más del 50% de los pacientes prioritarios y vulnerables de atención son habitantes de estas últimas comunidades que implican mayor dificultad de acceso por lo que es pertinente la creación de una unidad operativa del primer nivel de atención de salud que se ubique en una zona central de las comunidades de más difícil acceso para satisfacer la demanda de servicios de salud de la población.

## **1.5. OBJETIVOS**

### **1.5.1. OBJETIVO GENERAL**

Elaborar un plan gerencial destinado a la creación del Puesto de Salud “Cruz de Angamarca” perteneciente al Distrito 03D02 Salud Cañar – El Tambo – Suscal, justificado en la necesidad de atención de salud a los grupos prioritarios y vulnerables, habitantes de las comunidades de difícil acceso de la parroquia General Morales.

### **1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Elaborar y presentar la propuesta de creación del Puesto de Salud “Cruz de Angamarca” perteneciente al Distrito 03D02 Salud Cañar – El Tambo – Suscal a la dirección Distrital 03D02 Salud.
- Justificar la creación de la unidad operativa mediante el análisis situacional de la prestación de servicios de salud a los grupos prioritarios y vulnerables de las comunidades de difícil acceso de la parroquia General Morales.
- Persuadir a las autoridades locales, directivos zonales de salud y habitantes del área de influencia del compromiso con la nueva unidad operativa sanitaria.

## **1.6. OPORTUNIDADES DE MEJORA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

### **1.6.1. Propuesta y justificación de alternativas de solución.**

Para solucionar el problema de la falta de oportunidad en la prestación de servicios de salud a usuarios de grupos prioritarios y vulnerables de atención habitantes de comunidades de difícil acceso, la opción más coherente es sin duda crear una unidad operativa de ubicación central y accesible en el territorio al que se busca beneficiar con esta nueva institución de salud.

Sin duda involucrar a la población habitante de las distintas comunidades favorecidas y a las autoridades municipales y cantonales, va a ser un pilar fundamental para la ejecución del proyecto y al mismo tiempo el interés o desinterés, apoyo o negativa de estos actores sociales se puede convertir, bien

en una oportunidad o una amenaza para la ejecución del mismo, puesto que se intenta realizar en el sector público de la salud.

La segunda solución sería la asignación de vehículo institucional distrital dos días por semana para la unidad operativa actualmente a cargo del territorio, lo que implicaría que un chofer debería trasladarse dos días por semana desde el distrito donde guardan los vehículos institucionales hasta la unidad operativa haciendo usos de horas extra laborales para ello, para cumplir con una óptima atención de salud de los usuarios

Una tercera solución para el problema sería la asignación y compra de un vehículo institucional permanente para la unidad operativa, con fines de transporte del personal de salud hacia las comunidades de difícil acceso para facilitar la prestación oportuna de servicios.

## **1.7. MATRIZ DE EVALUACIÓN DE ALTERNATIVAS ESTUDIADAS.**

A continuación se desglosan y analizan las distintas soluciones y su factibilidad de ejecución para solucionar el problema planteado de la falta de atención oportuna a los pacientes de grupos prioritarios y vulnerables de atención debido a la distancia geográfica entre la unidad operativa actualmente responsable de esta prestación de servicios y las comunidades de difícil acceso donde habita esta población.

**Tabla 6. Matriz de evaluación de alternativas de solución.**

<b>Problema</b>	<b>Causa</b>	<b>Efecto</b>	<b>Desafíos</b>	<b>Alternativas de Solución</b>	<b>Unidad de Gestión responsable</b>
Falta de atención en salud óptima a la población prioritaria y vulnerable de las comunidades de difícil acceso del PS Hierba Buena.	Difícil acceso desde los domicilios al puesto de salud y viceversa.	Disminución de la demanda intramural de atención de prevención y morbilidad.	Provisión de servicios sanitarios oportunos y confiables, mediante asignación presupuestaria para funcionamiento	Crear la unidad operativa del primer nivel de atención "Puesto de Salud Cruz de Angamarca".	Administración técnica UO, Dirección distrital MSP, GAD Parroquial, Municipio Cañar
	Carencia de movilidad permanente para los fines operativos del personal de salud.	Dificultad de acceso del personal de salud hacia las comunidades lejanas para prestación de servicios de salud	Implementar un parque automotor propio del Puesto de Salud, mediante una asignación presupuestaria.	Solicitud de Asignación presupuestaria para movilización vehicular mensual y/o anual y/o permanente con fines de atención extramural en salud.	Administración técnica UO, Dirección distrital MSP, GAD Parroquial, Municipio Cañar
	Falta de colaboración intersectorial por parte del GAD y Tenencia política parroquial para la asignación vehicular.	Incremento de necesidades de atención sanitaria y aumento de la población vulnerable.	Fortalecer la gestión sanitaria del Puesto de Salud u otros espacios que involucren apoyo asistencial para las comunidades rurales.	Articulación intersectorial para la asignación del terreno y presupuesto para mano de obra y materiales de construcción para la creación del Nuevo Puesto de Salud	Administración técnica UO, Dirección distrital MSP, GAD Parroquial, Municipio Cañar
Elaborado por: Sofía Arias Galán					

### 1.7.1. Cuadro de análisis de factibilidad.

**Tabla 7. Cuadro de análisis de factibilidad.**

Problema Central	Alternativas de Solución	Criterios de Selección			
		Factibilidad Técnica	Factibilidad Económica	Factibilidad Política	Puntaje Total
Falta de atención en salud optima a la población prioritaria y vulnerable de las comunidades de difícil acceso del PS Hierba Buena.	Crear la unidad operativa del primer nivel de atención "Puesto de Salud Cruz de Angamarca	4	4	3	11
	Solicitud de Asignación presupuestaria para movilización vehicular mensual y/o anual y/o permanente con fines de atención extramural en salud.	2	4	1	7
	Articulación intersectorial para la asignación del terreno y presupuesto para mano de obra y materiales de construcción para la creación del Nuevo Puesto de Salud	4	2	1	7
Elaborado por: Sofía Arias Galán					



## **CAPITULO II**

# **JUSTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE METODOLOGÍA CUALITATIVA PARA LA REALIZACIÓN DEL PLAN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

## **2.1. JUSTIFICACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE ESTUDIO.**

Se trata de una investigación cualitativa de carácter descriptivo observacional cuya finalidad es la elaboración de un plan gerencial destinado a la creación del Puesto de Salud “Cruz de Angamarca” perteneciente al Distrito 03D02 Salud Cañar – El Tambo – Suscal, justificado en la necesidad de atención de salud a los grupos prioritarios y vulnerables, habitantes de las comunidades de difícil acceso de la parroquia General Morales.

