



FACULTAD DE POSGRADOS

EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DEL DESARROLLO DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD COMUNITARIA A PARTIR DE LA LOGÍSTICA Y DE LA GESTIÓN DE OPERACIONES ENFOCADO AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA UNIDAD OPERATIVA “GUAPÁN” PERTENECIENTE AL CANTÓN AZOGUES EN EL PERÍODO JUNIO - DICIEMBRE 2016

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos para optar por el título de Especialista en Administración de Instituciones de Salud

Profesora Guía

MSc. Susana Janneth Larrea Cabrera

Autor

David Enrique Garcia Pesantez

Año

2017

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con el estudiante, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.

Susana Janneth Larrea Cabrera
Magister en Gestión Empresarial
C.C. 1709576597

DECLARACIÓN PROFESOR CORRECTOR

Declaro haber revisado este trabajo, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los trabajos de titulación.

Lidia Margarita Romo Pico
Magíster en Economía
C.C. 1703714087

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.

DAVID ENRIQUE GARCIA PESANTEZ
CI. 0103955555

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, quien es mi guía cada minuto e instante de mi vida, de igual manera a mi familia por el apoyo comprensión y entendimiento que cada día me han sabido brindar y que todo esfuerzo es inspirado en cada uno de ellos.

DEDICATORIA

Dedico este presente trabajo a mis padres que siempre me inculcaron los mejores valores, el estudio y la superación, a mi esposa y a mi hijo por ser el motivo e inspiración del mismo y a mí personalmente por la recompensa alcanzada por mi esfuerzo y dedicación cada día.

RESUMEN

El presente trabajo investigativo tiene como objetivo una propuesta de evaluación y análisis del modelo de atención integral de salud, enfocado principalmente a nivel comunitario, para lo cual hemos resumido en tres capítulos todo el desarrollo de dicha tesina.

En el capítulo uno se analizó la situación o problema actual así como también la metodología que se utilizó para la elaboración del trabajo investigativo, y de esta manera tener la idea general del problema para una posible solución.

Dentro del capítulo dos se habló de los estudios previos o similares realizados anteriormente dentro de dicho centro de salud como muestra investigativa para el desarrollo del tema de estudio.

El análisis y evaluación del actual modelo de atención integral de salud se realizó íntegramente en el capítulo tres, en el mismo que se enfocó conceptos de logística empresarial y gestión de operaciones en salud, que me ayudo a establecer indicadores medibles y cuantificables para el planteamiento de mejoras y posibles soluciones desde la administración de instituciones de salud.

ABSTRACT

The present research aims at a proposal for the evaluation and analysis of the model of comprehensive health care, focused mainly at the community level, for which we have summarized in three chapters the whole development of this thesis.

Chapter one analyzed the current situation or problem as well as the methodology that was used for the elaboration of the investigative work, and thus to have the general idea of the problem for a possible solution.

Within chapter two we talked about the previous or similar studies carried out previously within said health center as a research sample for the development of the study topic.

The analysis and evaluation of the current model of integral health care was made entirely in chapter three, which focused on concepts of business logistics and health operations management, which helped me to establish measurable and quantifiable indicators for the approach of Improvements and possible solutions from the administration of health institutions.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	2
Objetivo General.....	2
Objetivos Específicos	2
1. CAPÍTULO I. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN	
ACTUAL E IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.1 Antecedentes que permiten comprender el tema.....	3
1.2 Razones por las cuales se escogió el tema.....	4
1.3 Planteamiento del problema o situación a investigar.....	4
1.4. Pertinencia del tema a desarrollar	6
1.5. Metodología que se propone para la realización de la tesina.....	6
1.5.1 Investigación Documental.....	6
1.5.2 Investigación Descriptiva	7
1.5.3 Investigación Observacional	7
1.5.4 Investigación Explicativa.....	7
1.5.5 Metodología Cuantitativa	7
1.6. Resultados esperados	8
1.7. Conclusiones del capítulo	8
2. CAPÍTULO II. ESTUDIOS PREVIOS.....	9
2.1 Estudios similares que se hayan diseñado, analizado y/o puesto en práctica previamente.....	9
2.2 Revisión de la literatura académica y profesional pertinente	17
2.3. Hallazgos de la revisión de la literatura académica.....	19
2.4 Conclusiones del Capítulo.....	21

3. CAPÍTULO III. EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DEL	
MODELO ACTUAL DE SALUD.....	21
3.1 Análisis y evaluación del modelo de atención integral de salud, enfocado al centro de salud de Guapán.....	21
3.1.1 Evaluación de necesidades	22
3.1.2 MAIS (MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD)	23
3.1.3 Análisis macro del modelo atención integral de salud (MAIS)	26
3.2. Parroquia Guapán.....	28
3.2.1. Base Legal	28
3.2.2. Población por Grupos Etnicos	28
3.2.3. Características Socioeconómicas	29
3.2.4. Recursos.....	29
3.2.5. Conformación de la Familias	30
3.2.6. Riesgos Familiares	31
3.2.7. Características Socioeconómicas y Culturales	31
3.2.8. Organización Social	32
3.2.9. Planificación.....	33
3.3. Centro de Salud Guapán.....	33
3.3.1. Misión	33
3.3.2. Visión	34
3.3.3. Recursos Humanos.-	34
3.3.4 Normas Dictadas por El Ministerio de Salud Pública.	35
3.3.5. Isometría e Isocronía	36
3.3.6. Presupuesto.....	36
3.3.7. FODA.....	36
3.3.8. Demanda y Satisfacción.	37
3.3.9. Estudio de la Demanda.-	39
3.4. Análisis y Evaluación de Actividades Intra y Extra Mural en base a la auditoria y monitoreo al personal operativo.	41
3.4.5. Implementación de un modelo de cambio mediante determinantes	44

3.5. Análisis Metodológico de la Evaluación de los servicios prestados con Calidad y satisfacción del usuario en relación al desarrollo del MAIS	45
3.5.1. Satisfacción Del Usuario	45
3.5.2. Medición De La Calidad Del Servicio	45
3.5.3. Modelo de Medición SERVCUAL.....	46
3.5.4. Satisfacción del Usuario	47
3.5.5. Indicadores	47
3.5.5.1. Indicador en Cobertura	47
3.5.5.2. Indicador de Eficacia.....	48
3.5.5. Indicador de Satisfacción	52
3.5.6. Población de estudio.....	54
3.5.7. Estimación de la Muestra.....	54
3.5.8. Recolección de datos.....	55
3.5.9. Satisfacción del Usuario	57
3.5.9.1. Diseño de encuesta: Satisfacción del Usuario	57
3.5.10. Análisis de Resultados.....	60
3.5.11. Presentación de Resultados	61
3.6. Propuesta de intervención y de mejoramiento con participación comunitaria.....	64
3.7. Principales Falencias encontradas en el actual modelo de atención de salud (MAIS).	65
3.7.1. Falencias de orden Administrativo:	66
3.7.2. Falencias de orden operativo:.....	67
3.8. Propuesta Estratégica	67
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	69
4.1. Conclusiones.....	69
4.2. Recomendaciones	70
REFERENCIAS	74
ANEXOS	76

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> ASIS 2016	10
<i>Figura 2.</i> Población C.S. Guapán (2015 – 2016).....	11
<i>Figura 3.</i> Accsesibilidad a los servicios basicos	12
<i>Figura 4.</i> Menores de 5 años.....	13
<i>Figura 5.</i> Mayores de 5 años.....	15
<i>Figura 6.</i> Marco conceptual MAIS.....	27
<i>Figura 7.</i> Comparación anual de Morbilidad en Consulta.....	38
<i>Figura 8.</i> Comparación por meses de morbilidad en consulta	39
<i>Figura 9.</i> Análisis de las actividades realizadas al interior del centro de salud.....	42
<i>Figura 10.</i> Análisis de actividades realizadas fuera del centro de salud.	43
<i>Figura 11.</i> Teoría Causativa	44
<i>Figura 12.</i> Gestión de calidad.....	45
<i>Figura 13.</i> Percepción general sobre la orientación del establecimiento a la satisfacción del usuario.	62
<i>Figura 14.</i> Percepción resumen sobre la calidad de atención global	64

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. ASIS 2016	11
Tabla 2. Recursos Humanos médicos de Guapán	12
Tabla 3. 10 principales causas de morbilidad en la población menor de 5 años en el C.S. de Guapán	13
Tabla 4. 10 principales causas de morbilidad en la población mayor de 5 años en el C.S. de Guapán.	14
Tabla 5. Epi grupal	16
Tabla 6. Población.....	28
Tabla 7. Recursos Humanos.....	34
Tabla 8. Isometría e Isocronía.....	36
Tabla 9. FODA	37
Tabla 10. Comparación anual por meses de número de pacientes atendidos en atención por primera y subsecuente.	38
Tabla 11. Comparación de los porcentajes por atención médica.	39
Tabla 12. Comparación de porcentajes por atención odontológica.	40
Tabla 13. Comparación por paciente y porcentajes alcanzados en la meta anual.....	40
Tabla 14. Porcentajes alcanzados de las metas hasta la fecha	41
Tabla 15. Indicador de eficacia.....	49
Tabla 16. Eficacia.....	50
Tabla 17. Ficha de medición de satisfacción del cliente.....	53
Tabla 18. Diseño de encuesta de cobertura.....	56
Tabla 19. Encuesta usuario de Guapán	58
Tabla 20. Encuesta usuario de Guapán	59
Tabla 21. Percepción de satisfacción con distintos elementos del servicio.....	61
Tabla 22. Percepción general sobre la orientación del establecimiento a la satisfacción del usuario	62
Tabla 23. Percepción sobre la calidad de la información y orientación otorgada al usuario.....	63

Tabla 24. Percepción sobre calidad de la atención que incluye capacidades y competencias del personal y trato otorgado a usuarios	63
Tabla 25. Percepción resumen sobre la calidad de atención	63

INTRODUCCIÓN

Durante el presente gobierno desde el año 2008 se ha pretendido establecer parámetros, con miras a mejorar la satisfacción del usuario con respecto a los servicios públicos, el actual gobierno realizó un estudio cuyo objetivo general fue definido como implementar un modelo de atención integral de salud familiar y comunitario, así como determinar un sistema integrado de salud en el Ecuador, como una red de servicios sanitarios, puestos al servicio de la población, y por último la percepción de los ciudadanos sobre la atención recibida y el respeto de sus derechos por parte de los profesionales de la salud, principalmente en los centros de atención del primer nivel.

La accesibilidad es una característica fundamental de la atención primaria. Los usuarios de los centros de salud pueden demandar consulta a sus profesionales, los mismos que deben promover dicha atención de servicio con la eficiencia, equidad y sobretodo calidad, enfocándose en el trabajo extramural y comunitario con énfasis en promoción y prevención.

La orientación comunitaria de la atención primaria y la puesta en marcha de mecanismos de colaboración intersectorial adaptados a las características y necesidades de cada grupo poblacional, que forman parte de la definición de APS de Alma-Ata, son elementos estratégicos que contribuyen a la corrección de desigualdades y a la mejora de la situación de salud. (Solà, 2011)

Desde este marco tan amplio también lo constituye la logística, que se presenta como el arte o la estrategia de obtener objetivos prácticos de la manera más pronta y organizada posible y aprovechando al máximo los recursos disponibles, los cuales en situaciones de emergencia suelen ser sumamente limitados.

Del mismo modo se puede definir a la gestión de operaciones como el diseño, la operación y mejoramiento de los sistemas de producción que crean los

productos o servicios primarios de la empresa, es el estudio de los métodos, herramientas, conceptos necesarios para enfrentar y resolver los problemas relacionados con la producción de bienes y servicios. (Morales, 2010)

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar los resultados de la aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) en las comunidades pertenecientes a la Unidad Operativa “Guapán” y analizar cómo está influyendo la atención médica, así como la prevención y promoción de la salud.

Objetivos Específicos

- Definir indicadores que nos permitan obtener información referente a la gestión del MAIS, en base al análisis de datos estadísticos pertenecientes a la Unidad Operativa.
- Conseguir la participación comunitaria para incrementar la cobertura así como también mejorar la calidad de la atención mediante la promoción y prevención primaria.
- Identificar las falencias de la situación actual del Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria para elaborar estrategias destinadas al cumplimiento de los programas dentro de la Atención Primaria en Salud en el periodo junio 2016 a junio 2017.

1. CAPÍTULO I. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL E IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes que permiten comprender el tema

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural tiene como desafío consolidar la implementación del modelo de atención integral de salud con enfoque familiar, comunitario e integral, trabajar con las familias, desarrollar nuevas formas relacionales, ubicar al usuario en el centro de la atención, instalando buenas prácticas, desarrollando intervenciones orientadas hacia resultados de impacto social. Desde la convicción de que el enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural, son la alternativa para responder de manera más efectiva a las necesidades de las personas, familias y comunidades, contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

Dentro de la Gestión de operaciones y de la logística es requerida para apoyar la organización e implementación de las acciones de respuesta, para que estas sean no solo rápidas, sino también ágiles y efectivas. La movilización del personal, del equipo y del material necesario para el trabajo de las organizaciones que brindan asistencia a los usuarios.

Dentro del plan del sistema logístico se pretende aportar algunos componentes básicos para su elaboración, así como insistir en el acto de la planificación como elemento crucial y determinante.

Las actividades logísticas pueden ser planificadas y requieren de una preparación que será decisiva para su adecuado funcionamiento; de manera que hay que desechar la idea errónea de que la logística se improvisa en el momento del desastre y dependiendo de las necesidades que “el terreno indique”, ya que tanto los desastres a los que estamos expuestos como las necesidades que estos generan son generalmente previsibles. De hecho, la logística debe ser un componente activo del Plan Nacional de Emergencias de un país, así como de los planes particulares de las organizaciones que

intervienen en los desastres y debe estar en conexión con otras actividades operacionales en el contexto de la respuesta. (Organización Panamericana de la Salud, 2001)

1.2 Razones por las cuales se escogió el tema

El presente trabajo investigativo tiene un tema de gran importancia y prioridad a nivel del país y que en la constitución de la república y en el plan del buen vivir hacen énfasis en la salud comunitaria y a los sitios de menos acceso a los servicios sanitarios en el primer nivel de atención, puesto que en el modelo actual de atención integral de salud (MAIS) se trata de complementar dicha atención mediante la promoción y prevención por medio de actividades que el Ministerio de Salud Pública (MSP) postula continuamente.

La razón fundamental radica en que desde la vigencia del MAIS en el Ecuador y la incorporación de la red pública de salud, no se ha establecido una evaluación y análisis en los centros de salud del primer nivel de atención, tampoco se han implementado indicadores para la mejora del sistema de atención en salud comunitaria en el país mediante proyectos de intervención por parte del Ministerio de Salud Pública.

En este trabajo investigativo se abordarán las diferentes problemáticas de la falta del cumplimiento del modelo de atención integral de salud, para corregir desde la logística y con un manejo desde la perspectiva de la gestión de operaciones poner en manifiesto las directrices oportunas para el mejoramiento de las actividades a realizar por el personal médico, y desde lo administrativo plantear determinantes claves para que el modelo de atención integral tenga un cumplimiento cercano al 100 por ciento.

1.3 Planteamiento del problema o situación a investigar

El centro de salud integral entendido no sólo o principalmente como un edificio sino como una estructura funcional que permite el desarrollo de la mayor parte

de las actividades propias de la APS, es una opción organizativa adecuada para que los distintos profesionales que integran los equipos de salud puedan realizar sus funciones, desde las de acogida inicial del usuario hasta las asistenciales curativas y de promoción y prevención. En el centro de salud integral se pueden asumir los siguientes grandes grupos de actividades:

- Diagnóstico y tratamiento de pacientes.
- Promoción de la salud
- Prevención de la enfermedad.
- Atención domiciliaria.
- Rehabilitación
- Atención continuada y urgente
- Vigilancia epidemiológica.
- Docencia e investigación.
- Control y monitoreo
- Gestión (funcionamiento interno)
- Soporte técnico

En otras palabras el problema principal a investigar son las limitaciones, la accesibilidad, el cumplimiento y desarrollo del modelo de atención integral de salud integrado, con su énfasis mayor en las comunidades pertenecientes a la unidad operativa en mención como punto de partida hacia la ejecución de las políticas organizacionales de los servicios de salud puestos al servicio de la población.

El acceso a servicios de salud en el Ecuador es muy limitado, pues se estima que un 78% de la población accede a servicios asistenciales de salud provistos por entidades tanto públicas como privadas, aunque apenas un 22% es afiliado a algún esquema de seguro de salud (19% en la seguridad social y 3% en empresas de medicina prepagada). No obstante quienes acceden a los servicios reciben atención de insuficiente calidad y pertinencia.

1.4. Pertinencia del tema a desarrollar

El modelo de atención comunitario debe enfocarse en el proceso de la atención del primer nivel de salud, que se aprecia como una participación individual o social como parte integral en la salud bio-psicosocial de la población.

Este trabajo investigativo pretende establecer las políticas, lineamientos, estrategias y herramientas que se orientan a satisfacer las necesidades de salud de las personas, las familias y las comunidades así como también la promoción y cuidado integral; además tratar temas de planificación, programación estratégica, gestión y desarrollo del talento humano, sistema de información y garantía de la calidad, supervisión, monitoreo y evaluación; ya que conjuntamente con el Manual de Atención Integral de Salud no solamente rige lineamientos de funcionamiento sino que orienta a ofrecer servicios de calidad y lograr una mayor cobertura de la población destinada a la Unidad Operativa.

