

**ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DEL
LITORAL**

**ESCUELA DE POSTGRADO EN ADMINISTRACION DE
EMPRESAS**

PROGRAMA DE GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

TERCERA PROMOCION

TRABAJO DE GRADUACION

ESTUDIO DE CASO:

**PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS EN UNA AREA
DEMOSTRATIVA DE SALUD A NIVEL URBANO
MARGINAL EN EL SURORIENTE DE QUITO**

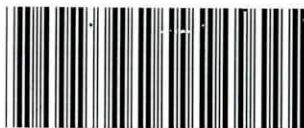
REALIZADO POR:

DR. FERNANDO CALDERON



DIRIGIDO POR:

DR. ERNESTO TORRES



DP-04094

GUAYAQUIL, FEBRERO 2 DE 1998

RESUMEN EJECUTIVO

La formación de administradores o gerentes en materia de apoyo a la gestión de los servicios de salud sobre todo a nivel ambulatorio o de cierto nivel de complejidad, vuelve imprescindible la recuperación de metodologías participativas y novedosas en el proceso de formación de los recursos humanos, para enfrentar los desafíos presentes y futuros tanto de formación de los recursos como de la calidad de las unidades o servicios de salud tanto a nivel del estado como privados, considerando los cambios en el proceso de modernización de los servicios de salud así como los procesos de descentralización y la separación entre gestión, financiamiento y prestación de los servicios de salud así como las nuevas formas o maneras de participación de los conjuntos sociales.

Es ampliamente percibido que los servicios de salud del estado no son buenos, en especial los de menor complejidad, en lo que se refiere a una gestión efectiva y eficiente; cuya calidad y calidez evidentemente debe mejorar frente a la oferta de servicios que realizan los proveedores privados y frente a los cuales la capacidad de competir es obviamente nula o pequeña.

En el contexto actual en donde el liderazgo sectorial del sector salud en materia de enfoques saludables y prestación solidaria, eficiente y eficaz, parece empezar a hacerse presente es importante fortalecer a los recursos humanos con una sólida formación en materia de gestión de los servicios, para que puedan enfrentar los nuevos retos que se avecinan sobre todo en materia de prestación y aun mas de financiamiento de los mismos, lo que implica desarrollar habilidades y destrezas que permitan gerenciar en forma más adecuada los mismos.

Todo lo anterior implica apuntalar un nuevo modelo de prestación y financiamiento que se oriente a prevenir y promover la salud de la sociedad civil reorientando desde luego el escaso y mal distribuido gasto en salud, consolidando una manera adecuada de gestionar los servicios y evitando la perniciosa fragmentación del sector salud así como la ineficiente capacidad de administrar ese escaso presupuesto estatal en salud.

Atención particular merece la deficiente formación y escasa diversidad y eficacia de las metodologías de formación de los recursos humanos así como su utilización, distribución y la persistencia de condiciones de trabajo que no favorecen su buen desarrollo lo que incide en la baja calidad de la prestación de servicios de salud.

Es importante señalar que así como en el análisis de los servicios, no se separa generalmente el modelo de sistemas de atención de salud del modelo de gestión de los servicios de salud, de la misma manera en la formación de recursos a mas de los contenidos entregados es preciso recuperar metodologías que posibiliten tener modelos pedagógicos de calidad, de tal manera que la participación, la creatividad, la realidad y sobre todo los nuevos paradigmas educativos sean incorporadas en los procesos de enseñanza aprendizaje.

Es preciso señalar, como lo dijo Mc. Luhan, que asistimos a una época de transformación de los medios, esto implica renovación en concepciones, paradigmas, metodologías de intervención y aprendizaje, pero también es un tiempo de reciclamiento en una octava superior de los saberes acumulados; es por esta razón que en base a la experiencia personal he encontrado en el Método de Casos, una cantera de posibilidades para fomentar el discernimiento, las eternas posibilidades de creatividad, participación, horizontalidad, desconcentración del saber y descentralización del poder del conocimiento de quien enseña y quien detenta el poder de la verdad y de la no verdad, que posibilita a la vez nuevos caminos de aprendizaje y porque no decirlo de liberación del conocimiento, pues a la final que son los conocimientos en textos o libros, sino herramientas que deben y pueden ser usados cuando se debe y se necesita de acuerdo a la realidad.

“Para desarrollar la sensibilidad, se debe aprovechar toda oportunidad; y despertar el júbilo que hay en contemplar no solo la belleza creada por el hombre, sino también la belleza de la naturaleza, con la mente en reposo (silenciosa tranquilidad del no pensamiento - completa cesación del proceso de pensar -), sin haber sido coaccionada o adiestrada ni siquiera para la quietud, porque en el silencio y el ego inactivo es cuando realmente hay creación, estado en el cual la Verdad puede manifestarse”.

Jiddu Krishnamurti

El tiempo, los acontecimientos o la sola acción individual del pensamiento consiguen a veces socavar o destruir una opinión, sin que exteriormente nada parezca haber cambiado....Ninguna conspiración se ha formado en contra suya, pero sus seguidores, sin hacer ruido, comienzan uno a uno a abandonarla. Mientras que sus adversarios permanecen mudos, o sólo en secreto se comunican sus pensamientos, ellos mismo permanecen durante un largo período inconscientes de que efectivamente ha tenido lugar una gran revolución.

Alexis de Tocqueville

Y yo me esfuerzo en descubrir como hacer una señal a mis compañeros...., como decir a tiempo una simple palabra, una contraseña, como hacen los conspiradores: unámonos mantengámonos estrechamente unidos, fusionemos nuestros corazones, creemos un solo cerebro y corazón para la tierra, demos un significado humano al sobrehumano combate.