La técnica a utilizar para la investigación se basa en el análisis de documentos de la unidad operativa actualmente a cargo del territorio beneficiado con la creación de la nueva unidad de salud a detallar, tabulación de fichas familiares, sala situacional, matriz de pacientes prioritarios y vulnerables, y, matriz de atenciones anuales de la unidad operativa; todo ello con la finalidad de justificar con datos reales la necesidad de la existencia de una unidad de salud que preste sus servicios a las comunidades más lejanas de la parroquia.

Durante la revisión documental se encontró que el 42 % de la población asignada al puesto de salud Hierba Buena corresponde a personas pertenecientes a grupos de atención prioritaria y vulnerable a detallar: 3% personas con discapacidad, 1% pacientes que padecen enfermedades crónicas no transmisibles, 25% adolescentes, 11% menores de 5 años de edad, 1% mujeres gestantes y 1% mujeres en periodo de puerperio. Como se mencionó anteriormente el 52% de esta población prioritaria y vulnerable se encuentran habitando en las 10 comunidades de difícil acceso a las que presta los servicios de salud el puesto de salud Hierba Buena, situación que torna ineficaz e inoportuna la prestación de servicios de salud por parte del personal operativo de esta última institución.

Por otro lado las morbilidades que mayormente presenta esta población son de tipo infecciosas y malnutriciones asociadas a los determinantes de salud social

y ambiental propios de la región rural. Finalmente se encontró con respecto a la demanda de servicios de atenciones de salud, que los grupos prioritarios que mayor demanda de atención en salud generan son los menores de 5 años, seguidos de las personas con discapacidad y finalmente los adultos mayores.

## **2.2. DIAGNÓSTICO DE SERVICIOS, RECURSOS Y CAPACIDADES FUNCIONALES EN LA UNIDAD DE SALUD.**

Para realizar el diagnóstico de la realidad institucional en cuanto a sus servicios, recursos y capacidades, es necesario elaborar un análisis FODA, con la finalidad de analizar los factores externos e internos que pueden de una u otra manera afectar positiva o negativamente la factibilidad de creación de esta nueva institución de salud.

### **2.2.1. Gestión Gerencial de la Dirección**

El puesto de salud Hiera Buena, actual institución del MSP a cargo del territorio beneficiado con la creación de la nueva unidad de salud objeto de este estudio, se encuentra bajo la administración técnica de un médico general, mismo que es el responsable directo de desarrollar anualmente un diagnóstico situacional de salud del territorio bajo su jurisdicción y plantear propuestas de mejoramiento del estado de salud de la población, de igual forma es la encargada de realizar convenios interinstitucionales a fin de lograr fortalecer los servicios de salud en territorio para la mejoría del estado de salud de la población.

#### ***Fortalezas:***

**F1.** La administración técnica de la unidad operativa tiene conocimiento pleno de la realidad territorial en cuanto a sus grupos de pacientes prioritarios y vulnerables, de sus necesidades de salud y sus limitaciones de acceso a los servicios de salud.

**F2.** La administración técnica de la institución se encuentra comprometida e interesada en la propuesta de creación de la nueva unidad operativa de salud.

***Debilidades:***

**D1.** La administración técnica de la institución no tiene la facultad de aprobar o negar una propuesta de creación de una nueva entidad de salud pública

***Oportunidades:***

**O1.** La administración técnica tiene relaciones fraternas con los presidentes comunales de las comunidades directamente beneficiadas de la creación de la nueva unidad de salud.

**O2.** La rectoría del GAD parroquial apoya la propuesta de creación de la institución de salud al igual que los presidentes comunales.

***Amenazas:***

**A1.** La jerarquía superior a la administración técnica de la institución, es decir la Administración técnica distrital, es la responsable de los procesos de presentación y seguimiento de la propuesta, es decir el proceso de aprobación se torna extenso en el tiempo debido a que depende de terceros.

### **2.2.2. Gestión administrativa y de los recursos humanos**

La gestión administrativa de la institución adjudicada a la administración técnica de la institución se limita a la planificación de los distintos programas operativos pertinentes a cada proceso de atención de salud; por otro lado la gestión de recursos humanos de la institución se encuentra adjudicada a la administración distrital, misma que es ajena a la realidad territorial.

***Fortalezas:***

**F3.** Existe personal operativo suficiente para abastecer los requerimientos de talento humano de un Puesto de Salud.

***Debilidades:***

**D2.** La predisposición de un operativo trabajar en una zona de difícil acceso es limitada.

***Oportunidades:***

**O3.** Las articulaciones interinstitucionales han permitido la donación del terreno para la localización de la nueva institución de salud.

***Amenazas:***

**A2.** La potestad de asignación de personal operativo a una unidad de salud está concentrada en autoridades extra institucionales que desconocen la realidad territorial.

### **2.2.3. Gestión financiera**

La administración institucional no se encuentra a cargo de la gestión financiera, esto debido a que la institución al pertenecer al servicio público de salud, se encuentra limitada a las decisiones tomadas a nivel nacional para asignación presupuestaria.

### **2.2.4. Gestión operativa, abastecimiento y logística.**

La gestión operativa de la institución está a cargo del personal de salud de la institución, médicos, licenciados en enfermería y odontólogos, cada uno a cargo de llevar adelante cada subproceso determinado de las prestaciones de servicios de salud, ellos son los principales evaluadores y diagnosticadores del verdadero perfil salud-enfermedad de la población y, directos responsables de notificar sobre las necesidades de la institución a la administración técnica para que se desarrollen y ejecuten acciones para solventar dichas necesidades.