1.5. Metodología que se propone para la realización de la tesina

La metodología a usar en el presente trabajo investigativo consta de una serie de lineamientos expuestos a continuación:

1.5.1 Investigación Documental

La investigación documental también es llamada bibliográfica, retrospectiva, etc. Esta investigación como su nombre indica, se refiere a aquella que se basa en asuntos, datos u observaciones ya pasados y que el investigador toma y analiza, asumiendo la veracidad de los datos u observaciones. Este tipo de investigación es uno de los más utilizados en las humanidades y en las ciencias sociales. En las ciencias naturales y en las tecnológicas se usa menos; sin embargo, su uso es común en algunos campos de las ciencias de la salud, como son la epidemiología, la demografía y otros similares.

1.5.2 Investigación Descriptiva

Investigación descriptiva es aquella que se refiere a la descripción de algún objeto, sujeto, fenómeno, etc. en total o parte del mismo, tal como un aparato, técnica, método, procedimiento, proceso, también se acepta como perfectamente válida y original, la descripción de alguna variación o modificación de algo ya descrito.

1.5.3 Investigación Observacional

La investigación observacional es aquella que se basa en la observación de los fenómenos, características, situaciones, variaciones, etc. del asunto que se quiere investigar. Solo se observa, sin manipular, cambiar o variar nada.

1.5.4 Investigación Explicativa

La investigación explicativa o analítica se refiere a aquella que trata de analizar y/o explicar las causas de los efectos estudiados, es decir, no solo describe la situación, fenómeno, características, relación entre causa y efecto, etc., tal como hace la investigación descriptiva, sino que analiza y/o explica el porqué de los asuntos investigados o de las asociaciones entre ellos.

(Metodología de la Investigación Científica, 1995).

1.5.5 Metodología Cuantitativa

Trata fundamentalmente de la parte medible del trabajo investigativo y consta de una serie de lineamientos a tomar en cuenta

Dentro de la estructura lógica de la metodología de la investigación la cual se implementará en el presente trabajo investigativo consta de:

- o Teoría

- Hipótesis
- Observaciones
- Recolección de datos
- Análisis de datos
- Resultados

(Monje, 2011)

1.6. Resultados esperados

A través de la realización del trabajo investigativo en el cual se pretende recopilar y analizar datos, se espera:

- Poder identificar de manera objetiva los diversos problemas del actual modelo de Gestión de Salud con énfasis en la atención comunitaria.
- Establecer un proceso investigativo sistemático y promover indicadores que nos faciliten mejorar la atención dentro del primer nivel de atención como equipo de salud, como referencias para el manejo de las falencias del actual modelo integral de salud.
- Promover una acción comunitaria participativa a gran escala mediante la promoción de actividades que ayudarán a la prevención de problemas de salud.

1.7. Conclusiones del capítulo

Dentro de los antecedentes para entender el problema de la situación actual podemos citar la carencia de investigaciones y averiguaciones del enfoque relacionado con el modelo de atención integral de salud en la comunidad, en cuanto a su cumplimiento de cada uno de los programas del ministerio de salud y la satisfacción del usuario por la atención recibida con estándares de calidad y calidez por lo mismo el presente trabajo investigativo determinara su éxito mediante la metodología observacional, descriptiva, explicativa y cuantitativa con la finalidad de que los resultados sean los esperados y confiables para un plan de mejora a partir de logística y gestión de operaciones.

2. CAPÍTULO II. ESTUDIOS PREVIOS

2.1 Estudios similares que se hayan diseñado, analizado y/o puesto en práctica previamente

El centro de salud Guapán de la Provincia del Cañar de la ciudad de Azogues, que es el la base primordial de donde se va a desarrollar el presente trabajo investigativo, cuenta con los análisis de la situación actual en salud (ASIS), que se han ido desarrollando con cada uno de los profesionales que han cursado con su labor a través del tiempo, dentro de dicha comunidad, con la ayuda de todos los equipos de atención integral de salud (EAIS), por tanto es imperioso desarrollar un análisis de como se ha venido trabajando y desarrollando el modelo de atención integral de salud (MAIS) en el Ecuador, y de esta manera dicho estudio se encuentre centralizado y focalizado al centro de Salud Guapán como muestra significativa de la atención que se brinda en el primer nivel de atención.

Siendo conocedor de las zonas de influencia por mi presente situación laboral de desempeño dentro de la coordinación provincial de los técnicos de atención primaria de salud (TAPS), personalmente me he planteado valorar, evaluar como analizar e implementar un proyecto para mejorar las falencias desde la logística y gestión de operaciones para desde los diferentes distritos de salud direccionar estos conceptos a cada una de las unidades operativas para un mejor desempeño en los servicios prestados.

El centro de salud Guapán lamentablemente no cuenta actualmente con investigaciones científicas donde se hayan realizado estudios y proyectos de gestión a gran escala, sin embargo como explique anteriormente cuenta con los análisis situacionales de cada año a partir de la implementación del MAIS y pequeños proyectos o propuestas de intervención realizados por parte de los estudiantes TAPS para la consecución de su título técnico como tecnológico de tercer nivel, y que mi persona ha tenido la gran oportunidad de guiar dichos

proyectos también como tutor y coordinador educativo que ahora en adelante describiré brevemente así como también en lo posible realizando una síntesis al máximo de lo que considere de mayor importancia, por lo extenso de contexto general de la parroquia obviando detalles de poco interés.

A continuación el último trabajo elaborado por la propia unidad operativa de Guapán es el ASIS realizado en Marzo de este año a cargo del Dr. Manuel Quinteros Director del Centro de Salud de Guapán, de lo cual destacamos lo más importante.

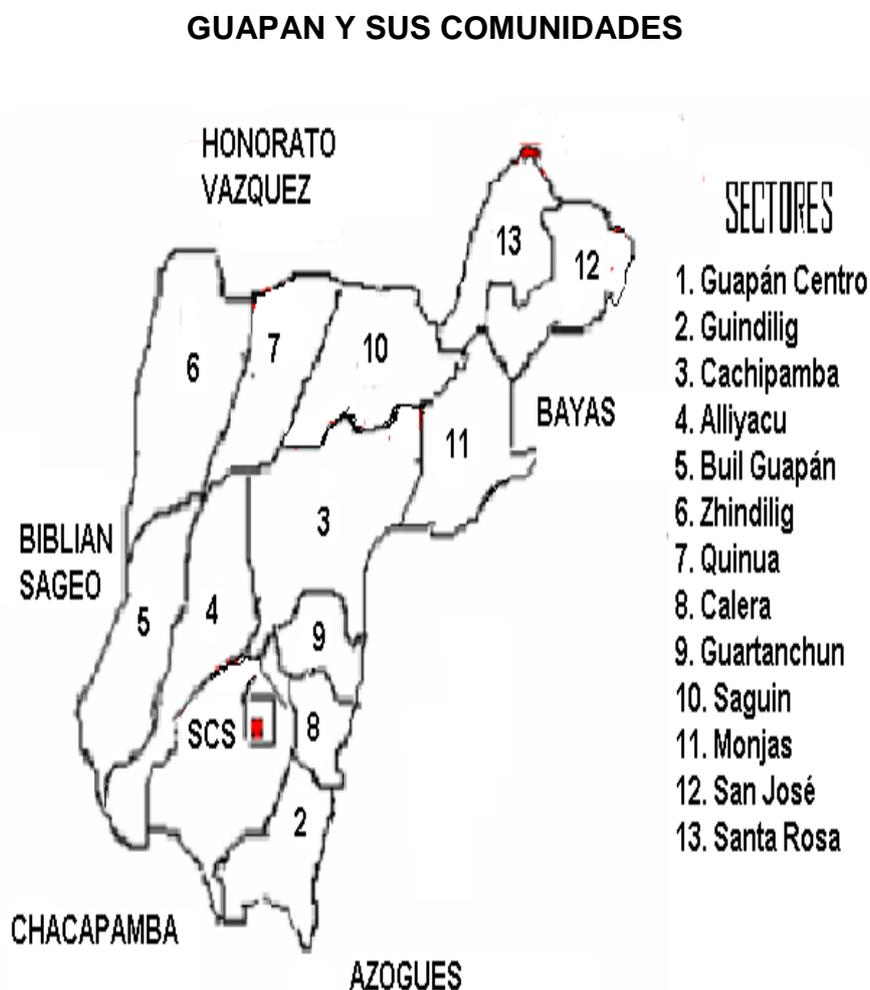


Figura 1. ASIS 2016

Tomado de: (Análisis Situacional de Salud, 2016)

Tabla 1.
ASIS 2016

Parroquia GUAPAN	Población General de la Parroquia Guapán				Total	%
	Masculina	%	Femenina	%		
	2684	47.09%	3016	52.91%	5700	100,00

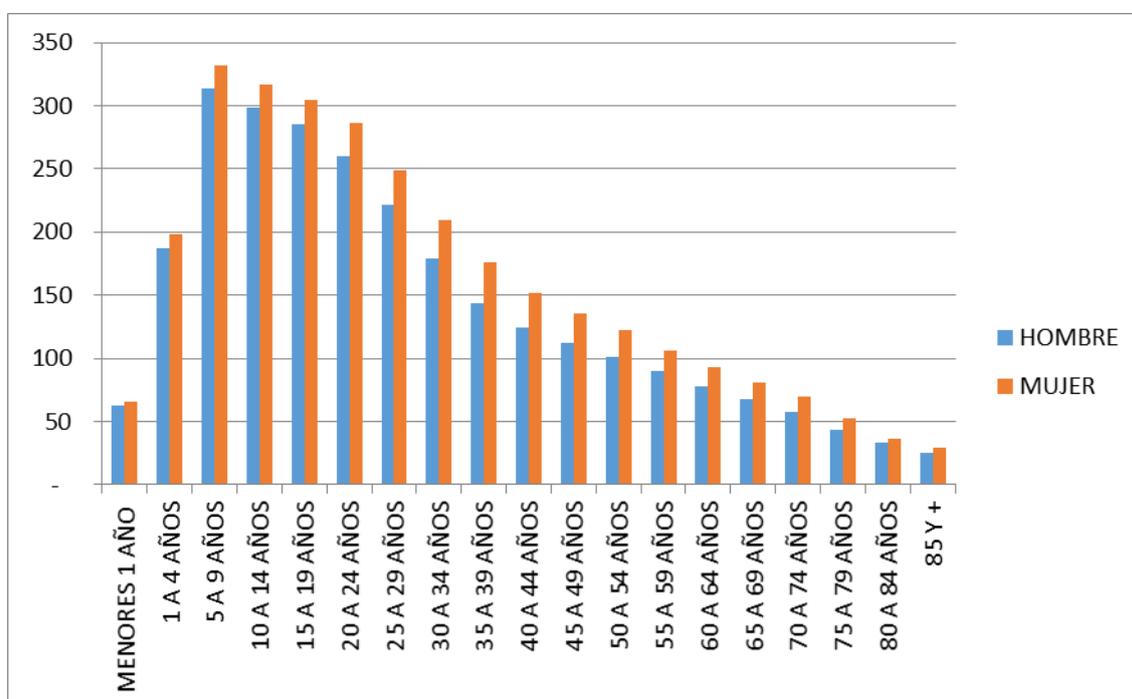


Figura 2. Población C.S. Guapán (2015 – 2016)

Tomado de: (Ministerio de Salud Publica, 2015)

Este grafico interpreta la población perteneciente a la parroquia Guapán en cada uno de sus grupo de edad que acuden tanto hombres u mujeres al centro de salud Guapán, siendo el grupo etario de 5 a 9 años el de mayor índice.



Figura 3. Accesibilidad a los servicios básicos

Tomado de: (INEC, 2014)

El presente gráfico nos indica que la población de Guapan carece en muy buen porcentaje de agua potable siendo su disponibilidad de uso por otros medios o fuentes.

Tabla 2.

Recursos Humanos médicos de Guapán

SERVICIOS	MEDICOS	PSICOLOGO	LICENCIADAS EN ENFERMERIA	ENFERMERA RURAL	ODONTOLOGOS	AGENDADORA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	INTERNA DE ENFERMERIA
CENTRO SALUD DE GUAPAN	3	1	2	1	2	1	2	2
SEGURO CAMPESINO DE GUAPAN	1		1		1		1	0
TOTAL	4	1	3	1	3	1	3	2

Tabla 3.
10 principales causas de morbilidad en la población menor de 5 años en el C.S. de Guapán

Menores de 5 años			
Diagnóstico	CIE 10	Cantidad	%
Rinofaringitis Aguda	J00X	371	42.64
Anemia por deficiencia de fe	D509	65	7.47
Diarrea y Gastroenteritis infeccioso	A09X	53	6.09
Neumonía no especificada	J189	26	2.98
Faringitis aguda no especificada	J209	24	2.75
Parasitosis intestinal	B829	19	2.18
Mala absorción por intolerancia	K904	18	2.06
Infección intestinal viral	A084	17	1.95
Ascariasis no especificada	B779	17	1.95
Amebiasis	A069	14	1.60
Otras Patologías		253	29.08
TOTAL		877	100%

Fuente: RDACAA 2015.



Figura 4. Menores de 5 años

ANÁLISIS.- De acuerdo a la tabla y grafico que preceden de las 10 primeras causas de morbilidad en niños menores de 5 años en el Centro de Salud de Guapán en el periodo de enero a diciembre del 2015, obtenemos que la Rinofaringitis, sigue siendo una patología que ocupa el primer lugar, posiblemente por el clima y la alta contaminación que adolece nuestra comunidad, tanto por la fábrica de cementos Guapán o ya por sus vías en pésimo estado. Posiblemente por un mejor control en los diagnósticos se observa en segundo lugar la anemia, con el código D509, al que debe sumarse 7 casos más con el código D508 (Otras anemias por deficiencia de hierro).

Tabla 4.

10 principales causas de morbilidad en la población mayor de 5 años en el C.S. de Guapán.

Mayores de 5 años			
Diagnóstico	CIE 10	Cantidad	%
Faringitis Aguda no especificada	J029	378	8,55
Rinofaringitis Aguda	J00X	354	8,02
Infección de Vías Urinarias	N390	213	4,82
Bronquitis Aguda no especificada	J209	188	4,25
Neuralgias y Neuritis no especificada	M792	118	2,67
Dispepsia	K30x	111	2,51
Gastritis no especificada	K297	100	2,26
Amigdalitis Aguda no especificada	J039	98	2,21
Mialgia	M791	95	2,15
Influenza otros virus	J118	93	2,10
Otros		2670	60,43
TOTAL		4629	

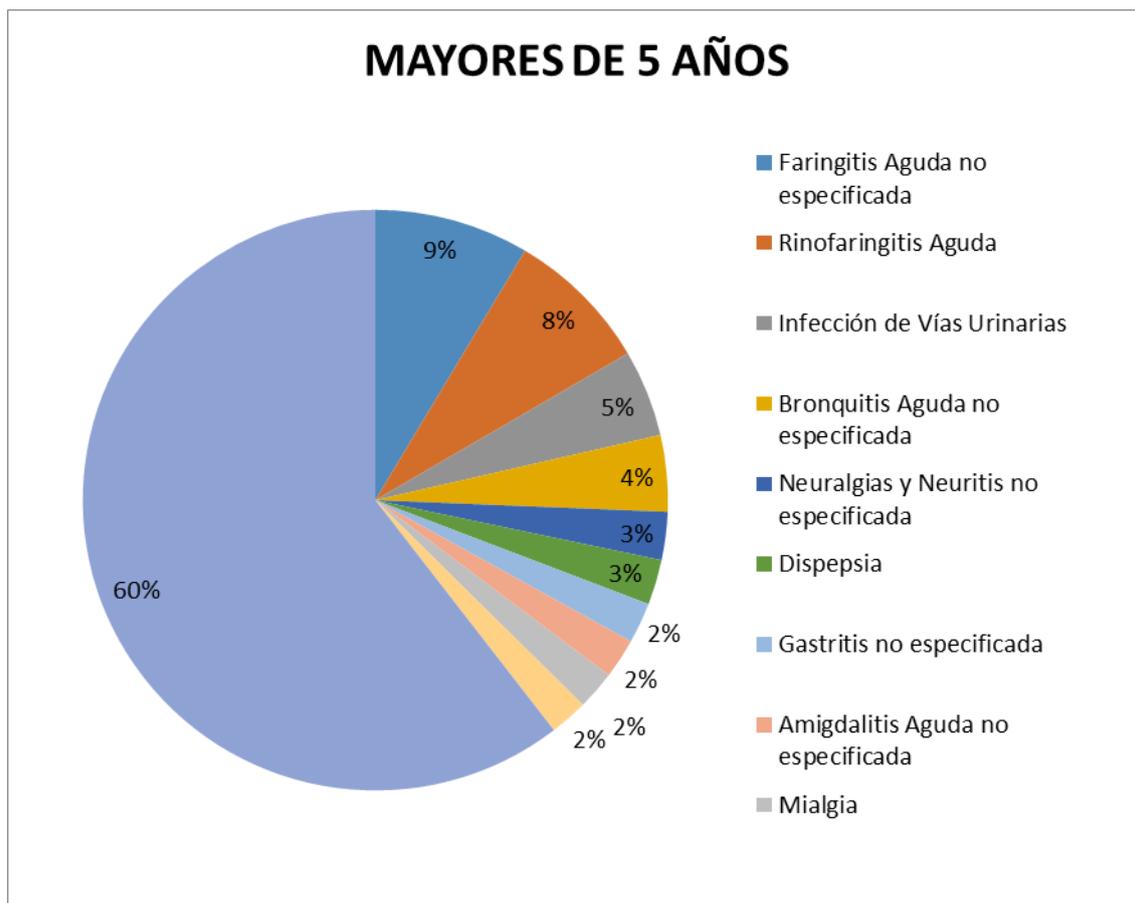


Figura 5. Mayores de 5 años

ANÁLISIS.- De acuerdo al análisis obtenido en las 10 primeras causas de morbilidad de personas mayores de 5 años en el Centro de Salud de Guapán en el periodo de enero a agosto del 2015, obtenemos un 50% de bronquitis aguda no especificada acompañado de faringitis aguda no especificada de un 14% seguido de otras patologías. Podemos aseverar que posiblemente influyen la contaminación y el clima.