Nikos Kazantzakis

La perspectiva inmediata para el hombre fragmentado de occidente, al tropezarse con la implosión eléctrica dentro de su propia cultura, es su transformación firme y rápida en una persona

compleja...emocionalmente consciente de su total interdependencia con el resto de la sociedad humana. ¿ Acaso no podría esta traducción actual de nuestras vidas a la forma espiritual de la información, hacer de todo el globo y de la familia humana una única conciencia ?
Mc Luhan

Lo cierto es que el futuro no será una continuidad del pasado sino una serie de discontinuidades no lineales.
Rowan Gibson

INDICE

I. DEDICATORIA

II. AGRADECIMIENTO

III. OBJETIVO GENERAL

IV. OBJETIVOS ESPECIFICOS

V. ASPECTOS METODOLOGICOS: EL METODO DE LA DISCUSION DE CASO

V. A MANERA DE INTRODUCCION

VII. DESARROLLO DEL CASO:

◇ ANTECEDENTES

◇ REALIDAD ACTUAL Y DESENVOLVIMIENTO ORGANIZACIONAL

◇ PERFIL EPIDEMIOLOGICO

◇ DETERMINANTES DE LA SITUACION DE SALUD

◇ PARTICIPACION SOCIAL

◇ RECURSOS HUMANOS

◇ ANALISIS ESTRATEGICO

◇ FORTALEZAS

◇ DEBILIDADES

◇ OPORTUNIDADES

◇ AMENAZAS

◇ ESTRATEGIAS DE INTERVENCION INMEDIATAS Y MEDIATAS

◇ RETOS DEL PROCESO

◇ VISION, MISION

◇ DEFINICION DEL NUEVO MODELO DE ATENCION

◇ RETOS PARA EL FUTURO

VIII. NOTA PEDAGOGICA

◇ INTRODUCCIÓN

◇ OBJETIVOS

◇ CUERPO DEL PROBLEMA

◇ DESARROLLO DE CAPACIDADES PARA ANALIZAR

◇ POR QUE EL METODO DE UN CASO COMO TESIS ?

DEDICATORIA

A los pacientes, razón de ser de nuestro estudio y formación; en especial a aquellos que acuden a los servicios de salud a nivel urbano marginal y rural y que en la antesala del siglo XXI, aún reciben una dádiva de un derecho, que por ley les corresponde y que a veces por inconsciencia se lo niegan a sí mismos.

A todos quienes recorren los “caminos de la cura” en espera de que juntos y diversos vayamos descubriendo cual es nuestra más alta misión: devolver la salud a los pacientes que es lo que se llama CURAR.

A Sandry, Kathy y Paula, mis seres queridos, por su amor y compañía durante este tiempo y por haberme permitido robarles este tiempo, que es su tiempo, en este proceso de “estar abierto” al aprendizaje y en la búsqueda del sueño de encontrar una Nueva Ciencia de Curar o lo que puede denominarse: “saludología”.

AGRADECIMIENTO

Quiero dejar constancia de mi agradecimiento a quienes hicieron posible culminar con éxito la meta propuesta e :

Iniciar el camino adecuadamente por los derroteros de la Gerencia de Servicios de Salud

A mis familiares por su comprensión y apoyo pues han fortalecido mi espíritu de superación.

A la Escuela Superior Politécnica del Litoral, Escuela de Postgrado en Administración de Empresas, por todos los conocimientos adquiridos a través de sus distinguidos profesores nacionales y extranjeros, a quienes hago extensivo mi agradecimiento.

A las prestigiosas instituciones: Ministerio de Salud Pública, Dirección Provincial de Salud de Pichincha, Area de Salud No. 4, al Proyecto FASBASE, AID, en algunas de las cuales orgullosamente presto mis servicios profesionales, por todas las facilidades que me proporcionaron para el cumplimiento de mis obligaciones académicas.

Al Señor Doctor Ernesto Torres Terán, tutor y amigo, quien desde el inicio y durante todo el proceso, supo fomentar altos criterios gerenciales, aptitudes de liderazgo, amistad y trabajo en equipo.

A MANERA DE INTRODUCCION

Un análisis de estudio de caso es parte integral de un curso de Gerencia o Administración Estratégica. El propósito del presente consiste en proporcionar a los estudiantes futuros, experiencias sobre problemas que de este tipo, tendrán en las organizaciones reales. En realidad es un informe de lo sucedido en un Servicio de Atención Primaria durante algunos años. Se registra una crónica de los acontecimientos que deben enfrentar los gerentes, como cambios en el comportamiento organizacional y muestra la respuesta que implica un cambio de estrategia en el ámbito de la corporación. El caso presentado cubre en realidad una amplia variedad de aspectos y problemas para los gerentes involucrados en este tipo de procesos.

Cada caso es diferente dada la contextualidad interna y externa en que se desenvuelven los servicios, sin embargo, la conexión es implícita en todos los casos como el actual, u otros parecidos.

Los casos son valiosos en el curso de la Administración Estratégica por varias razones. En primer lugar proporcionan el conocimiento de los problemas organizacionales para quienes no han tenido la oportunidad de vivenciarlos en forma directa. De una forma sistemática y corta quien tiene acceso al caso puede apreciar y analizar los problemas que enfrentaron distintas compañías y como se trata de entenderlo desde una gerencia moderna y adecuada.

En segunda instancia, los casos ilustran la teoría y contenidos de la Administración Estratégica y al analizarlos permiten evaluar las soluciones adoptadas para asumir los problemas. Los altos gerentes disfrutan del desafío de evaluar habilidades para la solución de problemas del mundo real. Es importante recordar, después de todo que nadie tiene la última respuesta. Lo que los gerentes pueden hacer es el mejor pronóstico. De hecho manifiestan que serían felices si acertaran solo la mitad de la solución de los problemas estratégicos. La Administración Estratégica constituye un juego incierto y utilizar casos para ver como se puede poner en practica la teoría es una forma de mejorar las habilidades de investigación diagnostica.

En tercer lugar los estudios de caso brindan la oportunidad de participar y ganar experiencia al exponer ideas a los demás. En algunos casos el profesor podrá organizar sus perspectivas y conclusiones de manera que las pueda presentar, sus colegas pueden analizar los problemas en forma diferente y desearán una sustentación de sus puntos antes de aceptar conclusiones. Por tal razón es mejor prepararse para

un debate. Esta forma de discusión constituye un ejemplo de enfoque dialéctico para la toma de decisiones.

Los profesores también pueden asignar un individuo o más comúnmente a un grupo el análisis de un caso ante el resto de estudiantes. El individuo o grupo probablemente será responsable de una exposición de caso durante 30 a 40 minutos. Esta debe cubrir los aspectos implicados, los problemas que enfrenta el servicio y una serie de recomendaciones para resolverlos. Luego se abrirá la discusión y el expositor defenderá sus ideas. A través de tales análisis y exposiciones se tendrá la oportunidad de presentar las ideas propias en forma efectiva ante los demás. Recuérdese que gran tiempo de los gerentes se emplea en este tipo de situaciones, presentando sus ideas y comprometiéndose en este tipo de análisis con otros gerentes quienes tienen sus propios puntos de vista sobre lo que esta sucediendo. Así se experimentará en el salón de clases el proceso real de la Administración Estratégica, y experiencia que le servirá al interesado en su futura carrera.