**Fortalezas:**

**F4.** Existen programaciones de atención en salud ya establecidas para el territorio, desarrolladas de acuerdo a la realidad territorial evidenciada por el personal operativo.

**Debilidades:**

No se evidenciaron debilidades en la gestión de los servicios.

**Oportunidades:**

No fue posible determinar oportunidades de la gestión de los servicios.

**Amenazas:**

**A3.** El extenso territorio geográfico de las comunidades no permite completar mensualmente con la planificación de atenciones a grupos prioritarios y vulnerables.

**2.2.5. Gestión de los servicios clínicos.**

La gestión de servicios clínicos es directamente responsabilidad de cada Equipo de Atención Integral de Salud (EAIS), la calidad de las prestaciones dependen de la formación de cada uno de los profesionales.

**Fortalezas:**

**F5.** La formación profesional del personal operativo de la institución es el óptimo para satisfacer las necesidades de salud de la población.

**Debilidades:**

No se evidenciaron debilidades en la gestión operativa

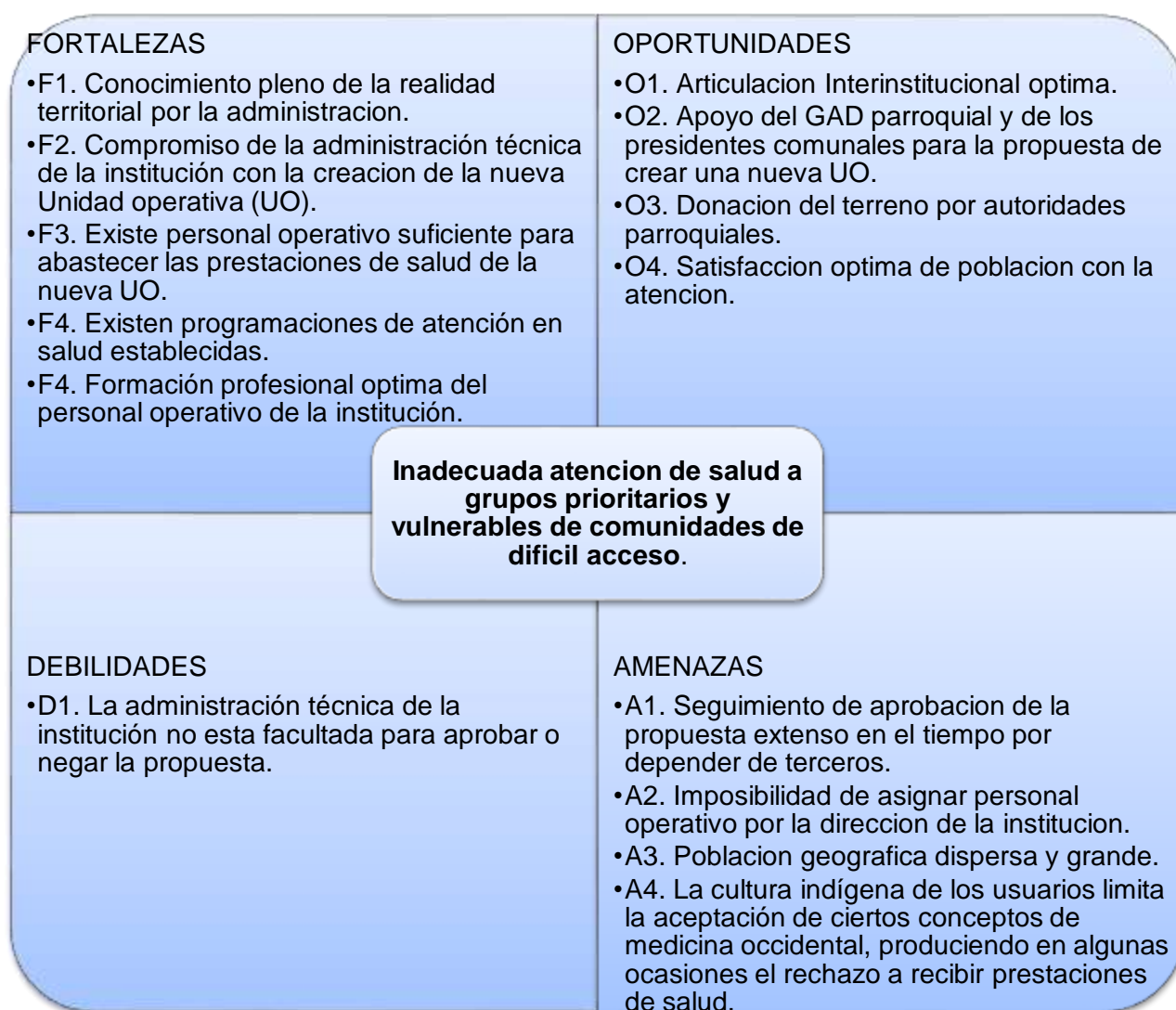
**Oportunidades:**

**O4.** La población se encuentra satisfecha con la atención de salud prestada por el personal de cada EAIS, por lo que eventualmente se considera que es posible incrementar el número de usuarios que requiera de los servicios que brinda esta unidad operativa.

**Amenazas:**

**A4.** La cultura indígena de los usuarios limita la aceptación de ciertos conceptos de medicina occidental, produciendo en algunas ocasiones el rechazo a recibir prestaciones de salud.

Ilustración 4. Análisis FODA



## 2.3. ESTRATEGIAS

A continuación se detallan las estrategias que se utilizarán para cumplir cada uno de los objetivos planteados en el presente plan gerencial, cada una de ellas partiendo del análisis de las capacidades y limitaciones observadas en la institución.