Dentro de las enfermedades potencialmente infecciosas y de contagio que aquejan a la parroquia Guapán en sus diferentes grupos de edades a sido pertinente realizar un cuadro con los tres principales casos problemas dentro del C.S. Guapán

Tabla 5.
Epi grupal

CENTRO DE SALUD DE GUAPAN											
ENFERMEDADES		GRUPOS ETAREOS								SEXO	
	<Año	1-4	5-9	10-14	15-19	20-49	50-64	65+	TOTAL	H	M
Varicela	1	3	11	2	1	0	0	0	18	8	10
Neumonía	6	20	2	0	0	2	3	2	35	10	25
Hepatitis A		2	1	1	0	1	0	0	5	1	4

Tomado de: (Ministerio de Salud Publica, 2016)

La tabla ilustra que los grupos etareos entre 1 – 4 años y 5 – 9 son los más susceptibles al contagio de estas enfermedades.

Este estudio revisa principalmente el diagnostico comunitario mediante los cuadros estadísticos de todos aquellos padecimientos actuales que sufre la comunidad, y que de hecho correlaciona con la atención comunitaria dirigida a los sitios de menor acceso al centro de salud de Guapán, los resultados obtenidos nos servirán en el análisis diferencial que se ejecutara a continuación y que nos servirá de igual manera como indicadores de gestión no solo valorada a nivel paciente sino a nivel profesional en prestación de servicios de calidad acoplada siempre al modelo integral de salud (MAIS).

Las otras propuestas de intervención que anteriormente explique y que se desarrollaron cómo trabajos de titulación previos a la obtención de sus respectivos títulos de técnicos superiores en atención primaria de salud que estuvieron bajo mi responsabilidad de tutor y coordinador, no obstante son pequeños proyectos comunitarios que no revelan estudios científicos y medibles sino más bien proyectos en emprendimiento en gestión de una mejor calidad de vida, teniendo en cuenta lo descrito en el Plan Nacional del Buen Vivir.

Una de las propuestas o proyectos de intervención en dicha comunidad de Guapán fueron Guías o Protocolos para mejorar la contaminación ambiental en la comunidad de Guapán y de esta forma la obtención de una mejor calidad de vida saludable en los moradores de la zona, puesto que el principal problema de dicha comunidad es justamente la contaminación ambiental por la emanación de polvo y otras sustancias y componentes de la fábrica de cemento o cementera Guapán y que está en pleno centro parroquial.

Finalmente dichos proyectos se encuentran en curso siendo ejecutados y que posteriormente se obtendrán resultados y el análisis mediante indicadores y que dichas encuestas también permitirán tener claro el impacto de dicha intervención.

Siendo la salud como tema central a tratar estas dos investigaciones y propuestas por parte de profesionales de la salud evidencian ciertos padecimientos y desaciertos en cierta medida del manejo en conjunto del modelo de atención integral de salud por lo que deja abierta la responsabilidad de plantearse un proyecto más ambicioso y medible y con posibles soluciones que me he propuesto ya con el conocimiento administrativo a realizar en este presente trabajo investigativo.

2.2 Revisión de la literatura académica y profesional pertinente

Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito las investigaciones tratadas en el Centro de Salud Guapán donde se centra el desarrollo de la presente tesina podemos evidenciar poco aporte científico y concreto a lo que se refiere al modelo actual integral de salud con énfasis en la comunidad ya que desde años anteriores ha existido carencia de proyectos gubernamentales de inversión dentro del primer nivel de atención y que actualmente se ha diseñado campañas de atención mediante las visitas domiciliarias y sobre todo con la ayuda y el apoyo de los estudiantes becarios que se capacitan mediante una formación dual de desarrollo profesional y que ponen su conocimiento y la

aplicación de su plan de estudios a sus comunidades llegando a si a los sitios de menos acceso a la salud familiar y comunitaria de los cuales trate en el ítem anterior siendo estos los técnicos superiores en atención primaria de salud (TAPS) los cuales realizan actividad intramural en un porcentaje del 10 por ciento mientras que en su actividad extramural lo hacen en el 90 por ciento restante y de esta manera implementando la promoción y prevención en salud cercano al 100 por ciento.

Los aportes de la literatura anterior nos ayudan principalmente con el padecimiento en porcentajes de la enfermedades más comunes así de otra manera mediante cuadros estadísticos que nos aportan el INEC en cuanto a la población y a la clasificación demográfica, de igual manera el perfil de morbilidad referente a las 10 patologías o enfermedades más comunes que se manejan en el centro de salud, aquí nos aporta el Registro Diario Automatizado de Atenciones Ambulatorias (RDACA), y finalmente las propuestas o proyectos de intervención que son prácticamente monografías de estudios cortos que direccionan proyectos de gestión interna para el beneficio directo de los moradores de dicha comunidad.

Hablando ahora de la aceptación y en comparación con lo que se pretende realizar a partir de este instante con la presente tesina, los directores distritales, coordinadores provinciales y zonales ven los análisis situacionales o diagnóstico comunitario (ASIS) como un buen indicador de medición y de suma importancia para la toma de decisiones tanto en el abastecimiento o equipamiento de la unidad operativa que así lo requiera, siendo de enorme responsabilidad para el personal de salud realizar el ASIS y de igual manera siendo de mucha ayuda para las próximas investigaciones y resultados estadísticos que nos reflejan año tras año las mejoras o las falencias en el accionar del establecimiento.

En resumen siendo enfático y ambicioso es una linda oportunidad para poner mis conocimientos aprendidos durante la especialización en un tema que se ha

tratado mucho y que durante años no hemos tenido un análisis exhaustivo y una evaluación del actual modelo de salud ya que el acople con el que se le ha ido trabajando ha dado como resultado otras interpretaciones en desajuste a los derechos del usuario que requiere el servicio sanitario, en otras palabras en el centro de salud en Guapán es la primera vez que se va a realizar un análisis más grande abarcado al desarrollo y participación comunitaria en sí y acoplado a la gestión administrativa de planes y programas de mejoramiento en temas logísticos y de gerencia en salud.

2.3. Hallazgos de la revisión de la literatura académica

En lo referente a los hallazgos de la literatura previa a la realización de la tesina, las fuentes principales lo constituyen autores corporativos de las mismas instituciones de salud de una nación ya que se trata del modelo y la normativa a seguir, la primera fuente bibliográfica que tengo es el Ministerio de Salud Pública. (2012). Manual de Atención Integral de Salud. El presente documento como manual es la base para evaluar ya que es el centro de estudio y desarrollo del trabajo investigativo y la relación establecida comprende el 100 % del planteamiento, seguimiento, ejecución, análisis y evaluación del tema como tal.

Dentro de las competencias del gobierno de igual manera estableció el Plan Nacional del Buen Vivir que más como bibliografía en sí, también nos ayuda a tener claro hacia dónde va ir dirigido nuestro trabajo y comprende una estrecha e íntima relación de dependencia entre salud y bienestar y ser humano en goce de sus derechos, además de la accesibilidad a cada uno de los servicios gubernamentales expuestos por dichos autores que en cada uno de sus artículos plasman una ideología clara acerca del modelo de salud actual vinculado cada vez más a la comunidad y sitios de menor acceso.

Considerando la atención de primer nivel tenemos el libro de Axel Kroeger, R. L. (2000). *Atención Primaria en Salud Principios y Métodos* donde evidencia

claramente los protocolos y políticas de salud enfocados en su modelo actual de salud, nos permite además adquirir un conocimiento sobre cómo mejorar la producción en salud y la participación activa de la comunidad en la gestión de salud integral como familiar, hace hincapié de igual manera en temas de calidad en la atención del primer nivel de salud llevándonos a planear estrategias que tengan implicación en las actividades de la práctica clínica y que en definitiva es lo que se pretende implementar en esta investigación en salud del actual modelo de salud del Ecuador con una idea clara del primer nivel de atención.

En las bibliografías previamente anotadas sabemos que todas tienen implicación directa en el tema de salud y como principal componente la salud pública como política de estado. Si bien en el libro de Angel, H. S. (1999). *Control de gestión y evaluación de resultados en la gestión Pública*, nos revela indicadores de gestión para un análisis más completo y cuantificable para incorporar lineamientos protocolarios para un mejor manejo y direccionamiento del sistema de salud que se desarrolle tanto en el primer nivel como en los demás niveles de salud comunitaria, además el ciclo de la gerencia pública, el control gerencial, el planteamiento de los casos, la razón de ser de la evaluación de resultados.

Para correlacionar el tema de salud y sus servicios dentro del primer nivel de atención, finalmente tenemos al libro de Logística y gestión de suministros humanitarios en el sector salud expuesta por la Organización Panamericana de la Salud en el cual vinculamos la gestión de operaciones en salud y la logística como medio administrativo gerencial a la asociación de la guía de manejo institucional de los servicios sanitarios y que en el desarrollo de la tesina cumple el papel esencial en el análisis y la propuesta enfocada directamente desde un tema gerencial y administrativo potenciando con conocimientos medibles a los protocolos estandarizados de atención clínica.

2.4 Conclusiones del Capítulo

- Las investigaciones revisadas anteriormente en el presente capítulo no evidencian un estudio científico por lo que resalta la importancia del presente trabajo investigativo.
- Los hallazgos de la literatura pertinente del plan de elaboración de tesina compagina perfectamente con el planteamiento del problema a desarrollar y también a implementar propuestas de mejoramiento del sistema administrativo en salud pública.
- Los trabajos investigativos o propuestas de intervención previas dentro de la comunidad y del centro de salud en estudio en algo nos permite tener claro el diagnóstico comunitario y el análisis de la situación actual de salud y los principales padecimientos de la población en salud.

3. CAPÍTULO III. EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DEL MODELO ACTUAL DE SALUD.

3.1 Análisis y evaluación del modelo de atención integral de salud, enfocado al centro de salud de Guapán.

El abordaje del problema del plan de tesina como es el análisis, evaluación, ejecución, resultados se darán en este capítulo, teniendo en cuenta que la parte medular se encuentra en el descubrimiento de cada una de las falencias del modelo de atención integral de salud enfocado como principal componente de investigación y averiguación de su aplicación en este trabajo investigativo.

Antes de empezar con el verdadero proceso de investigación cabe resaltar que para la ayuda de dicho análisis y evaluación lo realizaré mediante índices cuantificables obtenidos a partir del diagnóstico participativo realizado por los profesionales de la misma Unidad Operativa (Centro de Salud Guapán), además valiéndose de la logística y de la gestión estratégica en operaciones para poder implementar tácticas que nos sirvan para a nivel operativo poderlas

llevar a cabo y ejecutarlas para el bien de la población en general en el primer nivel de atención.

Dentro del desarrollo del tema como problema de interés tenemos que tener claros los dos principales conceptos de este estudio significativo, estos son:

La logística empresarial que comprende la planificación, la organización y el control de todas las actividades relacionadas con la obtención, el traslado y el almacenamiento de materiales y productos, desde la adquisición hasta el consumo, por medio de la organización como un sistema integrado.

El objetivo que quiere conseguir es satisfacer las necesidades y los requerimientos de la demanda de la manera más eficaz y con el mínimo costo posible. Asimismo, la logística incluye lo que hace referencia a los flujos de información aplicada.

La dirección de operaciones se incluye en un marco más general, que es la organización de la empresa a la que pertenece y, para comprender su papel desde el punto de vista global, hay que considerar su posición dentro del esquema definido por los tres niveles tradicionales de decisión: el estratégico, el táctico y el operativo; la dirección de operaciones ocuparía el nivel táctico, en el cual, de acuerdo con los objetivos fijados por la alta dirección (estrategia), hay que utilizar los recursos del sistema físico (operativo) de la mejor manera posible. (Minga, 2007).

3.1.1 Evaluación de necesidades

Es importante determinar no solo las necesidades de la población afectada, sino también las necesidades que tienen las organizaciones para desempeñar sus tareas de asistencia.

Algunas de las preguntas básicas a las que esta evaluación debe encontrar respuestas son:

- _ ¿Qué se necesita?
- _ ¿Cuánto se necesita?
- _ ¿Cuándo se necesita (es urgente, no es urgente?)
- _ ¿Dónde se necesita?

Sabemos además que un escenario de acción oportuna suele ser una situación dinámica y cambiante, por lo que esta evaluación debe ayudarnos no solo a identificar la situación actual, sino también a prever necesidades futuras.

De igual manera toda la coordinación, planeación y el desarrollo tal de dichas actividades y la formulación de soluciones en parte autónomas se verán afectadas por una serie de organismos que intervienen directa o indirectamente entre estos tenemos:

- Población local
- Comunidades o regiones vecinas
- Gobierno nacional
- Gobiernos extranjeros: intervienen por medio de sus embajadas y agencias de cooperación (agencias bilaterales). Su asistencia, que se tramita de gobierno a gobierno, puede estar constituida por donaciones en especie, en efectivo, financiamiento de proyectos e incluso envío de consultores y expertos.
- Agencias multilaterales: de manera muy general, se trata de organizaciones constituidas por varios gobiernos como las de Naciones Unidas.
- Organizaciones no gubernamentales (ONG): ya sean nacionales e internacionales, incluyendo religiosas y sociales.

3.1.2 MAIS (MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD)

El Ministerio de Salud Pública en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional está implementando cambios estructurales en el sector salud, que se enmarcan

en el proceso de la Revolución Ciudadana que el Gobierno Nacional viene impulsando desde el año 2007.

La Constitución Ecuatoriana aprobada en el 2008, recogió las aspiraciones y propuestas de los sectores democráticos del país, que se plasmaron en un conjunto de principios y mandatos que reconocen los derechos fundamentales de la población, una nueva institucionalidad que garantice esos derechos, un ordenamiento social que fortalezca el convivir democrático y la plena participación de la ciudadanía.

Uno de los aportes más importantes de este proceso es que se sustenta en una visión de desarrollo que supera el enfoque economicista, concentrador y excluyente, hacia una visión que pone en el centro de la preocupación al ser humano y articula los diferentes ámbitos de la vida a nivel económico, social, político, cultural, ambiental, en función de la generación de oportunidades y potenciación de las capacidades, para el logro de condiciones de bienestar de toda la población. Por otro lado, recupera la planificación como herramienta fundamental para trazar el horizonte y los caminos a seguir para lograr un país capaz de garantizar los derechos de las y los ciudadanos y de las futuras generaciones.

Desde esta perspectiva, la salud es reconocida como un derecho fundamental garantizado por el Estado, y se constituye en un eje estratégico para el desarrollo y el logro del Buen Vivir.

La Constitución dispone el cumplimiento del derecho a la salud, a través del ejercicio de otros derechos interdependientes con la finalidad de lograr el buen vivir, la vida plena o Sumak Kawsay. En correspondencia con el marco constitucional el Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013, establece las políticas y metas que contribuirán al mejoramiento de la calidad de vida de la población, entendida como el nivel de bienestar, felicidad y satisfacción de necesidades individuales y colectivas.

La mirada social y multidimensional del proceso salud enfermedad definido en el marco legal vigente, redimensiona e imprime necesariamente nuevos desafíos al sector salud para superar el histórico abandono al que estuvo sujeto.

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. Constitución de la República 2008. “Art. 32. Es una concepción andina ancestral de la vida que se ha mantenido vigente en muchas comunidades indígenas hasta la actualidad. Sumak significa lo ideal, lo hermoso, lo bueno, la realización; y kawsay, es la vida, en referencia a una vida digna, en armonía y equilibrio con el universo y el ser humano, en síntesis el sumak kawsay significa la plenitud de la vida. Ariruma Kowii. El Sumak Kawsay.

Modo específico como en el grupo se da el proceso biológico de desgaste y reproducción, destacando por momentos particulares la presencia de un funcionamiento biológico diferenciable con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades cotidianas, esto es, la enfermedad.

Ministerio de Salud Pública. (2012). Manual de Atención Integral de Salud.

En coherencia con la nueva visión de desarrollo y los mandatos constitucionales, el Gobierno Nacional del Ecuador a través del Ministerio de Salud Pública, ha establecido como uno de los ejes prioritarios de la gestión, el fortalecimiento del sector salud, lo que se ha expresado no solamente en un incremento significativo en el presupuesto, sino fundamentalmente, en una reestructuración profunda de la institucionalidad pública y del quehacer sanitario en el país.

Desde esta perspectiva en una primera etapa se dieron pasos importantes orientados al fortalecimiento de las unidades de salud del MSP en cuanto a:

infraestructura, equipamiento, recursos humanos; esto sumado a la política de gratuidad progresiva de los servicios públicos, incidieron en un incremento significativo de la demanda hacia esta institución.