Si se trabaja en un grupo para analizar estudios de caso, también habrá un aprendizaje acerca del proceso de grupo implicado en el trabajo conjunto. Cuando las personas se desempeñan en grupo a menudo es difícil programar el tiempo y asignar responsabilidades para el análisis de caso. Siempre habrá miembros que eludan responsabilidades o que estén tan seguros de sus propias ideas que tratarán de predominar en el análisis de grupos. Sin embargo, la mayor parte de la administración estratégica tiene lugar en grupos y es mejor si el interesado aprende ahora acerca de estos problemas.

Los casos son materiales especialmente preparados para incitar discusión en clase, no para transmitir información ni para desarrollar un argumento. Se trata de la narración de experiencias, algunas dramáticas, que han tenido profesores en la conducción de sus clases, experiencias que se analizan y evalúan en la discusión del seminario

El método se basa en las preguntas más que en las respuestas: **es un método activo, no dogmático, centrado en quien aprende y no en quien enseña. Se trata de que los estudiantes desarrollen sus propios criterios: se trata de formarlos antes que de informarlos.**

OBJETIVO GENERAL:

Estructurar la presentación y el desarrollo de un CASO sobre en el manejo técnico administrativo de una Area de salud a nivel urbano marginal al Sur de la Ciudad de Quito, como instrumento de apoyo pedagógico, para los alumnos en proceso de aprendizaje de enfoques modernos de gerencia de servicios de salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Desarrollar un caso basado en una experiencia real que permita analizar las dificultades técnico administrativas en la prestación de servicios ambulatorios.
2. Estructurar la correspondiente nota pedagógica con el objeto de desarrollar capacidades para analizar el caso correspondiente
3. Desarrollar elementos de análisis que justifiquen la incorporación del método de casos dentro de los procesos de enseñanza aprendizaje.

EL METODO DE DISCUSION DE CASOS (ASPECTOS METODOLOGICOS DE IMPORTANCIA)

El caso es una descripción de una situación real, que se discute en clase bajo la dirección de un facilitador. las soluciones de un caso son imperfectas, por lo que no se trata entonces de resolver problemas en grupo para encontrar la solución correcta. Toda teoría es necesariamente una simplificación de la realidad, y **un buen caso incorpora la realidad en todas sus contradictorias dimensiones**, por lo cual el caso tampoco es equivalente al ejemplo de teorías o esquemas, pues al ceñirse una realidad no simplificada se presta a variadas interpretaciones y a explicaciones diversas.

En el método de casos importan por igual los contenidos de la materia como el proceso mismo de conocerla; este proceso ayuda a formar a los estudiantes una capacidad para enfrentar situaciones nuevas con criterios propios, pues la responsabilidad del profesor va más allá de transmitir unos conocimientos: **se trata de que los estudiantes aprendan a pensar por su cuenta.**

Los casos son la estrategia metodológica por excelencia en las escuelas de gerencia; pero tienen importancia en derecho, sicología, educación y podría funcionar en muchos otros campos donde sea importante el desarrollo del criterio propio de cada estudiante. Por contraste la conferencia magistral tiene ventajas para transmitir conocimientos, pero tiende a ser menos formativa y más dogmática. Todas las soluciones son imperfectas, no existe una respuesta correcta, ni siquiera la del coordinador de la sesión.

ENSEÑANZA DE LA GERENCIA EN SALUD A TRAVES DEL METODO DE CASOS:

El método de casos es un enfoque para enseñar gerencia que ha demostrado ser útil en un buen número de universidades y programas de educación en administración de salud alrededor del mundo. Aunque los casos ejemplos han sido usados para la mayoría de los profesores para ilustrar y complementar las clases y lecturas fue en la Universidad de Harvard donde como un enfoque fundamental para la enseñanza se desarrollo en forma integral la metodología de casos, de manera más notable en la Escuela de Negocios y Derecho, en donde esta metodología era utilizada como método primario de instrucción.

La mayoría de los programas educacionales no utilizan la metodología de casos de manera exclusiva sino que la aplican para estimular el pensamiento crítico y la solución de problemas en cursos teóricos básicos, así como en la enseñanza de solución a problemas y toma de decisiones en gerencia, como una habilidad fundamental que es requerida para que los gerentes sean efectivos en los distintos niveles de responsabilidad de las organizaciones de salud.

¿Qué es la metodología de casos y cuales son las ventajas de la enseñanza a través de este método?

A veces existe una falta de claridad con relación a la definición de que es un caso o un estudio de caso o un ejemplo de un caso. En una forma genérica un caso describe una situación o un evento ficticio o real que puede ser utilizado para ilustrar un cierto principio teórico o un tipo de problema o un asunto que los gerentes necesitan resolver como parte de su papel en las organizaciones.

En la introducción del libro de Rakich (Casos en la Gerencia de Servicios de Salud) el autor identifica varios objetivos de la metodología de estudio de casos y la compara con metodologías tradicionales de enseñanza en el salón de clases.

Estos objetivos incluyen:

- Desarrollar habilidades para la solución de problemas y la toma de decisiones gerenciales;
- Facilitar la integración de la teoría con situaciones reales;
- Estimular discusiones entre los estudiantes que prueben su experiencia y valores;
- Proporcionar una exposición rápida al conocimiento, habilidades y al arte de la gerencia, que ordinariamente requiere mucho más tiempo y experiencia para adquirirse.

Los casos requieren que el estudiante se identifique activamente con la gerencia o con la persona que tomará decisiones y de una forma simulada experimente los retos intelectuales y las presiones políticas que acompañan la práctica cotidiana de la toma de decisiones.