**Tabla 8. Cuadro de estrategias.**

CAPACIDADES Y LIMITACIONES DE LA INSTITUCION		TIPO DE ESTRATEGIA	ESTRATEGIA
F2. Compromiso de la administración técnica de la institución con la creación de la nueva Unidad operativa (UO).	O2. Apoyo del GAD parroquial y de los presidentes comunales para la propuesta de crear una nueva UO.	Ofensiva	Presentación de una propuesta interinstitucional para la creación del “Puesto de Salud Cruz de Angamarca”, a la dirección distrital de salud.
F1. Conocimiento pleno de la realidad territorial por la administración técnica.	A3. Población geográfica dispersa y grande.	Defensiva	Elaboración de un informe técnico justificado de la necesidad de una nueva unidad operativa de salud.
D1. La administración técnica de la institución no está facultada para aprobar o negar la propuesta.	O1. Articulación Interinstitucional óptima. O2. Apoyo del GAD parroquial y de los presidentes comunales para la propuesta de crear una nueva UO. O3. Donación del terreno por autoridades parroquiales.	Adaptativa	Recolección de firmas de la población en pro de la propuesta de creación del “Puesto de Salud Cruz de Angamarca”
Elaborado por: Sofía Arias Galán			



**CAPITULO III**

**PROPUESTA DE SOLUCIÓN: FORMULACIÓN DEL  
PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL**

## **3.1. PLANTEAMIENTO ESTRATÉGICO**

### **3.1.1. Análisis del entorno social**

A continuación se realiza el análisis del macroentorno exterior a la unidad operativa que de una u otra forma afectan positiva o negativamente el normal quehacer del personal de salud de la institución de salud y por ello presentan una amenaza o en su defecto una oportunidad para que se ejecute la propuesta de creación de la nueva unidad operativa, este macroentorno es analizado utilizando el Análisis Pestel considerado pertinente para el presente estudio.

#### **3.1.1.1. Contexto Político, económico y legal.**

Al ser la unidad operativa que se pretende crear una institución pública de salud es competencia del ministerio de salud pública del Ecuador aprobar o negar la propuesta de creación de la nueva institución de salud; de igual forma la partida presupuestaria asignada para la construcción del bien inmueble y la adquisición de todos los bienes muebles de la misma debe ser aprobado y asignado desde el presupuesto de salud del estado, al igual que la creación de los puestos de los servidores públicos necesarios para satisfacer los requerimientos de funcionamiento de la institución, esto es el ministerio de finanzas.

#### **3.1.1.2. Contexto social**

Para hacerle frente a las distintas amenazas burocráticas anteriormente planteadas es sin duda necesario que la propuesta esté bien sustentada y contar con el apoyo inicialmente de los directos beneficiados, es decir la población de las comunidades a las que prestaría servicios de salud la nueva institución, seguido del apoyo legalmente establecido de las autoridades comunitarias, parroquiales y cantonales, que fueron elegidas de forma democrática con la finalidad de velar por el bienestar y desarrollo de la población bajo su jurisdicción.

Con todas aquellas instancias brindando su apoyo a la presente propuesta, el peso político y social de la propuesta crece, tornándose más probable su ejecución a mediano plazo.

### **3.1.2. Análisis de la industria del servicio de salud**

En Ecuador, hasta el año 2018, la mayor parte de la infraestructura en salud corresponde al sector público, específicamente el 63.8% pertenece al Ministerio de salud pública, mismo que cuenta con 2119 establecimientos, pese a este incremento en la infraestructura, no se ha garantizado la cobertura efectiva de algunos de los servicios esenciales de salud, como se evidencia en las cifras de mortalidad materna, misma que se incrementó en 20.6 puntos entre 2019 y 2020, principalmente en mujeres indígenas y afroecuatorianas, (Ministerio de salud Pública, Viceministerio de Gobernanza, y Vigilancia de la salud 2022).

También existe una inoportunidad en la detección de enfermedades crónicas no transmisibles como son la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, al igual que se dificulta el seguimiento de dichos pacientes (Ministerio de salud Pública et al. 2022). Además es importante resaltar la existente deficiencia importante de personal de salud en las instituciones públicas, así como también la existente ruptura de la lógica de gestión sanitaria basada en poblaciones y territorios delimitados como resultado de los cambios organizacionales distritales del MSP (Ministerio de salud Pública et al. 2022).

Finalmente el primer nivel de atención tiene escasa capacidad resolutive y no responde a los perfiles de salud de cada territorio, además de la limitación en la capacidad de la identificación oportuna de poblaciones de riesgo (Ministerio de salud Pública et al. 2022).

Por lo tanto existen falencias en la transparencia de gestión de los recursos, desabastecimiento de insumos médicos, deficiencias en la calidad de la prestación de los servicios, falta de integración de los servicios entre los niveles de atención desencadenando a su vez, atención inoportuna en salud,

inequidades en su acceso y cobertura, baja capacidad de respuesta y altos niveles de ineficiencia (Ministerio de salud Pública et al. 2022).

### **3.1.3. Análisis FODA**

A continuación se realiza una síntesis explicativa del análisis FODA planteado en el capítulo anterior con la finalidad de contextualizarlo al plan gerencial que se plantea.

#### **3.1.3.1. Fortalezas**

El conocimiento de la realidad institucional y el apoyo de la administración actual de la institución directamente involucrada en la prestación de servicios actual, son la base para fundamentar sin errores la necesidad de la nueva institución de salud.

Las programaciones de salud existentes, la formación profesional y la disponibilidad de talento humano para abarcar las necesidades de la nueva institución de salud son un punto fuerte a favor para evitar limitantes al momento de presentar la propuesta.

#### **3.1.3.2. Oportunidades**

La articulación intersectorial y la existencia de actores sociales directamente favorecidos e involucrados apoyando la ejecución del plan gerencial hacen más factible su implementación completa.

El apoyo de la población directamente favorecida con las prestaciones de salud oportunas a grupos prioritarios y vulnerables, ejerce presión social que favorece la apertura de las autoridades hacia la implementación del plan gerencial.

#### **3.1.3.3. Debilidades y amenazas.**

Finalmente, las facultades limitadas de la administración técnica del “PS Hierba Buena” en la toma de decisiones finales como son la aprobación o negación del

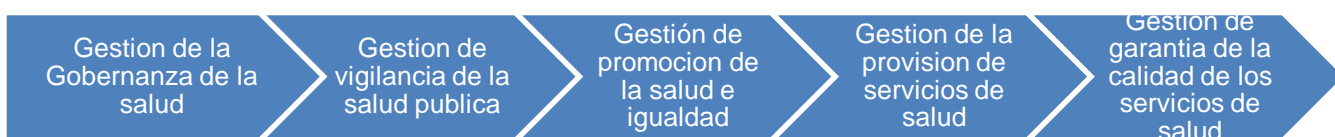
plan y, la asignación o negación del presupuesto y personal operativo para la nueva institución, mismas atribuidas a las autoridades Distritales y Zonales, son limitantes que se pueden superar con las autoridades locales y la presión social ejercida por la población beneficiaria, puesto que el plan pretende desarrollarse en el sector público de salud.