El reto actual es profundizar la Revolución en Salud mediante cambios estructurales que permitan el cumplimiento de los mandatos constitucionales, entre ellos:

- El fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional
- El reposicionamiento de la estrategia de Atención Primaria de Salud como eje articulador del Sistema Nacional de Salud
- La reingeniería institucional pública y privada
- La articulación y fortalecimiento de Red Pública y Complementaria cuya organización sea de base territorial, de acuerdo a la nueva estructura de gestión del Estado, y
- La reorientación del Modelo de Atención y Gestión del Sistema de Salud, en función de alcanzar la integralidad, calidad, equidad, tendiente a obtener resultados de impacto social.

Cambios que tienen como principio fundamental el derecho a la salud de la población, a través de la generación de condiciones para la construcción y cuidado de la misma.

En suma, el presente documento constituye una herramienta conceptual y metodológica para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar, comunitario e intercultural, que rige para el Sistema Nacional de Salud en Ecuador.

3.1.3 Análisis macro del modelo atención integral de salud (MAIS)

El análisis del modelo de atención integral de salud (MAIS) recoge contextos muy extensos así como protocolos para cada programa del ministerio de salud

pública y así de esta manera igualmente se relaciona con otras entidades e instituciones que conforman la red pública integral de salud (RPIS)

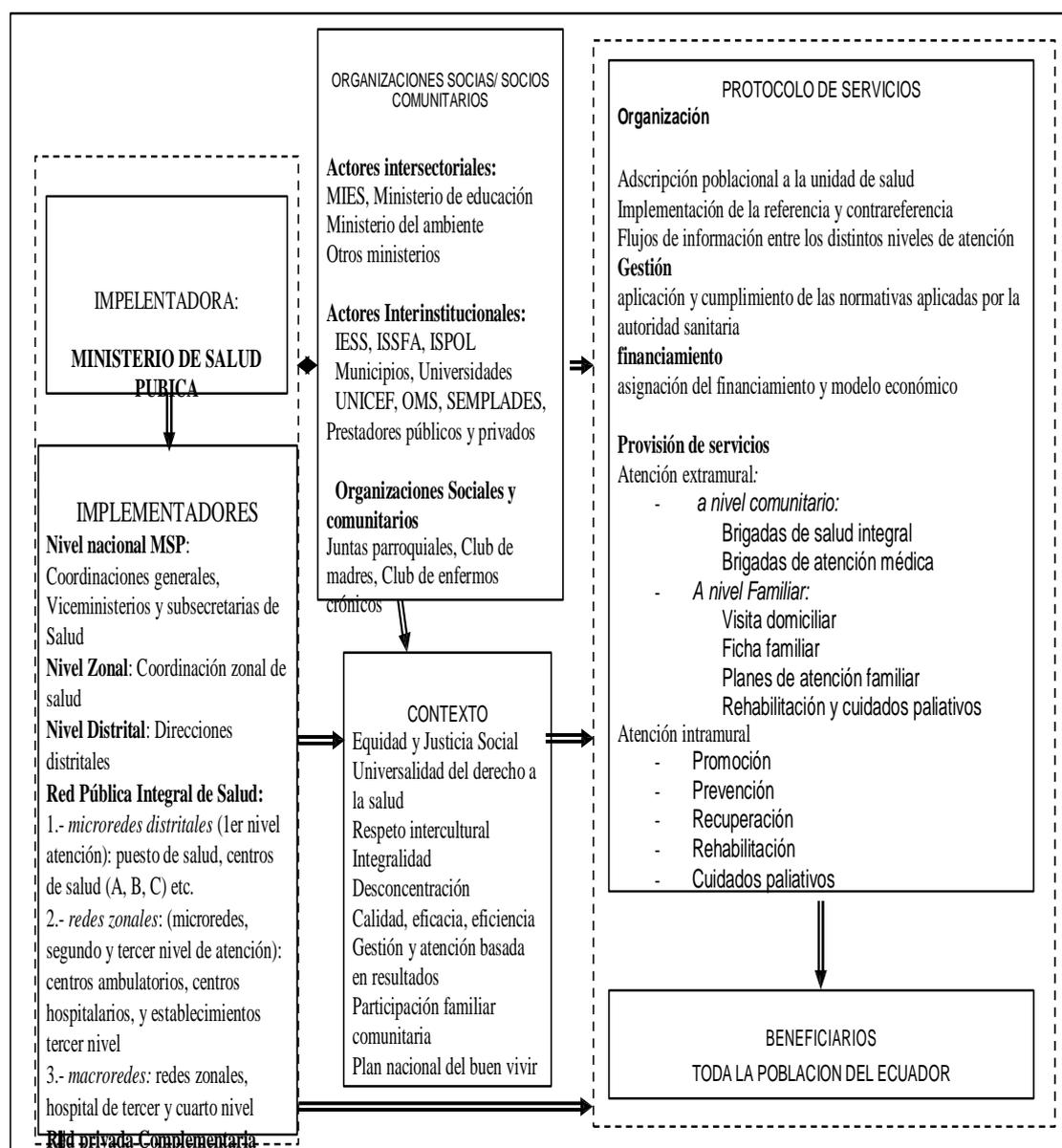


Figura 6. Marco conceptual MAIS

Tomado. (Ministerio de Salud Pública, 2016)

Este tipo de análisis nos muestra que en el marco conceptual del MAIS existen temas como de organización, gestión y provisión, los mismos que serán analizados y evaluados con mayor énfasis en el primer nivel de atención (Centro de Salud Guapán)

3.2. Parroquia Guapán

El Centro de Salud de la Parroquia Guapán es la Unidad que ha sido re categorizada como tipo A, dependiente administrativa y técnica del Distrito 03D01 Azogues Biblián Deleg- Salud, bajo la normativa del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria e Intercultural.

3.2.1. Base Legal

Guapán asciende a la categoría de parroquia civil el 5 de diciembre de 1948, en la presidencia del Dr. José María Velasco Ibarra. El primer teniente político fue el Sr. Antonio Sabulón González.

3.2.2. Población por Grupos Etareos

Tabla 6.
Población.

GRUPOS ETAREOS	HABITANTES
0- 6 MESES	49
- 1 AÑO	97
12 – 23 MESES	115
1 – 4 AÑOS	435
5 – 9 AÑOS	556
10 -14 AÑOS	638
15 – 19 AÑOS	694
EMBARAZADAS	121
MEF 15 – 49 AÑOS	2784
MAMARIO	2140
DOC UTERINO	1420
20 – 64 AÑOS	2705
65 – 74 AÑOS	319
75 – 79	98
80 Y MÀS	175
TOTAL	5797

3.2.3. Características Socioeconómicas

POBLACIÓN.- Según el censo del año 2010, la población asciende a 5797 habitantes

3.2.4. Recursos

MINERÍA.- Guapán es una de las parroquias más ricas en minerales; tiene minas de mármol, piedra caliza, caolín blanco y rosado, etc. De su suelo surgen aguas termales ricas en minerales que antiguamente brindaban la posibilidad de curar enfermedades cutáneas y reumáticas.

ARTESANÍA.- En la parroquia se fabrican sombreros de paja toquilla, además sus habitantes se dedican a la apicultura.

INDUSTRIA.- La explotación de las minas de piedra caliza se viene realizando por un espacio de más de 50 años en el sector denominado la Cantera. La apertura de la Fábrica de Cementos Guapán ha creado muchas fuentes de trabajo pero a la vez a ocasionado un impacto ambiental repercutiendo negativamente en la salud de los habitantes.

HIDROGRAFÍA.- El principal río que bordea la parroquia es el Tabacay, hay otros de menor caudal como el río Aguilán, el Cuchincay. En las alturas de la parroquia Guapán se halla la laguna de Saguín desde donde emanan pequeños arroyos que bañan zonas extensas. Además otros arroyuelos pequeño, como: Mapayacu, Rubíes, Tasqui, el Salado, Pozo Caliente, Cotoyacu, entre otros.

FLORA.- Existen un sin número de plantas nativas, las cuales van desapareciendo por la indiscriminada tala y uso de las mismas. Sin embargo podemos enumerar algunas de ellas: Chilco, Arrayan, Galuay, Musgos, Zuro, Laurel, Trinitaria, Chonta, Achupillas y Carne humana.

FAUNA.- Los pobladores se dedican a la crianza de animales domésticos muchos de ellos son negociados, tales como: conejos, gallinas, chanchos, cuyes, vacas, ovejas, etc. Además en la parroquia existen algunas haciendas ganaderas que proveen de carne y leche.

CLIMA.- La mayor parte de su territorio goza de un clima templado, en ciertas épocas del año presenta vientos fríos, lluvias frecuentes; en las alturas la temperatura es baja, la presencia de heladas afecta a los sembríos.

VIVIENDA: La vivienda construida con bahareque y cubierta de paja o de teja ha sido sustituida por la construcción de estructuras de hormigón y ladrillo, cuya arquitectura ha roto con la identidad y el estilo de la casa campesina. Hay presencia de nuevas y numerosas construcciones modernas que han transformado el paisaje del campo. El censo del 2001 señala que Guapán posee 1973 viviendas.

VÍAS Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN: La parroquia cuenta con carreteras y caminos vecinales que unen a todos los sectores y centros poblados, se cuenta ya con una gran parte de la obra terminada de asfalto del anillo vial que une a las comunidades de Guapán Centro, Cachipamba, Zhindilig y Buil Chacapamba hasta la Panamericana.

Las demás carreteras tienen una capa de lastre, hace falta el mantenimiento de las vías de tercer orden.

3.2.5. Conformación de la Familias

Número familiar: Las familias de Guapán y sus comunidades son en la mayoría de casos, nucleadas, con número de miembros de 4 a 5, se ha observado una notable disminución en el número de miembros de familias, en primer lugar por la migración a países extranjeros y en segundo lugar por la planificación familiar.

3.2.6. Riesgos Familiares

Socioeconómicos: El 40% de la población tiene ingresos económicos bajos, empleos y sub empleos mal remunerados. La fuente de trabajo más común es la construcción y la fabricación de sombreros de paja toquilla.

Higiénico sanitarios: En la actualidad se aprecia problemas de ésta índole, por la falta de alcantarillado en varias comunidades y la incompleta recolección de basura, especialmente en las partes más lejanas; además por la mala calidad y falta de potabilización del líquido vital.

Otro factor de riesgo importante es la presencia de animales domésticos dentro y cerca de las viviendas, predisponiendo a múltiples enfermedades.

La falta de baterías sanitarias es otro factor de riesgo.

Psicológicos: La ruptura del núcleo familiar trae consigo la desintegración de la familia en la que la madre asume el papel de jefe de familia, muchas de las veces se constituye en la generadora de ingresos económicas, dejando a un lado la atención de sus hijos, lo que a su vez conlleva a un cuadro vicioso: descuido en la atención de los niños, falta de afecto y cariño, mala nutrición, alcoholismo, drogadicción, embarazos no deseados, depresión y suicidio.

3.2.7. Características Socioeconómicas y Culturales

Ocupación: En las comunidades más lejanas tanto hombres como mujeres se dedican a la agricultura y ganadería, así como también a la cría de cuyes, gallina, chanchos y ovejas. En zonas urbanas de la parroquia Guapán se dedican a la albañilería, carpintería, toquillería. Muchos de sus hijos son profesionales por lo tanto se emplean en diferentes instituciones públicas y privadas.

Vestimenta: La mayor parte de la población se viste como en la zona urbana, en las comunidades más adentradas de la parroquia la vestimenta es a base de polleras, blusas, chalinas y sombreros de paño, los varones con ponchos y sombreros.

Raza: Toda la población de esta parroquia es de raza mestiza.

Idioma: El idioma es el español.

Religión: Predominantemente es la católica, aunque una minoría es evangélica.

Alimentación: La alimentación en su mayoría es hidrocarbonada a base de harinas, tubérculos y granos. El consumo de proteínas y lácteos es bajo a pesar de que ellos son productores.

Costumbres y Tradiciones: Las creencias predominantes en la zona son el mal de ojo, mal aire, para lo cual todavía existen personas que se dedican a la curación de las mismas a través de hierbas existentes en la zona. Además en las comunidades más adentradas existe todavía la costumbre de envolver a los niños recién nacidos.

Festividades: Las festividades de la parroquia Guapán se realizan el 5 de diciembre por su parroquialización, por la Virgen de las Nieves de Alliyacu cada 5 de agosto, la Virgen de las Mercedes en Cachipamba el 24 de septiembre. Se ha integrado también la celebración por el carnaval.

3.2.8. Organización Social

- Junta Parroquial (Presidente Antonio González)
- Juntas de Agua
- Club Deportivo (Acrópolis)
- Tenencia Política (Abg. Aníbal Verdugo)
- Registro Civil (Guillermo Vázquez)

- Organización Eclesiástica Padre Remigio Romero
- CNH de todas las comunidades

3.2.9. Planificación

SOCIOS ESTRATEGICOS.-

- 9 Escuelas
- 1 Jardín
- 1 Colegio
- 9 CNH
- Club de Madres
- Club de Crónicos
- Integrantes del Proyecto INTI
- COSA
- Autoridades de la Parroquia
- Población en General

3.3. Centro de Salud Guapán

El Centro de Salud de la Parroquia Guapán es la Unidad que ha sido re categorizada como tipo A, dependiente administrativa y técnica del Distrito 03D01 Azogues Biblián Deleg- Salud, bajo la normativa del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria e Intercultural.

3.3.1. Misión

Brindar atención integral con calidad y calidez enfatizada en la prevención y protección específica; así como la atención de morbilidad a la población asignada. También realizar seguimiento especial a grupos vulnerables como son los niños (inmunizaciones), mujeres y personas de la tercera edad, discapacitados, de manera eficiente, cálida y solidaria. Promocionar y difundir más los programas de salud que tiene el Ministerio de Salud Pública, de esta manera educar a la población y mejorar la cobertura de la Unidad.

3.3.2. Visión

Dentro de 5 años se proyectará la adecuación del Subcentro con implementos acorde al avance tecnológico. Además, nos proyectamos a la creación de un centro obstétrico para mejorar la calidad de atención a mujeres embarazadas. Además con el departamento Psicológico se está ejecutando el proyecto “SALUD MENTAL PARA GUAPÁN”, que abarca el trabajo con escuelas y colegios de la parroquia Guapán, Se coordinará las diferentes actividades con el equipo EBAS, promotor de salud y personal de Nutrición del Área 1º de Salud; de igual forma se seguirá ejecutando el proyecto “COMUNIDAD LIBRE DE CARIES” en el sector de Santa Rosa de Cochaguayco con el objetivo de ir eliminando a través del tiempo el índice de caries y mejorar el nivel nutricional de los niños que conforman dicho proyecto.

3.3.3. Recursos Humanos.-

Tabla 7.
Recursos Humanos

RECURSOS HUMANOS
Dr. Patricio Álvarez
Dr. Manuel Quinteros
Md. Magdalena Carrasco
Dr. Hugo Moreno
Lcda. Rocío Carangui.
Lcda. Cristina Cayamcela
Lcda. Narcisa Naula
Psic. Clin. Adriana Salinas
Ing. Alfredo Vázquez
Sra. Silvana González
Srta. Raquel Romero
Interno de turno.

3.3.4 Normas Dictadas por El Ministerio de Salud Pública.

- Programas :
- maternidad gratuita
- inmunizaciones
- control del niño sano
- doc- cervicouterino y mamario
- dots
- control escolar
- control de cnh
- educacion para la salud
- visitas domiciliarias
- control del adulto mayor
- control del adolescente
- aiepi
- nutrición
- micronutrientes
- sistema incremental
- demanda expontanea odontológica
- morbilidad

3.3.5. Isometría e Isocronía

Tabla 8.
Isometría e Isocronía

Nº	COMUNIDAD	ISOCRONIA HORAS (Transporte terrestre)	ISOMETRIA KM
1	Sta. ROSA DE C.	1.20 Horas	27
2	SAN JOSE	1 Horas	20
3	MIRAPAMBA	1 Horas	20
4	EL ROSARIO	1 Horas	18
5	MONJAS	0.45 Minutos	16
6	SAGUIN	0.40 Minutos	20
7	SAN ANTONIO	0.30 Minutos	10
8	CACHIPAMBA	0.10 Minutos	1,5
9	VINTIMILLA	0.10 Minutos	3
10	VALDIVIEZO	0,5 Minutos	2
11	GUARTANCHUN	0,5 Minutos	1,5
12	GUINDILIG	0,10 Minutos	3
13	CALERA	0.5 Minutos	3,5
14	BUIL GUAPAN	0.30 Minutos	4
15	QUINUA	0.40 Minutos	3
16	PUCUN QUINUA	0.40 Minutos	5
17	GUAPAN CENTRO	0	0

Tomado de: (Unidad Operativa Guapan Distrito 03D01, 2016)

3.3.6. Presupuesto

Repartido desde el distrito 03D01

3.3.7. FODA

Analizaremos las diferentes Fortalezas Oportunidades, Debilidades y Amenazas enfocado al Centro de Salud Guapán como muestra significativa de investigación y desarrollo del modelo de atención de salud comunitaria.