Se requiere que claramente identifiquen cual es el problema real en cada caso y que separen los hechos importantes de los no trascendentes. Así mismo que hagan la distinción de cuando los hechos son incompletos o están en conflicto

En el curso de la Universidad de Wisconsin en el que se analizan 12 casos en un semestre, el método permite que los estudiantes vivan 12 diferentes organizaciones y que hagan 12 decisiones complejas en un ambiente de salón de clases lo que es menos riesgoso que una situación de trabajo verdadera. Al principio del curso los estudiantes generalmente comentan que estas situaciones no pueden ser reales y dudan si ellos se encontrarán alguna vez ante la necesidad de tomar una decisión similar; una de las más grandes satisfacciones como profesor, es cuando los estudiantes regresan después de seis meses de haber estado en el trabajo informan que se han visto expuestos a uno o más problemas similares a aquellos que se presentaron en el curso y que la práctica que tuvieron en el salón de clase fue muy útil y les permitió manejar la situación real con más efectividad.

¿Cómo pueden los casos ser enseñados más efectivamente?

La gente piensa que este método carece de rigurosidad y requiere menos esfuerzo que los tradicionales pero para tener éxito su enfoque debe ser riguroso.

Para el instructor **el primer requisito es el conocimiento cabal de los hechos que se presentan en el caso.** Esto no suele ser siempre tan fácil como parece. Cuando se revisa un caso previo a impartir una clase que se ha enseñado varias veces uno frecuentemente descubre nuevos hechos o sutilezas que no habían aparecido anteriormente. Cuando la solución requiere hacer cálculos u otros análisis como de productividad y rendimiento en el caso de salud es esencial revisarlos y tenerlos a mano para la discusión del caso. **El segundo requisito es que los objetivos educativos para el caso deben estar muy claramente definidos con anticipación.** De acuerdo a nuestra experiencia los asuntos críticos son visualizados por los estudiantes pero invariablemente pasan de largo otros asuntos importantes o sólo los mencionan brevemente. Es necesario dejar siempre tiempo suficiente para cubrir esos puntos esenciales en la discusión de clases o al final de ella.

Probablemente este es el papel más importante que el instructor tiene que jugar y consiste en que se convierte en un facilitador de la discusión en grupo, mientras que en las conferencias es básicamente un transmisor de conocimiento unidireccional. Si los estudiantes han preparado un caso adecuadamente con anticipación y han dedicado varias horas a entender los hechos y llegar a conclusiones determinadas se encuentran generalmente en posición de compartir sus análisis y soluciones de una manera activa. Antes de la discusión de clases se le puede solicitar al estudiante que escriba un **memorando de dos paginas en el que resuma los hechos y asuntos claves**, así como los pros y contras de cada una de las opciones, además de escoger un curso de acción y proponer un plan para la instrumentación y la acción.

En algunos casos uno puede iniciar preguntando cuales son los hechos y asuntos claves en cada caso, para estar seguro que se han identificado los más importantes. En otras ocasiones uno puede iniciar por el siguiente paso que consiste en pedir a un estudiante que describa brevemente la opción que recomienda y las fuerzas y debilidades que tiene esta alternativa. Los demás estudiantes son alentados para que agreguen fuerzas y debilidades de las opciones que escogieron en sus análisis. En este momento generalmente se establecen pocos comentarios y más bien se le pide a otro estudiante que defienda una segunda opción posible de manera similar.

Si el caso ha sido escrito con cuidado, las posibles opciones estarán relativamente balanceadas y varias pueden ser correctas dependiendo de las circunstancias. Aún en el caso que el instructor tenga un cierto prejuicio hacia cual solución es la preferible para él, es importante que no muestre cual es su preferencia hasta que se haya dado la oportunidad a los estudiantes de defender sus soluciones potencialmente correctas. En nuestra experiencia, sin embargo, los estudiantes aprecian la oportunidad de escuchar

la opinión del profesor al final de la discusión sobre la opción que hubiera el escogido y por que razones.

Para los estudiantes **el método requiere de una participación mucho más activa en la clase** para alcanzar los beneficios completos de este método. Por otro lado es esencial que los profesores dediquen **varias horas de trabajo a la preparación de la discusión**. Es posible que los estudiantes participen en la discusión después de haber solo dado una leída superficial al caso. Pero es entonces cuando su preparación es mínima y los hechos no se dominan, los pros y contras de las varias alternativas no se entienden claramente y lo más importante es que el estudiante tiene problema para identificarse con el tomador de decisiones de manera que la solución correcta no se alcanza. Esta es una de las razones por las que se puede solicitar que se haga un documento que se puede ir revisando cada semana antes de la discusión de la clase. Un beneficio adicional de este requisito es que el instructor conozca el razonamiento que ha seguido el estudiante para analizar el caso y pueda preparar comentarios o preguntas que pongan en evidencia algunos puntos o alternativas que no han sido cubiertos por la mayoría de los estudiantes.

La diferencia más significativa para los estudiantes es la importancia que tienen las habilidades de comunicación tanto individual como grupales. Deben de ser capaces de transmitir sus opiniones clara concisamente pero también permitir que otros expresen sus puntos de vista y aceptar críticas y retos a su propio análisis o soluciones propuestas al caso. La experiencia de aprendizaje más sólida muchas veces se da cuando un estudiante escucha a otro proponer una solución que es sustancialmente diferente de la suya con argumentos válidos y convincentes. Esto no sólo remarca la posibilidad de otra solución correcta, sino que estimula el estudiante para que trate de entender cuales son los hechos, experiencias, valores que hacen que uno de sus colegas llegue a una conclusión diferente.

El proceso analítico

Es útil señalar a los estudiantes el **procedimiento** para abordar el caso especialmente **al principio** o para aquellos que relativamente son inexpertos:

- La valoración de una base de información;
- Identificación de problemas y asuntos claves;
- Formulación de alternativas de solución;
- Evaluación de alternativas;
- Identificación de un curso de acción recomendado;

- Y el diseño de un plan de acción o instrumentación.

En el componente de valoración de una base de información, es esencial que cuando no exista la información necesaria o los hechos estén en conflicto (que es un factor común en las situaciones gerenciales) el estudiante sea estimulado para que asuma algunos de estos hechos cuando sea necesario, siempre y cuando sean claramente identificados como tales y se sustenten de una forma racional. Algunos estudiantes más experimentados y frecuentemente los que ejercen su practica profesional, pasaran con más ligereza la identificación de opciones alternativas y se irán rápidamente a la solución propuesta y al plan de instrumentación. Frecuentemente estos planes están muy bien desarrollados y tienen alta calidad pero carecen de la consideración de otras opciones alternativas.

Una vez identificados las habilidades para análisis de opciones se dedica más tiempo en aspectos específicos y de programación de planes de instrumentación. la identificación y análisis de opciones son el aspecto más difícil de enseñar y frecuentemente es el más valioso.