### 3.1.4. Cadena de valor de la Organización

#### Pocesos Gobernantes

Direccionamiento Estrategico del Sistema Nacional de Salud

#### Procesos Sustantivos



#### Pocesos Adjetivos de Apoyo

Gestion administrativa financiera

#### Procesos adjetivos de asesoria

Gestion de desarrollo estrategico de salud

Gestion de Planificacion

Gestion estrategica

Gestion de asesoria juridica

Gestion de cooperacion y relaciones interinstitucionales

### 3.1.5. Planificación estratégica

**Misión:** “El Ministerio de Salud Pública es la Autoridad Sanitaria Nacional que garantiza el derecho a la salud de la población en el territorio ecuatoriano, a través de la gobernanza, promoción de la salud, prevención de enfermedades, vigilancia, calidad, investigación y provisión de servicios de atención integrada e integral” (Anón s. f.-c).

**Visión:** “El Ministerio de Salud Pública como ente rector será la institución referente de todo el Sistema Nacional de Salud que garantizará una atención sanitaria de calidad, inclusiva y equitativa, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades para el pleno desarrollo de oportunidades de la población” (Anón s. f.-c).

**Valores:**

“Respeto.- Entendemos que todas las personas son iguales y merecen el mejor servicio, por lo que nos comprometemos a respetar su dignidad y a atender sus necesidades teniendo en cuenta, en todo momento, sus derechos.

Inclusión.- Reconocemos que los grupos sociales son distintos y valoramos sus diferencias.

Vocación del Servicio.- Nuestra labor diaria lo hacemos con pasión.

Compromiso.- Nos comprometemos a que nuestras capacidades cumplan con todo aquello que se nos ha confiado.

Integridad.- Tenemos la capacidad para decidir responsablemente sobre nuestro comportamiento.

Justicia.- Creemos que todas las personas tienen las mismas oportunidades y trabajamos para ello “ (Anón s. f.-c).

Lealtad. – Confianza y defensa de los valores, principios y objetivos de la entidad, garantizando los derechos individuales y colectivos.

### **Objetivos Institucionales:**

“Objetivo 1: Incrementar la eficiencia y efectividad del Sistema Nacional de Salud.

Objetivo 2: Incrementar el acceso de la población a servicios de salud.

Objetivo 3: Incrementar la vigilancia, la regulación, la promoción y prevención de la salud.

Objetivo 4: Incrementar la satisfacción de los ciudadanos con respecto a los servicios de salud.

Objetivo 5: Incrementar las capacidades y competencias del talento humano.

Objetivo 6: Incrementar el uso eficiente del presupuesto.

Objetivo 7: Incrementar la eficiencia y efectividad de las actividades operacionales del Ministerio de Salud Pública y entidades adscritas.

Objetivo 8: Incrementar el desarrollo de la ciencia y la tecnología en base a las prioridades sanitarias de la salud” (Anón s. f.-d).

### **Principios Éticos:**

“Equidad. – Generar los mecanismos normativos, administrativos, técnicos y financieros que permitan el acceso a la atención integral de salud a toda la población, de acuerdo con sus necesidades, eliminando las disparidades injustas y evitables.

Igualdad y no discriminación. – Atención integral de salud inclusiva y provista a toda la población que resida en el país, en las mismas condiciones de calidad, calidez y oportunidad; sin distinción alguna de etnia, lugar de nacimiento, edad,

sexo, identidad de género, orientación sexual, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, estado de salud, discapacidad, diferencia física o cualquier otra, personal o colectiva, temporal o permanente.

**Sostenibilidad.** – Tomar las medidas de gestión del financiamiento y fondos necesarios para mantener o mejorar los logros de salud y la capacidad de atender las necesidades de salud pública a futuro.

**Suficiencia.** – El Sistema Nacional de Salud generará, de manera paulatina, la capacidad de responder oportunamente ante las necesidades integrales de salud de los diversos grupos poblacionales.

**Universalidad.** – El Sistema Nacional de Salud garantizará el ejercicio del derecho a la salud para las ecuatorianas y ecuatorianos; así como las personas residentes en territorio ecuatoriano, mediante un sistema integral e integrado de base estatal, que posibilitará el acceso a los servicios, de manera equitativa, igualitaria, oportuna, integral y de calidad, basado en principios de solidaridad y criterios de participación social, teniendo al primer nivel de atención como eje del ciudadano.

**Bioética.** – La consideración del uso creativo del diálogo inter y transdisciplinar entre ciencias de la vida y valores humanos para formular, articular y en medida de lo posible, resolver algunos de los problemas planteados por la investigación y la intervención sobre la vida, el medio ambiente y el planeta Tierra, enfocados en salud” (Anón s. f.-c).

**Políticas:** “Los procesos del Ministerio de Salud Pública se ordenan y clasifican en función de su grado de contribución o valor agregado al cumplimiento de la misión institucional. Estos son:

Los Procesos Gobernantes orientan la gestión institucional a través de la formulación de políticas, directrices, normas, procedimientos, planes, acuerdos



y resoluciones para la adecuada administración y ejercicio de la representación legal de la institución.

Los Procesos Agregadores de Valor son los encargados de generar y administrar los productos y servicios destinados a usuarios internos y externos y permiten cumplir con la misión institucional y los objetivos estratégicos.

Los Procesos Habilitantes de Asesoría y de Apoyo generan productos y servicios para los procesos gobernantes, agregadores de valor y para sí mismos, apoyando y viabilizando la Gestión Institucional.

Los Procesos desconcentrados generan productos y servicios destinados a los usuarios finales acercándolos al territorio” (Anón s. f.-a).