Tabla 9.
FODA

<p style="text-align: center;">FORTALEZAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Incremento en el número de atenciones intramurales. 2. Evaluación periódica de los avances de objetivos e indicadores 3. Personal profesional y capacitado 4. Equipamiento de la unidad operativa tanto medico como odontológico 5. Capacitaciones oportunas 6. Deseo de capacitación por parte del personal 7. Deseo de brindar mejor calidad de atención al usuario externo 8. Ubicación estratégica de la U.O. para realizar promoción de la salud. 	<p style="text-align: center;">DEBILIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Clima laboral eventualmente inestable 2. Falta de transporte de uso permanente para el ingreso más frecuente a comunidades lejanas 3. Falta de un Estadista para apoyo de la gestión de indicadores 4. Falta de capacitación para promotor de salud y auxiliar de odontología 5. Materiales de tratamiento odontológico de eficacia lenta 6. Falta de auxiliar de farmacia
<p style="text-align: center;">OPORTUNIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demanda alta de atención 2. Gobierno regional y provincial con interés en la atención de la salud 3. Confianza en la comunidad 	<p style="text-align: center;">AMENAZAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Existencia de consultorios médicos particulares en el área geográfica. 2. Creencias culturales negativas en cuanto a la salud 3. Automedicación.

Tabla 10.

Comparación anual por meses de número de pacientes atendidos en atención por primera y subsecuente.

Indicador	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agos	Sept	Oct	Nov	Dic	TOTAL
Primera cons. Morbilidad	644	581	626	505	589	623	541	627	646	619	722	521	7244
Primera + sub. C morbilidad	776	685	748	590	732	768	671	779	790	796	842	660	8837
Primera cons. Embarazadas	7	7	10	3	8	7	10	4	7	8	11	11	93
Primeras + sub. C. embarazadas	30	27	34	19	21	28	34	25	35	41	44	30	368
Primera cons. Fomento < 1 A.	7	24	6	8	15	9	3	6	6	7	15	17	123
Niños Inmunizados BCG	4	2	6	5	2	4	1	5	4	4	7	9	53
Niños Prim. Penta	9	5	6	3	6	8	7	5	3	4	6	6	68
Niños con Tercera Penta	5	3	5	7	12	5	6	4	4	4	12	4	71
Visitas Domiciliarias	16	2	0	8	8	18	6	9	3	10	7	11	98
# Doc.	4	5	3	4	2	10	2	10	4	9	4	2	59
Primeras cons. Planif. Familiar	11	9	7	10	8	13	10	14	8	15	9	6	120

Tomado de MSP – RDACA

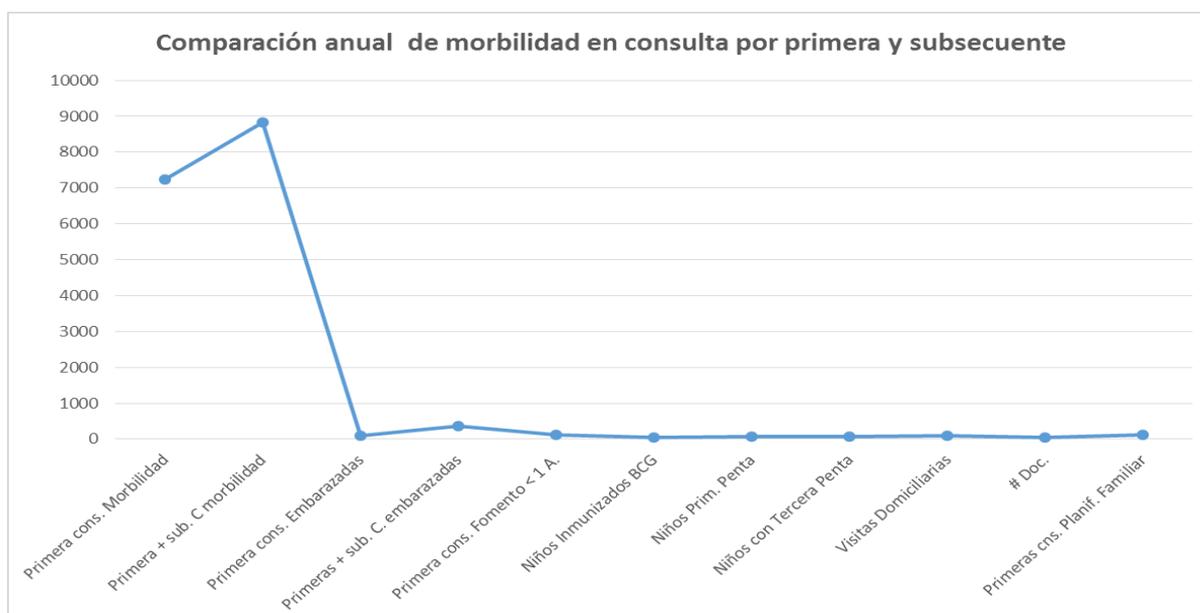


Figura 7. Comparación anual de Morbilidad en Consulta

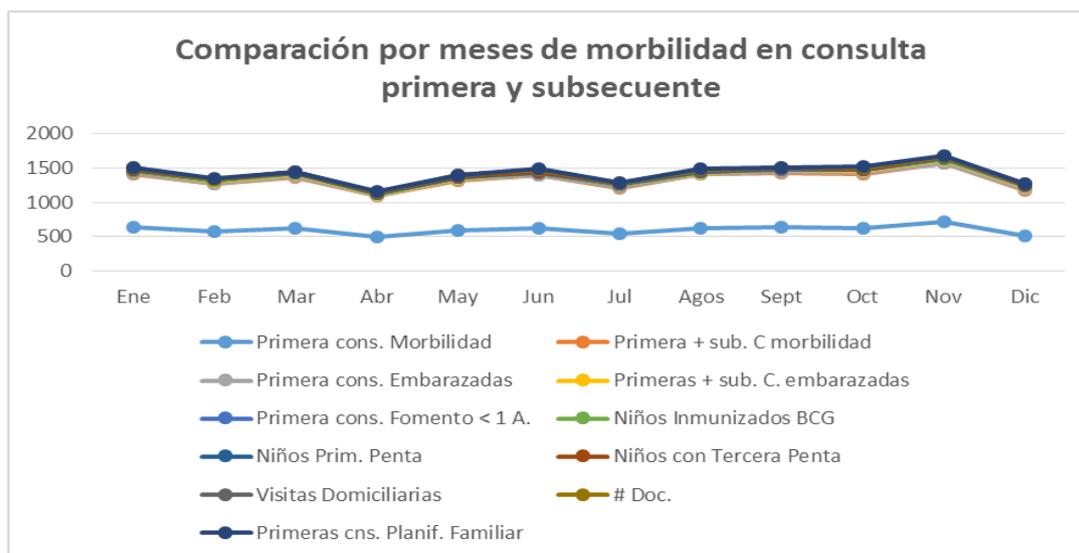


Figura 8. Comparación por meses de morbilidad en consulta

3.3.9. Estudio de la Demanda.-

INDICADORES.-

Tabla 11.

Comparación de los porcentajes por atención médica.

METAS ALCANZADAS DURANTE 2016			
INDICADORES	META	PACIENTES	PORCENTAJE
PRIMERAS DE MORBILIDAD	80%	7244	114%
CONTROL PRENATAL	60%	94	77.06%
PRIMERAS DE PENTAVALENTE	100%	68	70.1%
TERCERA DE PENTAVALENTE	100%	71	73.1%
CONTROL DEL NIÑO SANO	80%	123	126.8%
BCG	100%	52	53.6%
SRP	100%	81	70.4%
NEUMOCOCO	100%	68	70.1%
CONTROL DOC	25%	59	89.7%
PLANIFICACIÓN FAMILIAR 1ERA	25%	120	17.2%
VISITAS DOMICILIARIAS	25%	98	100%

Tomado de: MSP - RDACA

Nota: Se comparan los diferentes porcentajes extraídos del registro diario automatizado de atenciones ambulatorias (RDACA) que realiza el médico de la unidad según las metas propuestas en el año.

Tabla 12.

Comparación de porcentajes por atención odontológica.

METAS ALCANZADAS DURANTE EL 2016			
INDICADORES	META	PACIENTES	PORCENTAJE
Morbilidad	10%	1406	24.2%
Prevención	10%	749	12.9%
Primeras Cons. de Prev. de 1-4 años	10%	349	80%
Primeras Cons. de Prev. de 5-14 años	10%	8	6.5%
Primeras Cons. de Prev. de 15-19 años	10%	65	8.5%
Primeras Cons. de Prev. de 20 años o más	10%	79	33.6%
Primeras Cons. de Embarazadas	50%	40	66%
Primeras cons. de Prev. 5-9 años Progr.	100%	120	100%
Primeras cons. de Prev. 10-14 años Progr.	100%	197	65.6%
Total Cons. Prev. 5-14 años Progr.	100%	317	78%

Nota: Se comparan los diferentes porcentajes extraídos del registro diario automatizado de atenciones ambulatorias (RDACA) que realiza el odontólogo de la unidad según las metas propuestas en el año.

Tabla 13.

Comparación por paciente y porcentajes alcanzados en la meta anual.

METAS ALCANZADAS DURANTE 2016			
INDICADORES	META	PACIENTES	PORCENTAJE
Primer Contacto	80%	2478	42.7
primeras de morbilidad	80%	7190	124%
control prenatal	60%	94	77.06%
Primeras de pentavalente	100%	68	70.1%
tercera de pentavalente	100%	71	73.1%
Control del niño sano	80%	123	126.8%

Nota: Comparación porcentual de las metas alcanzadas en control del niño sano.

Tabla 14.
Porcentajes alcanzados de las metas hasta la fecha

METAS PARA 2017			
INDICADORES	META	PACIENTES	PORCENTAJE
Primer contacto	80%	2478	80%
Primeras de morbilidad	80%	4637	80%
Control prenatal	60%	121	60%
Primeras de pentavalente	100%	97	100%
Tercera de pentavalente	100%	97	100%
Control del niño sano	80%	77	100%
BCG	100%	97	100%
SRP	100%	115	100%
Neumococo	100%	97	100%
Control Doc	25%	355	25%
Planificación familiar 1era	25%	696	25%
Visitas domiciliarias	25%	220	25%

Tomado de: MSP – RDACA

Nota: comparación de porcentajes según programa de control del niño sano.

3.4. Análisis y Evaluación de Actividades Intra y Extra Mural en base a la auditoria y monitoreo al personal operativo.

Los datos informativos han sido obtenidos en su mayoría de los partes diarios RDACA (Registro Diario Automatizado de Consultas Ambulatorias)

Si bien las actividades ejecutadas valoradas mediante indicadores porcentuales nos revela que la mayoría de las acciones son de tipo **intramural** y solo contamos con visitas domiciliarias a grupos los distintos grupos etarios y vulnerables siendo estas últimas de carácter extramural.

De igual manera el actual modelo de atención integral de salud comunitaria nos indica que el 40% debemos abordar con atención asistencial en el centro de salud ya sea atención médica, odontológica, de enfermería, ginecología, obstetricia, etc., brindando la atención oportuna con atención en consulta externa y emergencias con calidad y calidez.

Todo lo dicho corresponde a las acciones intramurales dentro del centro de salud con los distintos servicios dentro del centro médico asistencial.

El 60% restante corresponde a las actividades fuera del centro de salud, es decir actividades extramurales basadas en promoción, prevención y educación para la salud en las comunidades con todo el equipo de EAIS en conjunto y brindando atención en diagnóstico, captación, derivación e identificación de riesgos potenciales en pacientes con enfermedades graves, crónico degenerativas o catastróficas.

Actualmente dicho cumplimiento de las actividades de carácter extramural se ha visto impedido por la fuerte demanda en el centro de atención médica y la falta de programación y coordinación con cada equipo de EAIS y de igual manera la falta de cooperación por parte del distrito y del seguimiento, apoyo continuo y supervisión por parte de provisión de servicios.

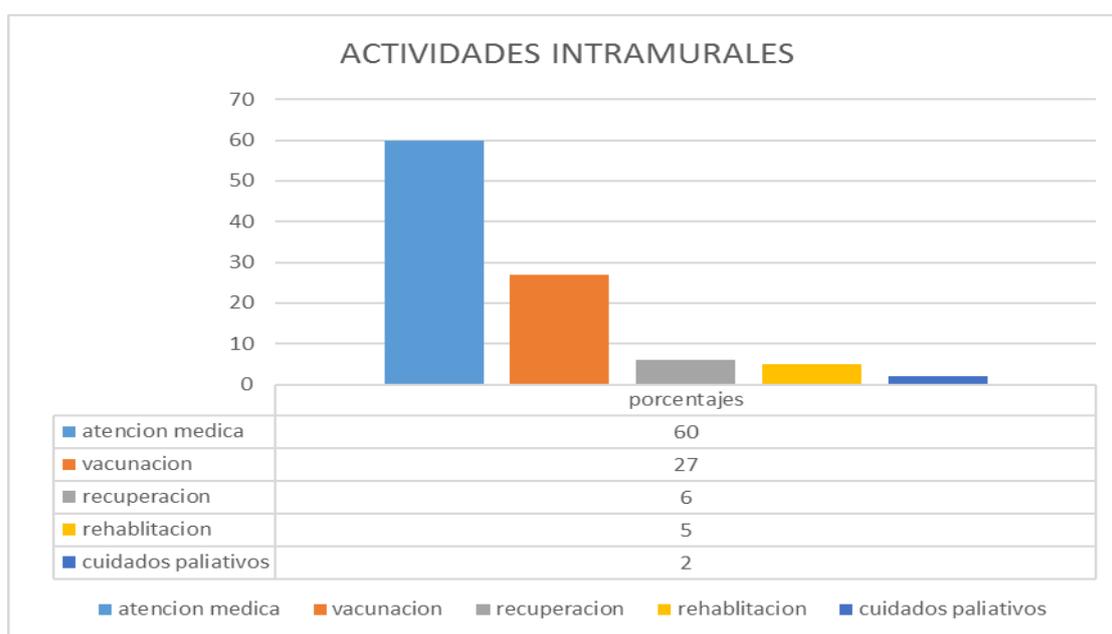


Figura 9. Análisis de las actividades realizadas al interior del centro de salud.

Tomado de: MSP – RDACA.

- a) Existe el 60% de atención en demanda espontánea, lo que indica una sobre atención intramural con más del 20% requerido

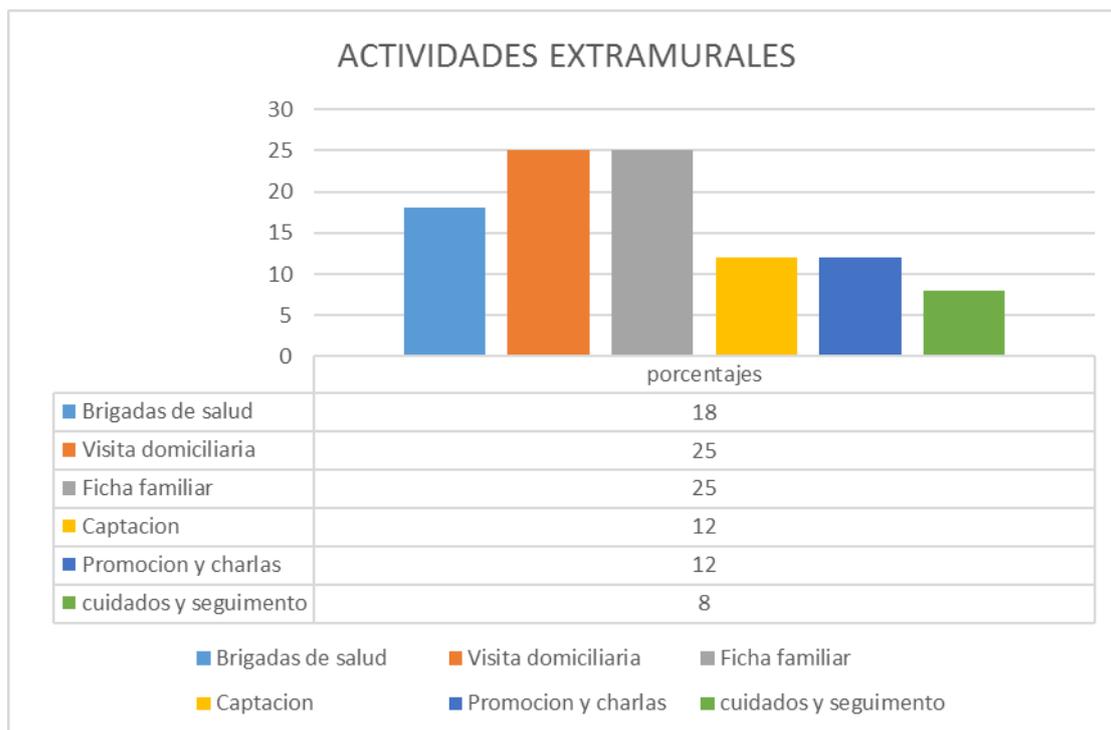


Figura 10. Análisis de actividades realizadas fuera del centro de salud.

Tomado de: MSP – RDACA.

- a) Existe un cumplimiento porcentual casi uniforme de las actividades extramurales pero que al final no alcanzan lo requerido.