ESCRITURA DE CASOS

Hay enfoques diferentes en lo relativo a la escritura de casos y puede provenir de una situación particular que parece apropiada para ser expresada en un caso escrito o la necesidad un cierto tipo de situación o vivencia organizacional para lo cual se busca alguien que pueda proporcionar información adecuada

Se debe tener cuidado que la situación que se haya discutido no sea tan simple que el procedimiento analítico no sea instructivo ni represente un reto, pero que tampoco sea tan complicada que muestre una situación única que no puede ser repetida o que carece de relevancia.

El próximo paso consiste en la tarea de señalar al tomador de decisiones que será con quien el estudiante se identificará; y deberá puntualizar las posibles opciones que va a tener ese individuo en la situación dada. Estos dos aspectos necesitan ser considerados conjuntamente ya que la mayoría de casos presentan oportunidades para que existan varios tomadores de decisiones y generalmente uno de ellos tiene un más amplio rango o una posición más balanceada que hace que las opciones en el caso sean más efectivas. Por esto la tendencia suele ser poner al tomador de decisiones de más alto rango de la organización por ejemplo el director de un hospital. Esta

elección es a menudo apropiada, pero algunas veces presenta dificultades para los estudiantes ya que les cuesta trabajo identificarse con este personaje pues muchas de las veces no han alcanzado ese rango. Por eso es preciso poner tomadores de decisiones de otro rango.

Otro aspecto a considerar es el límite de tiempo en que se debe tomar la decisión. Esto es a menudo lo más difícil. La necesidad de tomar una decisión en un momento temprano en el desarrollo de la situación expresada permite la consideración de más opciones posibles pero existe el problema de que a esa altura del caso pueden no conocerse hechos suficientes que permitan un análisis adecuado. En un momento posterior al planteamiento del caso es posible que existan mayores hechos y que las posibles opciones sean más claramente definidas. Pero en este momento hay que descartar algunas opciones que hubieran sido interesantes y ahora resultan obsoletas.

Antes de escribir la historia del caso se debe hacer una lista de posibles opciones para el tomador de decisiones para que reconozca cuales son las fuerzas y debilidades de cada una. En este momento es crítico asegurarse de que existe un relativo balance de cada una de las opciones. Como indicamos previamente un caso efectivo debe presentar un número de opciones relativamente balanceadas en las que ellas sean potencialmente correctas. En este momento se puede agregar algún nivel de ficción a una situación real con el objeto de fortalecer algunas opciones y debilitar otras conforme sea necesario.

Algunas personas que escriben casos sienten que puede resultar poco ético balancear y modificar una situación para el propósito de mejorar la efectividad de la enseñanza. Debe recordarse que para la efectividad de la enseñanza la veracidad de la situación real o la respuesta correcta no es un requisito fundamental. Para el momento del análisis y la discusión la única realidad es el caso y la experiencia o fuerza apropiadas.

Es en este momento cuando podemos empezar a escribir la historia, presentando los antecedentes y varios aspectos que hacen la situación lo más interesante posible. Es en este momento que las habilidades del novelista y escritor de guiones debe ser puesta en juego, de manera que los personajes y la trama tomen vida y alcancen el objetivo de involucrar al estudiante en una situación, en la que él pueda identificarse con el tomador de decisiones.

Idealmente las opciones no deben ser introducidas directamente sino deben aparecer a través de claves o insinuaciones o y sugerencias que se van dando en el desarrollo de la historia. Algunas ayudas adicionales como mapas, diagramas organizacionales y

presupuestos pueden ser útiles y efectivos. Para dar una sensación de ambientación con la realidad se pueden incluir una o dos conversaciones entre algunos de los actores en conflicto o también puede ser apropiado incluir algunas notas periodísticas o editoriales.

Finalmente el caso debe concluir con una clara delimitación del problema al que se enfrenta el tomador de decisiones. De esta forma esto se convierte en la pregunta del caso con la que el estudiante podrá iniciar el análisis así como la exploración y desarrollo de las distintas opciones.

Se debe hacer notar que los casos no tienen necesidad de ser largos para ser efectivos; al contrario los casos largos habitualmente no plantean el problema con la suficiente agilidad y hacen que el lector pierda el interés.

ACERCA DEL ANALISIS DE UN ESTUDIO DE CASO

Cómo se mencionó el propósito de un estudio de caso consiste en aplicar los conceptos de la administración estratégica cuando se analizan los problemas que enfrentan unos servicios de salud específicos. Por tanto con el fin de analizar un estudio de caso es imprescindible examinar minuciosamente los obstáculos para su organización. Con mucha frecuencia, será necesario ver el caso varias veces: la primera para tener una idea general de lo que sucede en el servicio y luego varias veces para descubrir y entender los problemas específicos.

Generalmente, el análisis detallado de un estudio de caso debe incluir las siguientes áreas:

- ◊ La historia, desarrollo y crecimiento del servicio con el paso del tiempo.
- ◊ La identificación de las fortalezas y debilidades internas del servicio
- ◊ La naturaleza del ambiente externo que rodea la compañía
- ◊ Un análisis DOFA
- ◊ El tipo de estrategia que decidió seguir el servicio
- ◊ La naturaleza de la estrategia al nivel en el que se desenvuelve el servicio
- ◊ La estructura, sistemas de control y como se ajustan estos a la estrategia.
- ◊ Recomendaciones

El desenvolvimiento del caso podría definirse dentro de la categoría de cualitativo y de múltiples etapas por ser una presentación real de una situación o problema que tiene un impacto definitivo sobre la motivación y actuación de las personas y que

requiere de una solución viable y creativa que se ira poco a poco detallando cada una de estas áreas de una manera sistemática y ordenada, así como por ser una fiel descripción de una situación de la vida real presentada en varias etapas tal como si el problema en estudio los protagonistas del caso y los factores que influyen fueran evolucionando a través del tiempo (de simple a complejo).

Está más relacionado con aspectos de Comportamiento Organizacional como son el rol del gerente, los estilos gerenciales, la conducta individual en la organización, la motivación, el poder, influencia y conflicto, diseño del trabajo, comportamiento de grupos dentro de la organización, relaciones entre grupos, liderazgo, control, cultura organizacional, cambio organizacional.