## **3.2. PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL**

A continuación se describen minuciosamente las acciones que desarrollaran cada una de las gestiones de la institución, mismas que van orientadas a cumplir con los objetivos planteados en el presente plan gerencial en busca de la optimización de las prestaciones de salud hacia los usuarios pertenecientes a grupos prioritarios y vulnerables de atención de las comunidades de difícil acceso de la parroquia General Morales.

### **3.2.1. Gestión gerencial de la Dirección, Gestión Administrativa y de Recursos Humanos y, Gestión Financiera**

**Objetivo específico 1:** Elaborar y presentar la propuesta de creación del Puesto de Salud “Cruz de Angamarca” perteneciente al Distrito 03D02 Salud Cañar – El Tambo – Suscal a la dirección Distrital 03D02 Salud.

**Estrategia:** Presentación de una propuesta interinstitucional para la creación del “Puesto de Salud Cruz de Angamarca”, a la dirección distrital de salud.

**Actividad 1 “Citación y ejecución de reunión con Dirección Distrital de Salud”:** Inicialmente se notificará mediante quipux desde la administración técnica del “Puesto de Salud Hierba Buena” hacia la Dirección Distrital de salud la necesidad de realización de la ejecución de una reunión para la presentación de la Propuesta del “Plan Gerencial para la Creación del Puesto de Salud Cruz de Angamarca” y el respectivo “Informe técnico de justificación de necesidad institucional de la creación de la nueva unidad operativa”, con la finalidad de persuadir a la dirección distrital de aprobar la creación de la nueva unidad operativa y de esta manera se involucre en el proyecto.

**Actividad 2 “Citación y ejecución de reunión con Dirección Zonal de Salud”:** Una vez justificado y aprobado el plan ante dirección distrital de salud y contando con su apoyo, la propuesta del plan gerencial debe presentarse a la Dirección Zonal de salud, para su revisión, corrección, aprobación y planteamiento del plan de ejecución; en esta instancia la gestión financiera distrital de salud deberá justificar la factibilidad financiera de la ejecución de la propuesta.

**Actividad 3 “Presentación de la propuesta del Plan de gestión Gerencial a la Dirección Distrital de la creación de la Nueva UO a la dirección distrital de salud”:** Una vez elaborada la propuesta del Plan de Gestión gerencial para la Creación de la Nueva Unidad Operativa al final del primer trimestre del año, en base a el diagnóstico situacional de salud del “Puesto de Salud Hierba Buena” elaborado durante el primer trimestre del año, orientado hacia las necesidades de salud y necesidades de provisión de los servicios de salud de los usuarios pertenecientes a grupos prioritarios y vulnerables de atención de las comunidades de difícil acceso de la parroquia General Morales, y en base al mismo se ha elaborado el Informe Técnico Justificativo de necesidad institucional de la creación de la nueva Unidad Operativa, al final del trimestre, este último se presentara a la Dirección distrital de salud en busca de su aprobación y apoyo.

**Tabla 9. Cuadro de actividades uno.**

ACTIVIDAD	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	GESTOR RESPONSABLE	METAS EN 5 AÑOS				
			AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
Citación y ejecución de reunión con Dirección Distrital de Salud	Reuniones con dirección distrital ejecutadas/ Reuniones con dirección distrital planificadas	Gestión Gerencial Distrital/ Gestión administrativa de la Unidad Operativa /Gestión Financiera Distrital	100 %				
Citación y ejecución de reunión con Dirección Zonal de Salud	Reuniones con dirección zonal ejecutadas/ Reuniones con dirección zonal planificadas	Gestión Gerencial Distrital/ Gestión administrativa de la Unidad Operativa /Gestión Financiera Distrital	50%	75%	100 %		
Presentación de la propuesta del Plan de gestión Gerencial a la Dirección de la Nueva UO a la dirección distrital de salud	Plan gerencial presentado y aprobado/ Plan gerencial planificado	Gestión Gerencial Distrital/ Gestión administrativa de la Unidad Operativa /Gestión Financiera Distrital	100 %				

Elaborado por: Sofía Arias Galán

### **3.2.2. Gestión Administrativa y de Recursos Humanos y, Gestión Operativa Abastecimiento y Logística.**

**Objetivo específico 2:** Justificar la creación de la unidad operativa mediante el análisis situacional de la prestación de servicios de salud a los grupos prioritarios y vulnerables de las comunidades de difícil acceso de la parroquia General Morales.

**Estrategia:** Elaboración de un informe técnico justificado de la necesidad de una nueva unidad operativa de salud.

**Actividad 4 “Elaboración del diagnóstico situacional de salud de los grupos prioritarios y vulnerables de las comunidades beneficiadas con la creación de la nueva UO”:** Durante el primer trimestre del año se elaborará el diagnóstico situacional de salud de las comunidades de difícil acceso de la parroquia General Morales, actividad a desarrollarse en conjunto con la información recolectada por el personal operativo de la unidad y la administración técnica de la misma, diagnóstico que estará orientado a las necesidades de salud y necesidades de prestaciones de salud de los usuarios pertenecientes a los grupos prioritarios y vulnerables de atención de salud.

**Actividad 5 “Elaboración del informe técnico justificativo de la creación de la nueva UO”:** En base al diagnóstico situacional anteriormente elaborado, la gerencia administrativa del “Puesto de Salud Hierba Buena” elaborará un informe técnico justificando la necesidad institucional de la creación de la nueva unidad operativa, mismo que será presentado a la Dirección Distrital de Salud.

**Objetivo específico 3:** Persuadir a las autoridades locales, directivos zonales de salud y habitantes del área de influencia del compromiso con la nueva unidad operativa sanitaria.

**Estrategia:** Recolección de firmas de la población en pro de la propuesta de creación del “Puesto de Salud Cruz de Angamarca”.

**Actividad 6 “Citación y ejecución de reunión con los Presidentes Comunitarios”:** Puesto que la opinión y decisiones de los presidentes comunitarios de las áreas de difícil acceso de la parroquia tienen gran valor para los habitantes de estas últimas, la administración técnica del “Puesto de salud Hierba Buena” citará a reunión con la finalidad de poner en su conocimiento la propuesta de creación de la nueva unidad operativa y buscar su apoyo y replica a la población de las comunidades bajo su presidencia con la finalidad de crear presión social ante las autoridades.