3.4.5. Implementación de un modelo de cambio mediante determinantes

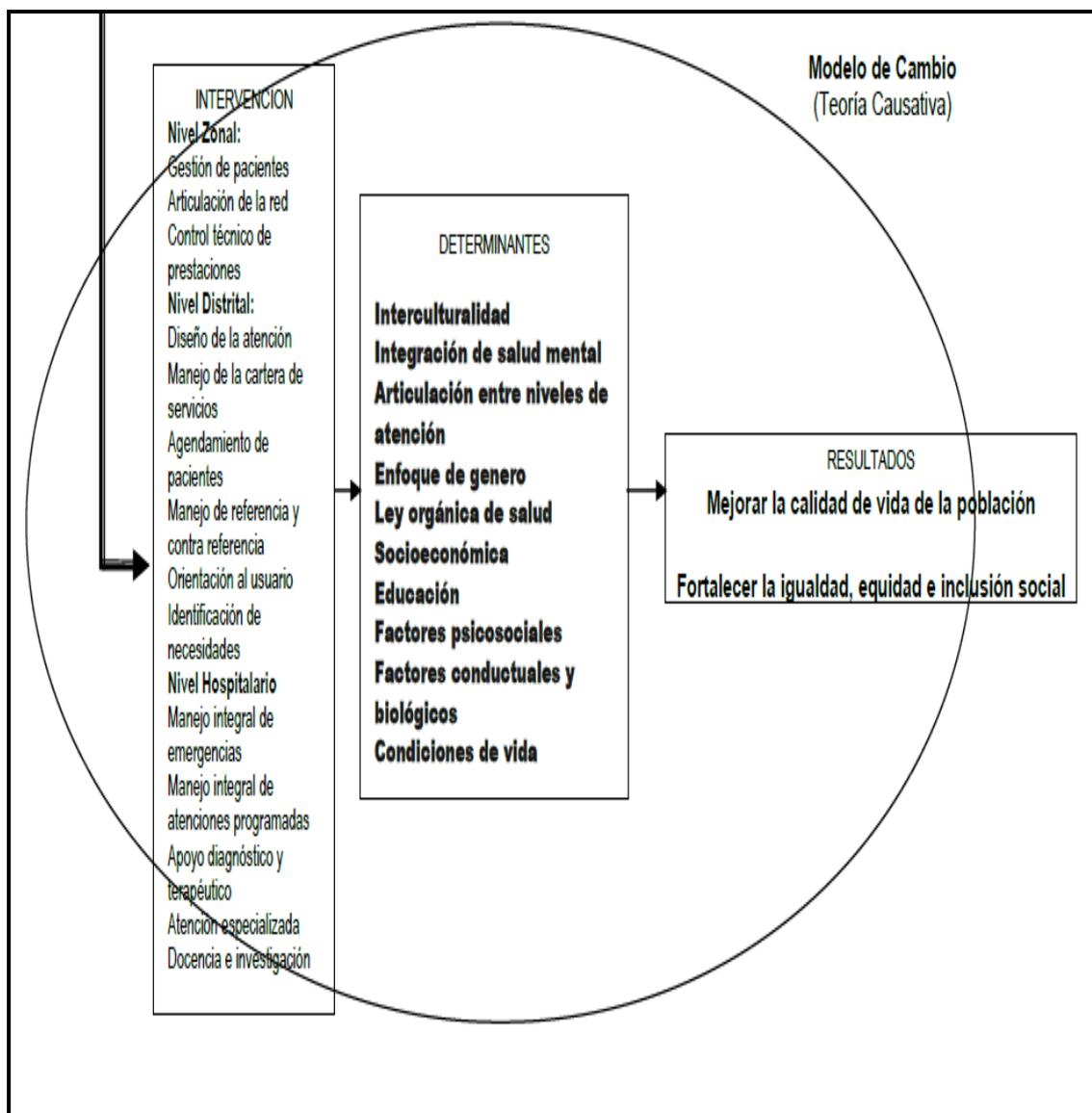


Figura 11. Teoría Causativa

El modelo nos ilustra una participación en conjunto, primero a nivel nacional dirigiendo sus directrices a nivel zonal y por ende a nivel distrital el mismo que mediante una serie de determinantes se busca un mejor engranaje en la parte operativa que finalmente será la que ofertara al usuario la atención respectiva.

Sabiendo que las determinantes son de carácter intercultural y que se pretende una articulación entre todos los ámbitos de modo social, político, económico, educativo y que en ellos intervienen factores que a lo largo de este proceso

serán conductuales hacia un modelo de cambio en la construcción de una red integrada de salud a nivel nacional, haciendo de este modo referencia al término “causativo” como el origen del problema principal enfocado a una teoría de cambio.

3.5. Análisis Metodológico de la Evaluación de los servicios prestados con Calidad y satisfacción del usuario en relación al desarrollo del MAIS

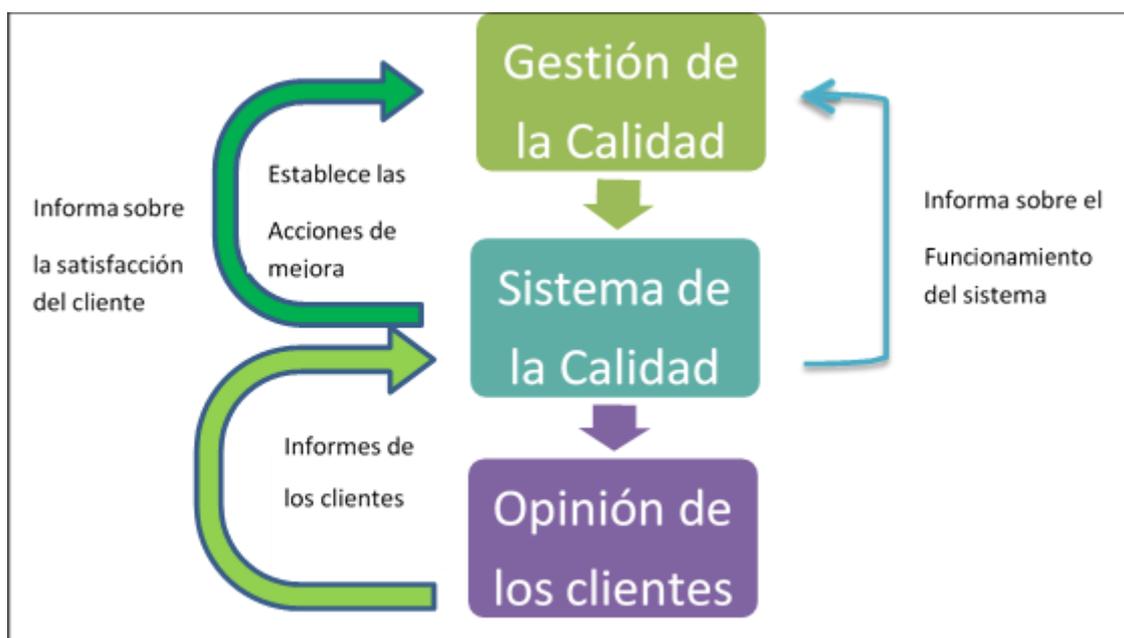


Figura 12. Gestión de calidad

3.5.1. Satisfacción Del Usuario

“La satisfacción: es el estado en el cual las necesidades, deseos y las expectativas del cliente son colmados o excedidos, a lo largo de la vida de los productos o servicios, lo que conlleva a la recompra, a la lealtad de marca y el deseo de recomendar” (Goodman, 1992).³²

3.5.2. Medición De La Calidad Del Servicio

Hoy en día es necesario y útil que las empresas utilicen herramientas para medir la calidad en sus empresas, debido a que se puede conocer a tiempo

cuales son las falencias que existen y como se pueden mejorar, y si existe un seguimiento se puede prevenir cualquier dificultad que se pueda tener en marcha.

3.5.3. Modelo de Medición SERVCUAL

El Modelo SERVQUAL de Calidad de Servicio fue elaborado por Zeithaml, Parasuraman y Berry ya que su propósito es conocer cuál es la calidad de servicio que se está brindando actualmente en una empresa y como mejorarla, este modelo es muy utilizado actualmente por todo tipo de empresas, tanto en el sector público y privado, debido a su efectividad para medir la calidad en el servicio.

Esta herramienta tiene como objetivo comparar las expectativas generales del cliente contra lo que percibe de la empresa, siendo esta una medida de calidad, y la brecha existente entre ambas es un indicador con el cual podemos mejorar en lo que se está fallando.

Concluido este procedimiento se procede a calcular el Índice de Calidad en el Servicio (ICS) para cada dimensión, a partir de los ítems que lo integran, para efecto de comparación, para lo cual se utiliza la siguiente fórmula: $ICS = importancia * (Percepciones - Expectativas)$ Por último se calcula el Índice Global de la Calidad en el Servicio, con la misma fórmula o la sumatoria de los resultados de los ICS de cada dimensión. $ICS_{global} = \sum i ICS$ La interpretación de este índice se hace con base en que si es un número negativo indica que las expectativas son mayores que las percepciones, si el número es positivo, indica que las percepciones de los clientes están por arriba de las expectativas, lo que significa que la empresa si está cumpliendo con sus expectativas con el porcentaje obtenido.

3.5.4. Satisfacción del Usuario

La satisfacción del usuario, es mayor ya que se está mejorando en el servicio, tanto por los cambios que el Ministerio ha impuesto, y a la vez porque las personas que trabajan en el centro de salud han ido cambiando sus ideas acerca del servicio, debido a que no solamente se tiene que atender al paciente y termina su función, sino tener en cuenta que está en sus manos ayudar a una persona que en ese momento necesita de su servicio.

La relación entre el usuario y el personal ha mejorado, la información que ellos necesitan se le entrega a tiempo y además los pacientes que han ingresado al área de hospitalización nos han indicado que tanto las enfermeras como los médicos les han brindado un buen servicio, ya que les importa cómo están sus pacientes y además son tratados con cordialidad.

3.5.5. Indicadores

Fundamentalmente los indicadores medibles básicos para obtener resultados y plantear soluciones tenemos:

- Indicador en Cobertura
- Indicador de Eficacia
- Indicador de Satisfacción

3.5.5.1. Indicador en Cobertura

Los indicadores de cobertura de los servicios de salud reflejan la medida en que las personas que lo necesitan reciben de hecho intervenciones de salud importantes. Tales indicadores nos revelarán el índice de cobertura de pacientes o usuarios que tiene el personal de salud del centro de salud en sus diferentes grupos de edades y de esta manera abarcando de acuerdo a la población asignada o zona de influencia, siendo esta de carácter urbano y rural.

Para medir la cobertura o producción del establecimiento de salud se utiliza diariamente los registros diarios de atenciones ambulatorias RDACA, los mismos que mediante reportes mensuales son consolidados para su envío respectivo al departamento estadístico del distrito de salud, de esta manera el indicador de cobertura es el principal componente de cumplimiento porcentual de los servicios de salud ofertados por parte del MSP y por ende del establecimiento de salud: Centro de Salud Guapán.

(Ecuación 1)

$$\text{Formula: IC} = \frac{\text{Número de pacientes} \times 100}{\text{Población asignada}}$$

$$\text{Formula: IC} = \frac{2478}{5797}$$

$$\text{IC} = 42,74 \%$$

Este resultado nos indica el índice de cobertura semestral del centro de Salud Guapán que se realizó a finales el año 2016, lo cual nos indica que alcanzo el 42,74%, lo que evidencia un aceptable cumplimiento de producción.

3.5.5.2. Indicador de Eficacia

Entendemos por Eficacia al Grado en que se logran los objetivos y metas de un plan, es decir, cuánto de los resultados esperados se alcanzó. La eficacia consiste en concentrar los esfuerzos de una entidad en las actividades y procesos que realmente deben llevarse a cabo para el cumplimiento de los objetivos formulados.

La medición de la eficacia de las actividades del centro de Salud de Guapán.

Tabla 15.
Indicador de eficacia

EFICACIA			
RA / RE			
RANGOS	PUNTOS	RANGOS	PUNTOS
0 – 20%	0	Muy eficiente > 1	5
21 – 40%	1		
41 – 60%	2	Eficiente = 1	3
61 – 80%	3		
81 – 90%	4	Ineficiente < 1	1
>91%	5		

La eficacia está relacionada con el cumplimiento de las actividades que cada profesional de la salud realiza enfocado al desarrollo del modelo de atención integral de salud (MAIS), siendo estas múltiples y relacionando con porcentajes de cumplimiento ya que para eso se ha establecido índices y metas tanto semestrales y anuales dentro del periodo de investigación.

Se haría en base de los resultados obtenidos siendo estos: Resultado Alcanzado y Resultado esperado, y del porcentaje obtenido nos valemos de la tabla anterior de comparaciones para tener los resultados finales.

Por ejemplo tenemos:

Si el resultado alcanzado de visitas domiciliarias es de 8 visitas al mes, y si el resultado esperado es 10 vistas por mes tendremos:

(Ecuación 2)

$$\text{Formula: I EF} = \frac{\# \text{ Resultado Alcanzado}}{\text{Resultado Esperado}}$$

$$8/10 = 0,8 \times 100\% = 80 \%$$

En la tabla nos indica que del 61 al 80% nos revela un indicador comparativo de grado 3, lo que indica que es “Eficiente”

En cualquier área de organización siempre será posible definir un resultado esperado (expresado como una meta, una cantidad, una variación, un porcentaje, etc.), un costo estimado y un tiempo especificado para llevar a cabo la labor que se propone como meta o tarea. Pues bien, la combinación de esos elementos, o sea, el resultado, el costo y el tiempo, permiten medir objetivamente el grado de efectividad y eficacia de una área de organización, y hacer comparaciones entre áreas aún disímiles en el contenido de la labor.

Tabla 16.
Eficacia

EFICIENCIA	EFECTIVIDAD
$\frac{(RA / CA * TA)}{(RE / CE * TE)}$	Puntaje eficiencia + Puntaje eficacia
	<hr/>
	Máximo puntaje

Eficacia

Grado en que se alcanzan los objetivos y metas del Proyecto en la población beneficiaria en un tiempo, independientemente de los costos.

(Ecuación 3)

$$\text{Eficacia} = \frac{L \text{ (Unidades de metas logradas) } / T_{\text{real}}}{M \text{ (Unidades de metas programadas) } / T_{\text{programado}}} = \frac{L \cdot T_p}{M \cdot T_r}$$

Si A mayor a 1= proyecto más que eficaz

Si A igual a 1= proyecto es eficaz

Si A menor a 1= proyecto es ineficaz

Supuesto: buena programación.

Mediante esta fórmula podemos determinar la eficacia de las atenciones médicas en producción y cobertura y a su vez los distintos programas del ministerio de salud, así obtuvimos los siguientes resultados:

(Ecuación 4)

$$\text{Eficacia} = \frac{\text{Unidades Metas logradas} / T_{\text{real}}}{\text{Unidades metas programadas} / T_{\text{programado}}}$$

$$\text{Eficacia} = \frac{2478 / 6 \text{ meses}}{2898 / 6 \text{ meses}}$$

$$\text{Eficacia} = \frac{413 \text{ metas/meses}}{483 \text{ metas /meses}}$$

$$\text{Eficacia} = 0,8550$$

Con los resultados obtenidos a partir del indicador menor a 1 se establece que la eficacia de las atenciones médicas no cumple con lo esperado.

De la misma manera y utilizando la misma fórmula se pueden determinar las acciones realizadas por el personal de la salud en relación con los diferentes programas del Msp.

3.5.5. Indicador de Satisfacción

Para medir la satisfacción del usuario en sistemas de salud nos valimos de encuestas y entrevistas tanto a usuarios como personal operativo con rangos numéricos para indicar que tan eficiente es la satisfacción del usuario/paciente, también son necesarios otros aspectos dentro de los cuales están:

- **Grado de fidelización**

Este tipo de indicador mide qué tan fiel es un cliente al producto, servicio o marca mide la repetición de compra o la frecuencia de uso del servicio que tiene cada cliente. Para determinar el grado de fidelización es importante contar con información; un aspecto que a veces es difícil de obtener.

En el caso de la salud se mide si el paciente acude siempre al centro de salud y no busca alguna otra alternativa.

- **Indicador de calidad**

Mide la cantidad de acciones cerradas satisfactoriamente e indica que la empresa tiene procedimientos claros, ágiles, construidos en base a las necesidades de los clientes. Para obtener el indicador se divide el número de interacciones con solución en un solo contacto, entre el volumen total de interacciones. El mismo se indica como porcentaje.

- **Número de reclamos**

El indicador más sencillo de obtener, debido a que se cuenta el número de reclamos que tiene una empresa por día, semana o mes y se evalúa si disminuye, aumenta o se mantiene.

- **Indicador de satisfacción**

Se expresa como porcentaje y se mide, dividiendo el número total de clientes que contactan a la empresa con alguna queja o reclamo, entre el total de clientes atendidos.

Tabla 17.

Ficha de medición de satisfacción del cliente

Ficha Técnica de Indicador		Código	HAC-03 v.02	
		Página	1 de 1	
Proceso: Almacén e Inventarios				
TIPO DE INDICADOR				
EFICACIA	EFICIENCIA	EFFECTIVIDAD		
RESPONS	Lider de Proceso			
OBJETIVO				
Mide la satisfacción de los clientes respecto de los servicios de salud ofertados				
ESCALA	FUENTE	TENDENCIA	OBJETIVO DE CALIDAD	
Porcentaje	FAC-14 "Medición de la Satisfacción del Cliente"	Creciente	Mejora de la cultura institucional	
META			FRECUENCIA	
MIN	SAT	SOB	REFERENCIA	RECOLECCIÓN
80%	85%	90%	Histórico	Semestral
FORMULA DE CALCULO				
MSC= (Total de clientes evaluados "Excelente" + total de clientes evaluados "Bueno" / total clientes encuestados)*100				
USUARIOS				
procesos de direccion, apoyo, de evaluacion y control				
OBSERVACIONES				
GLOSARIO				
Termino			Definición	
Satisfaccion del cliente			Percepción del Cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos	

3.5.6. Población de estudio

La población de estudio a la que se va analizar comprende cada uno de los usuarios y usuarias de la parroquia Guapán que acuden al centro de salud, es decir la población beneficiaria, la misma que comprende de niños/as, adultos hombres y mujeres, adultos mayores, discapacitados, embarazadas y demás personas de la parroquia en mención, siendo de esta manera el total de la población que de acuerdo al último censo corresponden a 5700 habitantes.