ESTRUCTURA BASICA DEL CONTENIDO DE LA PRESENTACION DEL CASO

Hemos tomado como estructura básica del contenido del caso a la siguiente:

Introducción : presentación de la situación problema

Antecedentes de la organización o del servicio

Cuerpo del caso: información relevante pertinente al tema o al problema (en lo funcional y lo relativo a las personas involucradas, reflejando la cronología de los hechos)

Características del entorno: económico, político, social y cultural.

Características del entorno de prestadores de servicios: red de servicios

Cierre : reiteración del tema central de la situación

DESARROLLO DEL CASO:

ANTECEDENTES

El área de salud de Chimbacalle ubicada al Sur-orienté de la Ciudad Altiplanica del Reino de los Cara-Shyris o Quitus a 2800 s.n.m. existe según decreto que consta en el respectivo Manual de Organización de las Areas de Salud (cuyo equivalente en la OPS son los denominados SILOS).

Tiene una extensión de 35 Km² y dentro de ella se encuentran 60 barrios y entre los más importantes citaremos: Luluncoto, Ciudadela Pfo XII, Unión de Ciudades, Jardines De Granada, Puengasis, Miravalle, San Isidro, Chimbacalle, Chiriacu Alto, Ferroviaria Alta, Chiriacu Bajo, Ferroviaria Baja, El Camal, El Recreo, Epiclachima con sus Hierbas Buenas 1 y 2, la Argelia, El Carmen, La Lucha de los Pobres, La Forestal, Solanda, etc.

Se encuentra asentada en una colina con accidentes geográficos como quebradas y laderas en donde se han ido ubicando los grupos de población, que cubren actualmente casi toda la extensión, pues son escasos los espacios verdes y sitios de recreación para niños y jóvenes.

El área como se indicó fue creada oficialmente en el año de 1992 (aunque la unidad de mayor complejidad existía desde el 20 de Septiembre de 1960 dependiente del Ministerio de Previsión Social), en el ámbito de la propuesta de regionalización de Servicios de Salud MSP-Ecuador.

La organización y administración actual se halla enmarcada en el desarrollo de un Nuevo Modelo de Atención y Gestión Técnico-Administrativa de los Distritos de Salud, con el objeto de ampliar y mejorar no solo la infraestructura sino también la cobertura, que debe tener las características de ser universal, equitativa, eficiente y eficaz al igual que la prestación de los servicios, que sobre todo, debe ser de calidad recuperando los imponderables de la calidez e incorporando nuevos enfoques gerenciales estratégicos con alta participación de los conjuntos sociales en todos los momentos del desarrollo de la propuesta.

En general existe en el área una adecuada Red de Servicios Básicos: de energía eléctrica, agua potable, alcantarillado, eliminación de excretas así como de recolección de la basura.

En lo que respecta a red de servicios como se ha indicado la Jefatura de Área se refiere al Centro de Salud ubicado en la zona de Chimbacalle con 21 unidades aplicativas u operativas situadas alrededor en distancias que oscilan entre los 0,5 y 8 Km. de distancia a la unidad de mayor complejidad.

El Centro de Salud brinda Servicios de Atención Ambulatoria y Complementaria además, Atención de Emergencia, posee un Centro Obstétrico que atiende partos de corta estancia. De igual manera las unidades aplicativas atienden una población mayoritaria de niños y mujeres (cuyo promedio oscila desde los 3 a 4 mil habitantes a 20.00 habitantes) y la Unidad de Referencia de mayor complejidad para el Área es

el Hospital Enrique Garcés ubicado también en la zona Sur de la ciudad y a la que se accede también en 10 minutos desde la Jefatura de Area y máximo de la unidad mas lejana, en 25 minutos.

Se complementa la Red de Servicios (con la que no existe mas articulación que el correspondiente al apoyo que el MSP y el área hacen en algunas líneas de Fomento y Protección o sea en Vacunas o Inmunizaciones, Control del Niño Sano, Control del embarazo, Detección Oportuna de Cáncer, actividades de Control Sanitario, etc.) con unidades del IESS así como del Patronato Municipal del Sur que tienen su propia demanda, pero que en contexto de red, no existe población atribuida, ni claridad en la oferta global o sumariada de servicios, y tampoco se actúa sobre la base de un mismo Sistema de Información y mucho menos en lo que se refiere la intervención sanitaria global en la zona con poblaciones distribuidas y con responsabilidad en red sobre las mismas y menos aun existen acuerdos en materia de separación de prestación y financiamiento de los servicios.

Hay una red privada con la que no existe la menor relación ni control en la intervención lo que remite a una notoria ausencia del papel rector del MSP en materia de atención sanitaria en la zona a nivel local.

La población es de 220.000 habitantes aproximadamente de los cuales apenas un 40% a 45 % demanda los servicios del estado, y el resto acude a los otros prestadores de servicios dentro o fuera del área de cobertura privados o municipales o de ONGs (Patronato, IESS, Centro de Salud Familiar Voz Andes, Clínica Particular Villa Flora)

Desde 1992 el Gobierno del Ecuador y el MSP mediante acuerdo firmaron el Convenio de Préstamo con el BIRF - Banco Mundial (3510-EC) para impulsar el Proyecto de Fortalecimiento de Servicios Básicos (FASBASE), cuyo objetivo fundamental consistía en apoyar el Desarrollo de un Nuevo Modelo de Gestión y Atención Sanitaria en 41 áreas modelo o demostrativas en el país en materia de APS, poniendo énfasis en los Componentes de Infraestructura, Equipamiento, Saneamiento Básico, Nutrición y Educación Continua.

LA REALIDAD ACTUAL Y SU DESENVOLVIMIENTO ORGANIZACIONAL

Desde 1994 tanto a nivel del área como dentro del proyecto se han venido dando cambios administrativos fundamentales. En el caso del área de salud se habían removido por motivos políticos al anterior Jefe de Area y Coordinador y de la misma forma en el Componente de apoyo del Proyecto FASBASE se había removido a los responsables de apoyar el desarrollo de las áreas, esto es los Coordinadores Técnicos de Enlace y Responsable del apoyo al Componente de Educación Continua.

Estos cambios administrativos en el área de Chimbacalle no permitían que las 22 unidades aplicativas de menor nivel de complejidad y el Centro de Salud Metropolitano (nivel complementario en términos de capacidad resolutive), puedan alcanzar un mínimo necesario en aspectos de Identificación y Habilitación con el objeto futuro de poder Acreditarlas, de acuerdo al objetivo final de los propósitos del Proyecto.