**Actividad 7 “Citación y ejecución de reunión con Presidencia del GAD Parroquial”:** Una vez que la administración técnica del “PS Hierba Buena” cuenta con el apoyo de la presidencia de las distintas comunidades de difícil acceso, la propuesta será expuesta a la presidencia de GAD Parroquial de General Morales, con la finalidad de buscar el apoyo gubernamental, político y financiero de la misma entidad gubernamental.

**Actividad 8 “Recolección de firmas mediante visitas domiciliarias”:** Después de la socialización de la propuesta a la comunidad por parte de los presidentes comunales, la administración técnica y personal operativo del “PS Hierba Buena” realizará la recolección de firmas de apoyo al proyecto en cada uno de los domicilios de las comunidades, mismas hojas de firmas que servirán de anexos para el Informe Técnico de Necesidad Institucional y el Plan de Gestión Gerencial.

Tabla 10. Cuadro de Actividades dos.

ACTIVIDAD	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	GESTOR RESPONSABLE	METAS EN 5 AÑOS				
			AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
Elaboración del diagnóstico situacional de salud de los grupos prioritarios y vulnerables de las comunidades beneficiadas con la creación de la nueva UO	Diagnostico situacional levantado y aprobado / Diagnostico situacional requerido	Gestión administrativa/Gestión Operativa	100%				
Elaboración del informe técnico justificativo de la creación de la nueva UO	Informe técnico levantado y aprobado / Informe técnico requerido	Gestión administrativa/Gestión Operativa	100%				
Citación y ejecución de reunión con los Presidentes Comunitarios	Reuniones con presidencia comunal ejecutadas/ Reuniones con presidencia comunal planificadas	Gestión administrativa/Gestión Operativa	100%				
citación y ejecución de reunión con Presidencia del GAD Parroquial	Reuniones con presidencia del GAD ejecutadas/ Reuniones con presidencia del GAD planificadas	Gestión administrativa/Gestión Operativa	50%	75%	100%		
Recolección de firmas mediante visitas domiciliarias	Firmas de la población comunal recolectadas/Firmas de la población comunal planificadas	Gestión administrativa/Gestión Operativa	100%				
Elaborado por: Sofía Arias Galán							







Finalmente se detalla la tabla de presupuesto estimado requerido para la implementación del plan de gestión gerencial.

**Tabla 12. Presupuesto estimado del Plan de Gestión.**

PRESUPUESTO ESTIMADO DEL PLAN DE GESTION GERENCIAL								
CURSOS	TALENTO HUMANO	DESCRIPCIÓN	HORAS MES	MESES REQUERIDO	TOTAL HORAS PLAN	VALOR HORA	TOTAL	
	Comité de implementación	Líder del Servicio		8	12	96	10	960,00
		Médicos		4	4	16	7	112,00
		Enfermeras		4	4	16	7	112,00
	Otros de apoyo	Directora distrital		8	4	32	16	512,00
		Director financiero		8	4	32	16	512,00
		Presidente Parroquial		4	4	16	8	128,00
	MATERIALES	DESCRIPCION	CANTIDAD MES	MESES REQUERIDO	TOTAL PLAN	VALOR UNITARIO	TOTAL	
	Material de oficina	Hojas de papel bond	1000	12	12000	0,01	120,00	
	Material de oficina	Lápices	20	12	240	0,18	43,20	
Material de oficina	Esferos	10	12	120	0,78	93,60		
EQUIPAMIENTO	DESCRIPCION	CANTIDAD			VALOR UNITARIO	TOTAL		
Equipo de computo	Laptop	2			1200	2400,00		
Muebles de oficina	Escritorio	2			150	300,00		
Equipo de computo	Impresora	1			200	200,00		
OTROS	DESCRIPCION	CANTIDAD			VALOR UNITARIO	TOTAL		
Imprevistos						549,28		
<b>TOTAL DEL PRESUPUESTO ESTIMADO PARA EL DESARROLLO DEL PLAN DE GESTION GERENCIAL</b>						<b>6042,08</b>		

**CAPITULO IV**  
**EVALUACIÓN E IMPLEMENTACIÓN INTEGRAL DEL**  
**GESTIÓN GERENCIAL**

Es necesario sin duda dar seguimiento a la ejecución de cada una de las actividades planteadas en el cronograma de plan gerencial para evaluar si su ejecución se está realizando de manera oportuna, caso contrario ejecutar las correcciones pertinentes; las metas se clasifican de la siguiente manera: mayor o igual al 90% Excelente; igual o mayor al 70% Aceptable requiriendo acciones preventivas, y menor al 70% inaceptable y requiere de acciones correctivas.

**Tabla 13. Matiz de Semaforización**

ACTIVIDAD	INDICADOR	META ESPERADA	META REAL	% LOGRO	CONDICIÓN	ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS
Citación y ejecución de reunión con Dirección Distrital de Salud	Reuniones con dirección distrital ejecutadas/ Reuniones con dirección distrital planificadas					Seguimiento trimestral de las citaciones Seguimiento trimestral de la presentación de informes de las reuniones
Citación y ejecución de reunión con Dirección Zonal de Salud	Reuniones con dirección zonal ejecutadas/ Reuniones con dirección zonal planificadas					Seguimiento semestral de las citaciones Seguimiento semestral de la presentación de informes de las reuniones
Presentación de la propuesta del Plan de gestión Gerencial a la Dirección de la creación de la Nueva UO a la dirección distrital de salud	Plan gerencial presentado y aprobado/ Plan gerencial planificado					Seguimiento mensual de los avances del plan gerencial. Correcciones mensuales de las revisiones del plan