3.5.7. Estimación de la Muestra

La muestra nos permitirá obtener información representativa de la situación que pretendemos analizar, también es conveniente utilizar el método probabilístico que establece que todos los individuos tienen la misma opción de conformar la población.

Para obtener la muestra representativa la tomamos de todos los pacientes que acuden al centro de salud de Guapán ya que tienen contacto directo con la atención que presta el talento humano de dicha unidad operativa, y la cual el departamento de estadística nos ayudó con esta información, de acuerdo al segundo semestre del año 2016 se atendieron 1947 pacientes que acudieron a la unidad de salud para atención de morbilidad no urgente y por consultas de prevención (materno infantil y adolescente).

Para la obtención de la muestra se aplicara la siguiente fórmula:

(Ecuación 5)

n = Tamaño de la muestra

N = Universo

Z = Nivel de confianza

δ = Error 0.05%

P = Prevalencia

q = (1- P)

$$\frac{N \times Z^2 \times P \times q}{\delta^2 (N - 1) + Z \times P \times q}$$

$$n = \frac{1947 \times 3.8416 \times 0.5 \times 0.5}{0.0025 \times 1946 + (3.8416 \times 0.5 \times 0.5)}$$

$$n = \frac{1869,89}{4.865 + 0.9604}$$

$$n = \mathbf{320,989}$$

Los criterios de inclusión para participar en el estudio son: ser mayor de edad, con patología no urgente y haber previamente recibido la atención en consulta externa, en el caso de pacientes infantiles se abordara al padre, madre o acompañante adulto que acuda junto al niño.

3.5.8. Recolección de datos.

El contacto con los pacientes para la recolección de la información la realizaran los estudiantes de enfermería que realizan su pasantía prerural en las unidades de salud del Distrito 03D01.

Tabla 18.
Diseño de encuesta de cobertura

<p>1. ¿Usted acude al Centro de Salud Guapán a solicitar los diferentes Servicios de salud?</p> <p>SI____ NO____</p> <p>Si la respuesta es NO responder él porque y termina la encuesta. ¿PORQUE?.....</p>
<p>2. ¿Conoce Usted el nuevo modelo de atención que brinda el Centro de Salud de Guapán a la población?</p> <p>SI____ NO____</p>
<p>3. ¿Cree Usted que el nuevo modelo de atención que brinda el Centro de Salud de Guapán, a los usuarios es mejor que el anterior?</p> <p>SI____ NO____</p>
<p>4. ¿Los diferentes servicios que ofrece el Centro de Salud de Guapán, son efectivos, rápidos y eficientes?</p> <p>SI____ NO____</p>
<p>5. ¿Usted se encuentra satisfecho con el servicio que brinda el Centro de Salud de Guapán?</p> <p>SI____ NO____</p>
<p>6. ¿La calidad de los servicios que oferta el Centro de Salud de Guapán, están acordes con las exigencias de los usuarios?</p> <p>SI____ NO____</p>
<p>¡Gracias Por Su Colaboración!</p>

3.5.9. Satisfacción del Usuario

Le solicitamos colabore en el desarrollo de la misma con total sinceridad para poder ayudar a mejorar los servicios ya que esta tiene el carácter de ser anónima. Le expresamos nuestros sentimientos de gratitud y estima por su tiempo.

3.5.9.1. Diseño de encuesta: Satisfacción del Usuario

Sexo: Femenino Masculino

Ubique su Edad:

15 a 24 años

25 a 44 años

45 a 64 años

65 años en adelante

Área de Atención:.....

Instrucciones: de acuerdo al conocimiento que tenga del Centro de Salud, de su opinión sobre las afirmaciones propuestas de acuerdo a la escala indicada. Si desconoce de alguna de estas afirmaciones se le pide de por favor, no contestar. Gracias.

Primera Parte. Señale su nivel de satisfacción con los elementos del servicio del hospital que se describen a continuación: desde completamente insatisfecho (1) hasta completamente satisfecho (7)

Tabla 19.
Encuesta usuario de Guapán

ELEMENTOS TANGIBLES	Completamente Insatisfecho	Insatisfecho	Medianamente Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Medianamente Satisfecho	Satisfecho	Completamente Satisfecho
1. Cuenta con señalizaciones (letreros, ficheros) que orientan al usuario en el interior del Centro de Salud							
2. Hay comodidad y cantidad de asientos en las salas de espera (temperatura, luminosidad, entretenimiento como televisión, música, etc.)							
3. Hay comodidad en la sala de emergencia (temperatura, ropa de cama, ventilación, luminosidad, estantes, roperos, sillas)							
4. Hay comodidad en los consultorios (camillas, sillas)							
5. La empresa de servicios tiene equipos de apariencia moderna y que funcionan							
6. Hay limpieza de salas de emergencia, consultorios, salas de espera y pasillos							
7. El número y ubicación de baños es adecuado para los usuarios y brindan comodidad, limpieza y mantenimiento							
8. facilidad y comodidad de instalaciones, pasillos y accesos al centro de salud que permiten una circulación rápida y expedita							
9. El centro de salud mantiene un contacto permanente con sus usuarios (avisos en diarios o radios) para ofrecer información clara y oportuna sobre cambios en su funcionamiento o en sus formas de atención							
10. asignación de turnos y referencias oportunas a otros establecimientos							

Segunda Parte: Señale su nivel de percepción que tiene del servicio ofertado por el centro de salud que se describen a continuación:

Tabla 20.
Encuesta usuario de Guapán

FIABILIDAD	Nunca	Casi Nunca	Pocas veces	Mitad de las veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre
11. Cuando el centro de salud ofrece el servicio promete hacer algo en cierto tiempo, lo hace							
12. El centro de salud me ha brindado una solución completa e integral a mis problemas de salud							
13. Cuando he tenido algún problema de atención, el centro de salud me ha ofrecido otras alternativas de atención de forma rápida y oportuna							
14. El centro de salud contacta conmigo directamente (por teléfono, mensaje) para ofrecerme información personalizada							
15. El personal que me atiende, tiene información completa y actualizada sobre mi caso personal e historial							
CAPACIDAD DE RESPUESTA	Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Mitad de las veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre
16. Una vez que he sido atendido, en el centro de salud mantiene su comunicación conmigo, interesándose en mi estado de salud y en la continuación de mi tratamiento							

17. La preocupación por satisfacer las necesidades de salud de los usuarios es una preocupación compartida por todos los servicios del centro de salud							
18. He encontrado medios apropiados (oficinas de información y reclamos, buzones de sugerencias u otros) a través de los cuáles, puedo comunicarle al centro de salud, acerca de la calidad de atención que me están entregando							
19. Según mi experiencia, existe preocupación por resolver las quejas y reclamos que he planteado como usuario							
SEGURIDAD	Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Mitad de las veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre
20. Según mi experiencia, el personal que me atiende, utiliza mi información personal con precisión y confidencialidad							
21. Los médicos me han ofrecido una información clara y precisa sobre el diagnóstico de mi enfermedad y sobre el tratamiento que debo seguir							

22. Los médicos que me han atendido tienen los conocimientos y competencias necesarias para prestarme la atención que yo requiero							
23. Los funcionarios administrativos, de las diferentes áreas de servicio que me han atendido, tienen los conocimientos y competencias necesarias para prestarme la atención que yo requiero							
EMPATÍA	Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Mitad de las veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre
24. Me siento bien tratado por los médicos que me han atendido							
25. Me siento bien tratado por los funcionarios administrativos que me han atendido							
26. Me siento bien tratado por las enfermeras y auxiliares de enfermería que me han atendido							
27. El centro de salud se esfuerza por educarme respecto a temas de salud							
28. Satisfacción global con el servicio del centro de salud							
29. En resumen, la calidad de atención entregada por el centro de salud satisface mis necesidades de salud							

3.5.10. Análisis de Resultados

Para determinar realizar el análisis se emplea el cálculo de la media, mediana y desviación típica para valorar cuales son los resultados y dar una explicación lógica. La media se la utiliza para calcular un valor representativo de los valores que se están promediando y tener un punto de equilibrio entre los factores. La mediana permite determinar entre la escala promedio si se acerca a un valor positivo o a un valor negativo y determinar el resultado de cada alternativa evaluada en un grupo, y ver cuál es la que falla; la desviación típica es un parámetro de ubicación central que permite obtener cual de aquellos datos agrupados para ver cuánto se desvían los datos de sus media, para ver si el grupo de medidas está de acuerdo con su modelo si se aleja demasiado es porque no estas contradicen al elemento de estudio.

El análisis principal de los resultados se hizo en base a los valores de la mediana, de las respuestas dadas por los usuarios, frente a cada una de las

variables involucradas en las dimensiones de análisis de la encuesta en los cuales se ha considerado los valores de 1 a 7 y se les ha asignado una representación de cada uno de ellos, como se indica a continuación:

Insatisfacción: 1, 2 y 3. Indiferencia o Incertidumbre: 4. Satisfacción mínima: 5. Satisfacción general: 6. Satisfacción plena (excelencia): 7.

El valor 4 se determinó como valor de indiferencia o incertidumbre, puesto que refleja un punto intermedio entre insatisfacción y satisfacción, por lo que se considera finalmente como insatisfacción.

A partir del valor 5 se considera aceptado un cierto nivel de satisfacción, entonces un resultado se considerará cualitativamente aceptada cuando la mayoría de los resultados obtenidos en las medianas, de las distintas dimensiones de análisis, sea superior o igual al valor 5 de la escala.

3.5.11. Presentación de Resultados

De la muestra de estudio de 321 personas, no contestaron 93 y 87 parcialmente por desconocimiento, de los cuales tenemos 151 validos.

Tabla 21.

Percepción de satisfacción con distintos elementos del servicio.

	Señalizaciones	Comodidad y Cantidad de asientos en Sala de Espera	Disponibilidad de atención en la sala de emergencia	Comodidad en los consultorios	Equipamiento adecuado
Nº Validos	151	151	151	151	151
Mediana	5	4	3	4	2
Media	4,84	4,14	2,71	3,87	2,64
Desviación Típica	1,15	0,67	1,25	1,50	1,05

Tabla 22.

Percepción general sobre la orientación del establecimiento a la satisfacción del usuario

	Servicio comprometido cumple el tiempo de atención	Solución completa e integral de salud	Alternativas de solución a problemas de atención
Nº Validos	151	151	151
Mediana	5	4	4
Media	5,17	4,42	4,13
Desviación Típica	1,23	1,37	1,11

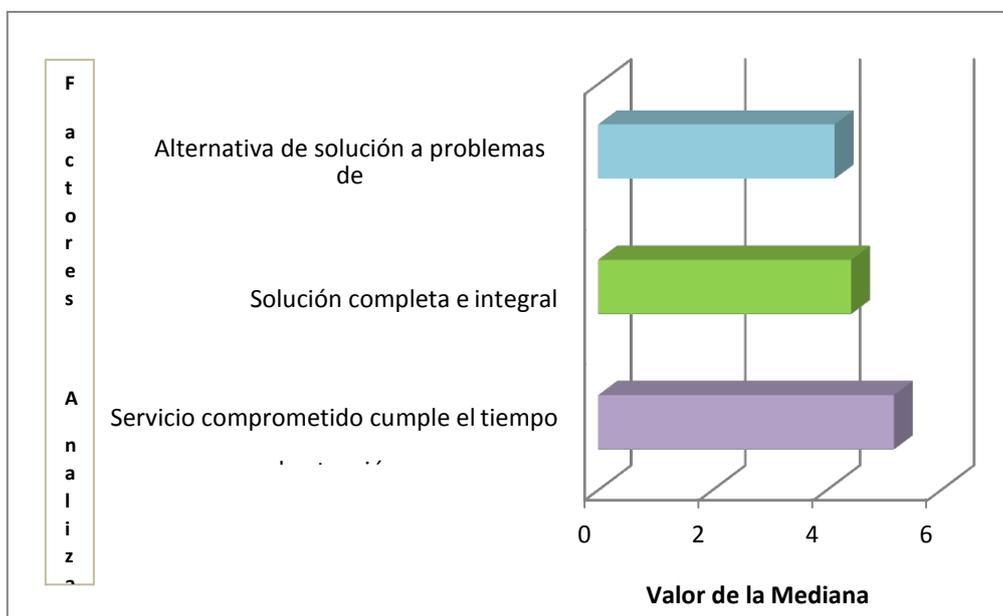


Figura 13. Percepción general sobre la orientación del establecimiento a la satisfacción del usuario.

Tabla 23.

Percepción sobre la calidad de la información y orientación otorgada al usuario

	Todos las áreas se preocupan por brindar la atención	Medios apropiados de información y reclamos	Disposición para atender quejas y reclamos	Información personal utilizada con precisión y confidencialidad	Diagnóstico y tratamiento se expresa de manera clara
N° Validos	151	151	151	151	151
Mediana	4	4	3	6	6
Media	3,83	3,66	2,98	6,07	5,46
Desviación Típica	1,72	2,07	1,47	0,75	1,48

Tabla 24.

Percepción sobre calidad de la atención que incluye capacidades y competencias del personal y trato otorgado a usuarios

	Conocimiento y competencias del médico	Conocimiento y competencias de funcionarios administrativos	Trato de los médicos	Trato de funcionarios administrativos	Trato de enfermeras y auxiliares de enfermería	Educación del servicio en prácticas de salud
N° Validos	151	151	151	151	151	151
Mediana	6	6	5	5	6	5
Media	5,72	5,40	5,24	4,13	5,30	4,20
Desviación Típica	1,57	1,27	1,20	1,91	1,52	1,91

Tabla 25.

Percepción resumen sobre la calidad de atención

	Satisfacción de las necesidades de salud	Satisfacción Global
N° Validos	151	151
Mediana	4	5
Media	4,48	4,73
Desviación Típica	1,17	1,12

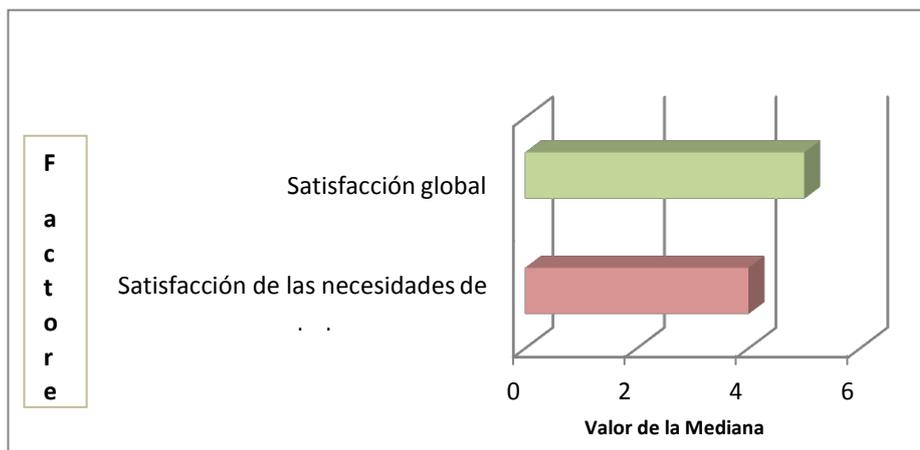


Figura 14. Percepción resumen sobre la calidad de atención global

3.6. Propuesta de intervención y de mejoramiento con participación comunitaria

Dentro de los objetivos específicos planteados al inicio del trabajo investigativo, uno de los principales ejes a la consecución de una potencialización del sistema de salud en el Ecuador es el diseño de estrategias encaminadas a la participación comunitaria de tal forma que conjuntamente se tomen decisiones y se implementen acciones en el beneficio de las familias en materia de salud.

Para esto partiendo de igual manera del análisis situacional de salud nos hemos propuesto desarrollar ciertas acciones en conjunto como las siguientes:

- Promocionar y difundir a través de los líderes comunitarios y personal de la salud el nuevo modelo de atención en salud (MAIS) para su conocimiento y aplicación integral.
- Fomentar el consumo y cultivo de alimentos propios de la región, con la creación de huertos familiares orgánicos, en la que también exista plantas medicinales como parte de la medicina ancestral potencializando un enfoque intercultural.
- Incentivar a los estudiantes de los centros educativos cercanos a la participación activa con proyectos encaminados al cuidado del medio ambiente como clasificación de sólidos, recolección de basura entre otros.