Con cada cambio no quedaban ni siquiera los croquis y la información pertinente en el aspecto demográfico y epidemiológico, y si existía generalmente era extrañamente escondida con propósitos protervos por la oposición ideológico - política producto de una extraña nostalgia moralista marxista a la vez judeo cristiana, trasnochada de las autoridades salientes o sencillamente por el elemental celo profesional y humano, de considerar que la gente nueva, no estaba en capacidad de generar cambios cualitativos y sostenibles en el tiempo todo ello manifestación de lo que suele denominarse una verdadera microfísica del poder.

El agravante era que en realidad el nuevo Jefe de Area Marco Meneses, tenía una acérrima oposición pues su historial técnico administrativo, estaba ligado a una supuesta falta de transparencia en lo que respecta al manejo financiero de las adquisiciones y adecentamiento o readecuación de unidades, a lo que se sumaba su falta de cultura gerencial o actualización administrativa, disimulada por una incipiente formación empírica producto de haber trabajado en algunas instancias técnico administrativas en unidades de la zona amazónica hace algunos años atrás y finalmente estaba perseguido por una triste fama autocrática y tiránica en el relacionamiento con los trabajadores de la salud.

A ello se sumaba la oposición y resistencia silenciosa de la Jefe de Enfermeras Cristiana Morales quien estaba únicamente defendiendo su triste e incipiente espacio de poder y viviendo un permanente enfrentamiento con otros cuadros de enfermería en materia del liderazgo y del apoyo para generar procesos profundos de cambio.

En cada una de las unidades se conformaron a la vez simultáneamente Comités Locales de Salud con relaciones horizontales con los Equipos de Salud, excepto en el Centro de Salud donde la Participación Social es un fracaso histórico, pues esta asentado en una zona lumpemproletarizada sin presencia de organizaciones sociales sólidas. (En él funciona con éxito una Maternidad que atiende partos normales de corta estancia y que presenta una mortalidad neonatal casi nula, a pesar de las dificultades organizacionales y administrativas en las que se desenvuelve la actividad del Area de Chimbacalle) cuyo control, participación e impacto es únicamente coyuntural y de acuerdo a las necesidades inmediatas sentidas de la población, que en general es migrante, subarrendataria, con ocupaciones básicamente relacionadas con actividades del sector informal de la economía. En todo caso el Centro de Salud está asentada sobre una zona con familias que proceden de un viejo asentamiento con historial ferroviario etnohistoricamente mas el asentamiento pre-hispanico de la nobleza quiteña preinca en esta zona a lo que se suman los flujos migratorios de comunidades indígenas sobre todo de la Sierra Central.

Las condiciones higiénico sanitarias de estos asentamientos poblacionales con serios problemas de estratificación social y gravitante migración (de poblaciones mestizas e indígenas de provincias del Sur) que los convierte en subarrendatarios con problemas graves de hacinamiento con índices de escolaridad que se desconocen (se considera que apenas un 5 % no ha accedido a la educación escolar) plantean serios problemas en la estructuración de sus perfiles epidemiológicos así como de los modelos explicativos del proceso de salud enfermedad en los mismos que en realidad conforman un perfil pluricultural a mas de los determinados por la transición demográfica y epidemiológica.

En materia de transporte existe una adecuada red vial y muchas de sus calles son pavimentadas o adoquinadas que cruzan longitudinal y transversalmente toda el área y los habitantes pueden transportarse hacia y desde otros sectores mediante buses, busetas, automóviles, etc. Existe transporte hasta las 22 horas aunque en zonas alejadas por los problemas delictivos solo se encuentra hasta las 18 horas. Hay acceso a radio, televisión y prensa escrita.

Económicamente podemos decir que el ingreso general es bajo y que se encuentra un alto porcentaje de desocupados y subempleados (20%), sumado a la marginalidad

social, migración del campo a la ciudad, desestructuración de la célula familiar, la situación socio económica es crítica y baja y apenas permite satisfacer necesidades mínimas de vivienda, vestido, alimentación que al no ser adecuadas y sumadas a dificultades de universalidad en materia de infraestructura sanitaria y del hacinamiento señalado perfilan la morbilidad característica de estas áreas tomando en consideración que el gasto en salud no siempre guarda relación con la calidad y la efectividad para sus pocos ingresos.

La gente se dedica al Comercio en un 40%, a la Construcción en un 29%, a las labores domésticas remuneradas propias de las mujeres el resto (10%) y un 5 % son obreros y artesanos.

Eventualmente en ciertas zonas más cercanas al centro hay un sector de empleados públicos y privados y con acceso a eventuales mejores condiciones de vida.

Como consecuencia de ello los mayores riesgos de salud se dan en el grupo de niños menores de 5 años de edad, así como de adolescentes por el problema de embarazos no deseados con las consecuencias que de ello se desprenden, así como de jóvenes que prontamente caen en manos de la drogadicción, el alcoholismo y la prostitución. La desnutrición se hace presente en ese grupo de mujeres con el consiguiente riesgo para los recién nacidos. Hay un aumento creciente de violencia hacia la mujer y especialmente de maltrato y abuso sexual a los menores de edad.

Perfil epidemiológico:

Las principales causas de morbilidad detectadas a través del análisis estadístico de la información recibida son las siguientes:

- Infecciones Respiratorias Agudas
- Enfermedad Diarreica Aguda y Parasitosis
- Infecciones de las Vías Urinarias
- Enfermedades de la Piel
- Enfermedades Cardíacas
- Hipertensión Arterial
- Desnutrición de Segundo Grado

Determinantes de la Situación de Salud:

- Mercado del Camal

- Congestión Vehicular
- Falta de Zonas de recreación
- Delincuencia y Drogadicción /Alcoholismo
- Bajos Ingresos Económicos

Participación Social:

En algunas unidades funcionan los llamados Comités Locales de Salud, con los cuales se han firmado Convenios para realizar acciones conjuntas que se contemplan en los Planes Locales de Salud referidas básicamente a la preservación del ambiente y la salubridad. Se desea conformar el Comité Interinstitucional pero la dispersión y falta de liderazgo es manifiesto así como la presencia de caciques y seudolideres oportunistas que impiden tal fin y más bien antropológicamente esta conducta puede considerarse como una estrategia de resistencia y sobrevivencia a un conducta concentradora y centralista.