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>META ESPERADA</b>	<b>META REAL</b>	<b>% LOGRO</b>	<b>CONDICIÓN</b>	<b>ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS</b>
Elaboración del diagnóstico situacional de salud de los grupos prioritarios y vulnerables de las comunidades beneficiadas con la creación de la nueva UO	Diagnostico situacional levantado y aprobado / Diagnostico situacional requerido					Seguimiento mensual de los avances del Diagnostico situacional. Correcciones mensuales de las revisiones del Diagnostico Situacional
Elaboración del informe técnico justificativo de la creación de la nueva UO	Informe técnico levantado y aprobado / Informe técnico requerido					Seguimiento semanal de los avances del Informe Técnico Correcciones semanales de las revisiones del Informe técnico
Citación y ejecución de reunión con los Presidentes Comunitarios	Reuniones con presidencia comunal ejecutadas/ Reuniones con presidencia comunal planificadas					Seguimiento mensual de las réplicas a la población
Citación y ejecución de reunión con Presidencia del GAD Parroquial	Reuniones con presidencia del GAD ejecutadas/ Reuniones con presidencia del GAD planificadas					Seguimiento semestral de los compromisos logrados en las reuniones.
Recolección de firmas mediante visitas domiciliarias	Firmas de la población comunal recolectadas/Firmas de la población comunal planificadas					Seguimiento semanal del número de firmas recolectadas. Corrección mensual de las metas no alcanzadas

## **4.1. LIMITACIONES Y/O RESTRICCIONES EN LA GESTIÓN GERENCIAL**

A continuación se detallan las limitaciones y/o restricciones que podría presentar la gestión gerencial en los ámbitos de tiempo, costos y alcance:

### **4.1.1. Limitaciones de Tiempo**

Las necesidades de salud de la población de grupos prioritarios y vulnerables de atención se siguen presentando pese a no ejecutarse aun el plan gerencial y deben ser atendidas

### **4.1.2. Limitaciones de Costos**

La asignación de presupuesto para la ejecución del plan gerencial depende de autoridades zonales un tanto ajenas a la realidad territorial, a quienes se debe persuadir de la necesidad real.

### **4.1.3. Limitaciones de Alcance**

Los cambios de autoridades gerenciales y financieras tanto distritales, como zonales y del GAD Parroquial, podrían retrasar los alcances obtenidos en el tiempo con respecto los compromisos fijados.

## **4.2. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **4.2.1. Conclusiones**

- a. La atención de salud oportuna de una unidad operativa del MSP hacia los grupos de atención prioritaria y vulnerable, no puede verse coartada por situaciones internas o externas potencialmente solucionables mediante la aplicación de un plan gerencial que logre la articulación intersectorial de

varios actores directamente involucrados y responsables de la garantía de este derecho.

- b. El conocimiento por parte de la gerencia de la institución sobre las distintas aristas del problema le permite resolver todas y cada una de sus causas.
- c. La articulación intersectorial de los actores sociales directamente implicados constituye una ventaja al momento de implementar, ejecutar el plan gerencial y lograr los objetivos planteados en el mismo.
- d. La consciencia de la existencia de factores internos y externos que pueden influir positiva o negativamente en la aplicación y ejecución del plan, permite el desarrollo de estrategias óptimas para solucionar al problema.
- e. La existencia de una herramienta técnica destinada a la evaluación permanente del desarrollo del plan gerencial permite ejercer acciones preventivas y/o correctivas oportunas y evitar que la ejecución del mismo se interrumpa por tiempos indeterminados.

#### **4.2.2.Recomendaciones**

- a. Oficiar oportunamente a la autoridad competente de la institución para lograr su autorización, puesto que el trámite puede retrasar la implementación del mismo.
- b. Asegurar la alineación pertinente entre los objetivos, estrategias y actividades del plan para prevenir cambios que retrasen la aplicación del plan.
- c. Analizar los tiempos requeridos para cada actividad a fin de que el cronograma elaborado no salga de la realidad y factibilidad de ejecución.

## BIBLIOGRAFIA

- Anón. s. f.-a. «Ejes Estratégicos – Ministerio de Salud Pública». Recuperado 25 de diciembre de 2022 (<https://www.salud.gob.ec/ejes-estrategico/>).
- Anón. s. f.-b. «Los países están gastando más en salud, pero las personas siguen pagando demasiado de sus bolsillos». Recuperado 13 de noviembre de 2022 (<https://www.who.int/es/news/item/20-02-2019-countries-are-spending-more-on-health-but-people-are-still-paying-too-much-out-of-their-own-pockets>).
- Anón. s. f.-c. «Misión, Visión, Principios y Valores – Ministerio de Salud Pública». Recuperado 25 de diciembre de 2022 (<https://www.salud.gob.ec/valores-mision-vision-principios-valores/>).
- Anón. s. f.-d. «Objetivos – Ministerio de Salud Pública». Recuperado 25 de diciembre de 2022 (<https://www.salud.gob.ec/objetivos/>).
- Bedregal G, Paula, Margarita Quezada V, Marisa Torres H, Judith Scharager G, y José García O. 2002. «Necesidades de salud desde la perspectiva de los usuarios». *Revista médica de Chile* 130(11):127-1294. doi: 10.4067/S0034-98872002001100013.
- Cordero, Romina Andrea, y Romina Andrea Cordero. 2021. «Accesibilidad a los servicios de salud en zonas rurales. Una mirada a las estrategias comunitarias de autosuficiencia en Pozo del Castaño, Santiago del Estero». *Trabajo y sociedad* 22(37):589-617.
- Geyndt', Willy De. s. f. «Atención primaria de salud en zonas urbanas y rurales de los países en desarrollo: Semejanzas y diferencias.» *ATENCION PRIMARIA* 20.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2018. *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud MAIS*. Tercera. Quito Ecuador: Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud.

Ministerio de salud Pública, Viceministerio de Gobernanza, y Vigilancia de la salud. 2022. «Plan decenal de salud 2022-2031». *Ministerio de salud Pública del Ecuador* 177-83.

Organizacion Panamericana de la Salud. 1968. «Servicios de salud en areas rurales.» *Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana*.

Rathe, Laura, y Ian Paulino. 2022. «Estimación preliminar del costo de fortalecer el primer nivel de atención en la red pública». 95.

Viscaya, Teodoro, y Rafael Gásperi. 2013. «Necesidades en salud: una revisión conceptual y metodológica.» *Revista Venezolana de Salud Pública* 1(2):55-60.



## ANEXOS

### Anexo 1. Reunión con los presidentes comunales.