- Implementar proyectos de intervención por parte de los profesionales de la salud con colaboración de las autoridades de la parroquia principalmente en temas como: reforestación, saneamiento ambiental, educación para la salud y captación de pacientes.
- Realización de talleres de Psicología, Nutrición, Planificación familiar y Prevención de la salud con temas enfocados a pacientes crónicos, con el llamado “aprendo haciendo” e información de nuevas normas del ministerio.
- Mejor distribución del tiempo y actividades de todo el personal de la salud para una atención integral y oportuna con disminución del tiempo de espera de los usuarios externos para una mejor satisfacción del mismo.
- Organización con participación de cada uno de los miembros de la comunidad y de la parroquia al desarrollo de ferias de educación para la salud.
- Desarrollo del proyecto Escuelas sin Caries.
- Realización de evaluaciones periódicas anuales y semestrales del desarrollo de participación comunitaria y su relación con el personal de la salud, mediante encuestas e indicadores medibles.

3.7. Principales Falencias encontradas en el actual modelo de atención de salud (MAIS).

Teniendo en cuenta que el punto de referencia de la presente investigación es el Centro de Salud de Guapán y que toda la investigación realizada ya que mediante el uso y diseño de estrategias e indicadores podemos resumir en dos grupos las falencias del modelo de salud vigente, dentro de estas tenemos Falencias de orden administrativo y falencias de orden operativo.

3.7.1. Falencias de orden Administrativo:

- La asignación de presupuesto a las diferentes Unidades Operativas de primer nivel es deficiente ya que la mayoría se invierte en hospitales especializados y los centros de salud básicos quedan desabastecidos ya que esto se explica con el auto licenciamiento de cada unidad de salud con muchas deficiencias principalmente en equipos de tecnología, personal e infraestructura.
- No existe una correcta articulación con la red integral de salud.
- La agendación de pacientes se mantiene solo en hospitales básicos y especializados, como establecimientos del IESS y clínicas prestadoras externas, mientras que en los centros y puestos de salud del ministerio de salud carecen de estos servicios.
- Las referencias y contrareferencias se direccionan de establecimiento a establecimiento solo con papeles y muchas de las veces se retienen en los centros de referencia y no retornan a la historia clínica del centro de salud de primer nivel indicando que se le realizó al paciente.
- No se mantiene un registro en un banco de datos digital, de pacientes que acuden a los centros de salud del ministerio.
- Falta de auditoría médica, odontológica y demás servicios de la salud, así como trabajo social en los centros de salud de primer nivel.
- Falta de organización y convenios con universidades para capacitación continua de actualización y cursos para el personal operativo.
- Falta de estudios de producción, cobertura, eficacia y satisfacción del usuario para mejorar la atención médica.
- Falta de supervisión, control y seguimiento por provisión de servicios y autoridades responsables.
- La gestión nacional de talento humano no brinda estabilidad laboral por lo que existe una falta de seguimiento de los programas planteados por profesionales anteriores.

3.7.2. Falencias de orden operativo:

- Desconocimiento del modelo de atención de salud por parte del mismo personal de salud que labora en el centro de salud.
- Falta de planificación en las actividades con provisión de servicios y con el resto del equipo de salud.
- El diseño de atención y el tiempo destinado a la consulta dentro del establecimiento no es la idónea.
- El porcentaje de atenciones ambulatorias dentro del establecimiento superan con el 20% del 40% de lo requerido.
- Las actividades extramurales no se realizan en su totalidad, cuyo porcentaje es inferior a lo requerido, alcanzando solo un 25% del 60% esperado.
- No se cumple en su totalidad con los programas del ministerio, solo se realiza en un mínimo porcentaje.
- La eficacia asistencial medida en la investigación, está por debajo de la cobertura semestral óptima esperada con un 0,85 debajo de 1.
- Falta de implementación de proyectos comunitarios y ferias de salud incentivadas por el mismo personal del centro de salud.

3.8. Propuesta Estratégica

Una vez que se ha establecido el estudio y los resultados obtenidos a partir de los indicadores de salud, podemos emitir una propuesta de mejora a nivel general del manejo del modelo de atención de salud integral del Ecuador, ampliándose a diferentes campos teniendo y resumiendo los más relevantes, entre estos tenemos:

1. Llevar servicio de salud a los sectores más vulnerables que hoy están sin atención e implantar una estrategia preventiva en la población que ya goza de los servicios curativos.
2. Crear los Comités de Participación Comunitaria en Salud para evaluar la calidad, eficiencia, eficacia y oportunidad del servicio.

3. Difundir el programa Básico de Sanidad Ambiental en los colegios e impulsar programas para mitigar el impacto ambiental que generan los hogares y las industrias.
4. Ampliar la cobertura al ciento por ciento de la población.
5. Fortalecer medicinas alternativas como es la medicina ancestral y complementaria para un mejor enfoque intercultural.
6. Con la participación de toda la comunidad podemos promover estrategias en las que el paciente no sea dependiente del médico, sino autónomo y responsable de su propia salud.

Cada uno de los puntos descritos anteriormente se lo hace en base a una visión del punto de vista operacional, parte asistencial o tratante que es la que brindara la atención o servicio al usuario, enfocado y relacionando cada vez más a la participación de la comunidad.

A nivel administrativo se podría enumerar posibles soluciones como se planteó anteriormente con la teoría causativa:

- Obtener el compromiso de la alta dirección
- Establecer un consejo directivo de mejoramiento.
- Conseguir la participación total de la administración.
- Asegurar la participación en equipos de los empleados.
- Establecer equipos de mejoramiento de los sistemas.
- Establecer actividades que aseguren la calidad de los sistemas de salud.
- Desarrollar e implantar planes de mejoramiento a corto y largo plazo.
- Establecer un sistema de reconocimientos.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

Finalmente lo que se ha establecido en este presente trabajo investigativo es conocer de manera clara las falencias operativas en el primer nivel de atención, teniendo como muestra significativa de análisis y estudio al centro de salud Guapán antes mencionado, y que los indicadores de la producción nos revela porcentajes de cumplimiento parcial en actividades propias del modelo de atención integral y comunitario resumiéndolas a continuación los principales problemas de carácter administrativo y operacional del MAIS:

La asignación de presupuesto a las diferentes Unidades Operativas de primer nivel es deficiente ya que la mayoría se invierte en hospitales especializados y los centros de salud básicos quedan desabastecidos.

No existe una correcta articulación con la red integral de salud.

No se mantiene un registro en un banco de datos digital, de pacientes que acuden a los centros de salud del ministerio.

Falta de auditoria médica, odontológica y demás servicios de la salud, así como trabajo social en los centros de salud de primer nivel.

Desde el licenciamiento de cada unidad operativa la Gestión Pública de Políticas de Salud no ha establecido un correcto financiamiento y presupuesto para la debida Infraestructura y así una correcta categorización de cada unidad operativa según la funcionabilidad de las mismas, clasificándolas de esta manera en puestos de salud, centros de salud tipo A, tipo B, tipo C, etc., que por esos detalles no cumplen con las expectativas para un plan estratégico y desarrollo óptimo del actual modelo de atención de salud.

La gestión nacional de talento humano no brinda estabilidad laboral por lo que existe una falta de seguimiento de los programas planteados por profesionales anteriores.

Existe un reducido número del talento humano que presta atención a nivel comunitario como por ejemplo en las visitas domiciliarias, siendo este último, actividad propia del técnico de atención primaria de salud (TAPS) que no abastece por número poblacional y demás fuerzas de resistencias propias de cada comunidad, además de la falta de conocimiento de los programas del MAIS.

El equipamiento de cada unidad operativa es deficiente en recursos tecnológicos para ayuda diagnóstica y programas de red para una mejor clasificación y referencia de pacientes.

Desconocimiento del modelo de atención de salud por parte del mismo personal de salud que labora en el centro de salud.

A nivel zonal y distrital existe una falta de seguimiento a los programas del ministerio de salud pública, así como también un déficit de capacitación constante al personal operativo que labora en cada unidad, enfocándose en temas de calidad de atención y prestación de servicios de salud.

Finalmente la carencia de proyectos de intervención y estudios investigativos de análisis y evaluación constante de desempeño de las guías de práctica clínica y de los protocolos de atención y del modelo de atención integral de salud en las comunidades para el respectivo mejoramiento y así reducir riesgos potenciales que aquejan a la población en general.

4.2. Recomendaciones

Para las recomendaciones finales de todo el trabajo investigativo me he valido de los indicadores porcentuales del cumplimiento operativo de la unidad en

mención y de cada ítem de las conclusiones anteriormente mencionadas y estas podrían resumirse así mismo en 5 ejes principales:

Mejor asignación del presupuesto y financiamiento equitativo por parte de las zonales para el requerimiento a nivel nacional y categorización optima de cada una de sus unidades operativas clasificadas correctamente de acuerdo al sitio y actividades de atención que prestaría dicha unidad.

De igual manera dentro del licenciamiento en infraestructura abarca el equipamiento y la asignación de recursos tecnológicos para ayuda de los profesionales médicos en la pericia diagnostica, así como también una mejor asignación de los mismos, valiéndose de los recursos de la red para la derivación oportuna a los centros asistenciales de segundo y tercer nivel de atención, y finalmente dentro de esta última, establecer una base de datos clínicos de cada paciente con su historia de enfermedad para una búsqueda eficaz y posterior seguimiento y control del mismo.

Establecer convenios inter institucionales con universidades acreditadas y especializadas en temas de salud pública, para de esta manera capacitar constantemente al personal clínico que labora en las unidades del primer nivel de atención mediante cursos de actualización médica y de guía clínica con su respectiva evaluación, para obtener mejores resultados en los servicios prestados al usuario que acude a los centros de salud públicos del país.

De igual manera dentro de este ítem habíamos comentado que a nivel zonal y distrital no ha existido una correcta supervisión de los avances y de los resultados del modelo de atención integral de salud, en lo que a nivel distrital se debería implementar una guía de evaluación del modelo de salud mediante indicadores que lo manejaría directamente provisión de servicios para de esta manera tener un mejor seguimiento y con esos indicadores establecer metas para cada año antes de la elaboración del POA.

El tema de conducción hacia un cambio lo realiza el ser humano y sin dejar de lado el ítem anterior esta íntimamente ligado al número de profesionales sobre todo que presta sus servicios en la unidad operativa, lo que como recomendación en este punto sería seguir implementando estas carreras de formación dual como hablé anteriormente de los técnicos superiores en atención primaria de salud (TAPS) quienes serán el nexo entre la unidad operativa y los sitios de menor acceso, de igual manera trabajar con la participación de la misma comunidad con los líderes comunitarios no dejar de un lado la medicina ancestral y temas de interés social, y finalmente la incorporación de nuevos profesionales que trabajen más en la captación de riesgos y problemas potenciales surgidos en la comunidad.

Que se dé importancia al buzón de quejas, ya que no se utiliza correctamente y se lo mantiene aislado, indicar a los usuarios que pueden hacer uso del mismo, si se tiene algún problema.

Difundir el programa Básico de Sanidad Ambiental en los colegios e impulsar programas para mitigar el impacto ambiental que generan los hogares y las industrias.

Establecer consejos directivos de mejoramiento, ya que con los mismos poder determinar a tiempo las falencias del actual modelo de salud a corto, mediano o largo plazo.

Crear los Comités de Participación Comunitaria en Salud para evaluar la calidad, eficiencia, eficacia y oportunidad del servicio, mediante la ayuda de los indicadores propuestos en esta tesina.

Finalmente la elaboración de proyectos de intervención en la comunidad para de esta manera concientizar mejor a la comunidad y la participación activa de los mismos, que los pudieran realizar los mismos estudiantes de los colegios de la comunidad en convenios con el ministerio de salud pública, así de igual

manera mejorar las guías de práctica clínica que sean cada vez mejores en calidad de atención al usuario y finalmente si se podría establecer en cada centro de salud, sitios o departamentos de investigación basados en incidencia y prevalencia de posibles enfermedades de contagio y de etiología contaminante que ayudaría a la prevención y manejo oportuno en cada sitio de riesgo y de esta manera reducir y erradicar algunos problemas de salud de la sociedad.

REFERENCIAS

- Analisis Situacional de Salud. (2016). *ASIS*. Azogues.
- Angel, H. S. (1999). *Control de gestión y evaluación de resultados en la gestión Pública*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- autores, C. d. (2010). *Guía Terapeutica para la Atención Primaria en Salud*. La Habana: Ciencias Medicas.
- Axel Kroeger, R. L. (2000). *Atención Primaria en Salud Principios y Metodos*. Mexico: Editorial Pax México, Librería Carlos Césarman, SA. .
- colaboradores, P. G. (2015). *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona: Elsevier Mason.
- DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PÚBLICA. (2012). *Guía para la construcción de indicadores de gestión* . Bogotá.
- Héctor Hernández Llamas, J. M. (2006). *Innovaciones en gestión hospitalaria en México: El caso de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad / HRAE. MEXICO*.
- INEC. (2014). *Accesibilidad de Servicios de Agua Potable*. Azogues.
- INEC. (2015). *Accesibilidad de Servicios de Agua Potable*. Azogues.
- Martín Zurro, A. J. (2011). *Atención Familiar y Comunitaria*. Barcelona: Elsevier.
- Metodología de la Investigación Científica*. (1995). Merida Venezuela.
- Minga, D. P. (2007). *Gestión de Operaciones*. Catalunya.
- Ministerio de Salud del Peru. (2013). INDICADORES DE GESTIÓN Y EVALUACIÓN HOSPITALARIA, PARA HOSPITALES, INSTITUTOS Y DIRESA. Lima, Perú.
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Manual de Atención Integral de Salud*.
- Ministerio de Salud Publica. (2015). *Poblacion Guapan*. Azogues.
- Ministerio de Salud Publica. (2016). *Marco Conceptual de la Teoría del MAIS*. Azogues.
- Ministerio de Salud Publica. (2016). *Registro Diario Automatizado de Atenciones Ambulatorias*. Azogues, Cañar, Ecuador.

- Monje, C. A. (2011). *Metodología de la Investigación Científica Cuantitativa y Cualitativa: Guía Didáctica*. Colombia.
- Morales, R. (2010). *GESTION DE OPERACIONES*. Recuperado de <http://gestion-de-operaciones.blogspot.com/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2001). *Logística y gestión de suministros humanitarios en el sector salud*. Washington, D.C.
- Paneque, R. E. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *Revista Cubana Salud Pública* 2004, 30(1).
- Restrepo, H. (2001). *Promoción de la Salud: Como construir una vida saludable*. Bogotá: Panamericana.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013 - 2017). *Plan Nacional del Buen Vivir*. Recuperado de <http://www.buenvivir.gob.ec>
- Solà, A. M. (2011). *Atención primaria de salud y Atención Familiar y Comunitaria*. España: Elsevier.
- Unidad Operativa Guapan Distrito 03D01. (2016). *Isometría e Isocronía*. Azogues.

ANEXOS

ANEXO 1

ENCUESTA A PERSONAL DE LA U. O. GUAPAN PERIODO 2016 – 2017

TEMA CENTRAL: DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES INHERENTES AL ACTUAL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD (MAIS)

MARQUE CON UNA **X** SEGÚN PROFESIONAL DE LA SALUD

MEDICO () ODONTOLOGO () ENFERMERA () AUX. ENF. () OBSTERTIZ () MEDICO FAM. () TAPS ()

Señale las opciones según corresponda con la información consolidada mensualmente

1. ¿Cuántos pacientes en promedio registra diariamente en su consolidado diario?

- a. 10
- b. más de 10
- c. 20
- d. más de 20
- e. 25 a mas

2. El tiempo total que destina para las consultas ambulatorias en el día es:

- a. 8 horas
- b. menos de 8 horas
- c. más de 8 horas
- d. realiza otras actividades de prevención dentro de las 8 horas laborables

3.- Su atención se centra principalmente en:

- a. Curar
- b. Aliviar síntomas
- c. Prevención
- d. Promoción
- e. Otras actividades

4. Realiza charlas como actividades de promoción y prevención en salud comunitaria

- a. diariamente
- b. 2 veces por semana
- c. 1 ves por semana
- d. 1 ves al mes
- e. No realiza

5. Realiza proyectos extramurales en las comunidades asignadas a la U. Operativa

- a. Nunca
- b. A veces
- c. Cuando programa el distrito
- d. Casi siempre

6. Conoce en su totalidad la política del MAIS y la gestión publica de la Red de Salud integral

- a. Parcialmente
- b. Íntegramente
- c. Desconoce

7. La programación y ejecución de sus visitas domiciliarias son:

- a. diariamente
- b. semanalmente
- c. mensualmente
- d. No realiza visitas domiciliarias

8. Los cuidados paliativos de sus pacientes los hace:

- a. Dentro de la unidad
- b. Fuera de la unidad

9. Ha identificado a pacientes de alto riesgo, vulnerabilidad y embarazadas

- a. muchos
- b. nada
- c. algunos

10.- Realiza brigadas de salud con el equipo de EAIS

- a. siempre
- b. esporádicamente
- c. nunca

11. El control y seguimiento de pacientes discapacitados los realiza:

- a. semanalmente
- b. mensualmente
- c. anualmente
- d. espera que llegue a la unidad

12. Utiliza siempre los protocolos del MSP para el diagnóstico y tratamiento de pacientes:

- a. Siempre
- b. a veces
- c. Nunca uso

13. Realiza actividades de salud escolar:

- a. frecuentemente
- b. esporádicamente
- c. no lo hago

14. A su criterio piensa que el MAIS ha sido exitoso como modelo de salud.

- a. muy exitoso
- b. exitoso
- c. satisfactorio
- d. regular
- e. no exitoso

FOTO: Encuesta realizada al Personal de la Salud de la U.O. Guapán



FOTO: Visitas domiciliarias realizadas por el personal de la U.O de Guapán