Recursos humanos:

Existe personal:

- Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa
- Código de Trabajo
- Contratos ocasionales FASBASE
- Contratos ocasionales FONIN

Los equipo de salud se han integrado tomando en consideración las recomendaciones del Proyecto FASBASE de 1 Médico y 1 Enfermera u Obstetriz por cada 300 familias y 600 familias a nivel urbano o rural, por lo que aun aparentemente son insuficientes los recursos y ello trae permanentes quejas de las unidades al área y de esta a los niveles de resolución del Proyecto. Los recursos en realidad no han sido seleccionados en el área, sino que su presencia es decidida por motivos políticos coyunturales, padrinazgos o compadrazgos en otros niveles de decisión, no existiendo una adecuada Evaluación del proceso de desempeño de estos recursos humanos.

En el Centro de Salud encontramos los siguientes recursos humanos :

1 Director

1 Coordinador

1 Ginecólogo - Obstetra
10 Médicos Generales
1 Sicólogo Clínico
3 Odontólogo General
1 Química Farmacéutica
1 Trabajadora Social
2 Obstetriz,
10 Enfermeras,
2 Secretarias
1 Auxiliar de Farmacia
3 Inspector Sanitario
3 Asistentes Administrativos
2 Contador
1 Estadística
3 Auxiliares de Oficina
3 Choferes
2 Guarda Almacén
1 Recaudador
8 Auxiliares Administrativos

Con la presencia del Proyecto se dio inicio al Proceso de Mejoramiento de la Infraestructura de todas las Unidades de Salud así como de detectar las necesidades de Equipamiento cuya inversión es parte de la intervención del proyecto FASBASE. Las mismas que fueron concluidas en 1996 pero que ahora esperan su Mantenimiento y Conservación a través del diseño responsable de un adecuado Sistema de Conservación y Mantenimiento

A pesar de las dificultades se ha conformado el Equipo encargado de la Conducción del Area (UCA)

Dr. Marco Meneses: Jefe del Area
Dr. Fernando Calderón: Coordinador
Enfermera Jefe: Cristiana Morales
Enfermera del Area: Lourdes Collahuazo
Odontólogo: Pablo Chillagano
Jefe Financiera: Marta Cáceres
Jefe de Estadística : Catalina Soto
Responsable Centro de Salud: Kathy Segarra

Se realiza un **análisis estratégico de la situación (Análisis DOFA)** y se definen **líneas estratégicas** de intervención y de la misma manera se trabaja un **Plan mínimo de Acción** para los próximos tres años así como un **Plan de Educación Continua** para los recurso del Area.

Se han definido luego del correspondiente análisis DOFA:

Fortalezas:

1. Atención Intramural (Recursos capaces en Gineco-Obstetricia, Pediatría y Salud Familiar)
2. Manejo adecuado de los Paquetes Preventivos de Fomento y Protección
3. Fortaleza en el compromiso de los recursos humanos de los Equipos de Atención Básica
4. Control Sanitario con buena voluntad de trabajo
5. Actividades de Promoción y Fomento
6. Recursos humanos con gran voluntad de trabajo
7. Recursos físicos (apoyo Proyecto FABASE)
8. Recuperación de Costos especialmente en el Centro Obstétrico y algunas unidades aplicativas.
9. Satisfacción del Usuario Externo
10. Capacitación en Elementos de Gerencia y Vigilancia Epidemiología con Sistema de Educación Continua a todos los recursos de Area de Salud

Debilidades:

1. Auxiliares de Diagnostico: Laboratorio y Rx
2. Farmacia
3. Horarios de Atención
4. Forma de brindar el Servicio
5. Motivación
6. Sistema de Información Gerencial inadecuado
7. Sistema de Abastecimiento inadecuado
8. Sistema de Evaluación inadecuado
9. Sistema de Referencia y Contrareferencia inadecuado
10. Falta de un Sistema de Investigación adecuado
11. Sistema de Sistema de Mantenimiento inadecuado
12. Inadecuado Sistema de Organización Administrativa del Area
13. Inadecuado Administración del Sistema Financiero del Area

Oportunidades:

1. Políticas actuales (Descentralización de Recursos al nivel local)
2. Interinstitucionalidad
3. Intersectorialidad
4. ONGs
5. Organismos Internacionales
6. Participación Social en los niveles locales
7. Autogestión o Recuperación de Costos o Sistemas populares prepagados de Salud
8. Presencia de Instituciones Formadoras de recursos humanos (IADAS).

Amenazas:

1. Inestabilidad política y falta de presencia rectora del sector salud
2. Hegemonía del modelo biomédico occidental que privilegia lo curativo
3. Ausencia de Políticas en Administración de Recursos Humanos en los niveles locales
4. Burocracia del MSP en los diferentes niveles que recrean vicios concentradores y que proceden con falta de transparencia
5. Sistemas de apoyo administrativos ineficientes.
6. Tecnología insuficiente

Estrategias Fortalezas/Oportunidades

1. F1 + O2 + O7 + O8
2. F2 + F3 + O7 + O8
3. F4 + O3 + O2
4. F8 + F9 + O8
5. F10 + O6

Estrategias Debilidades/ Oportunidades

1. D1 + O7
2. D2 + O7
3. D3 + D4 + O6
4. D10 + O6 + O8

Estrategias Fortalezas/ Amenazas

1. F3 + A1

2. F10 + A3

Estrategias Debilidades / Fortalezas

1. D4 + A2

2. D8 + A6

Del cruce de las variables anteriores se definieron las siguientes **estrategias de intervención**:

Inmediatas:

1. Promover la Identificación, Habilitación y creación de Standares para la Acreditación futura que permitan un adecuado funcionamiento del Area en cumplimiento de la Misión y Visión del Area de Salud. (Plantilla de Monitoreo)

2. Impulsar la Reorganización Técnico Administrativa del Area de Salud mediante procesos modernos de Gerencia Estratégica con el objetivo final de convertirla en una Unidad Administrativa Básica que tenga los siguientes Componentes (Anexo 1) :

Componente de Estructura Organizativa Operativa y Funcional (Orgánicos, Manuales, Perfiles)

Componente de Educación Continua y de Capacitación

Componente de Supervisión, Monitoreo y Evaluación

Componente o Subsistema de Abastecimiento de Insumos y Medicamentos

Componente o Subsistema de Conservación y Mantenimiento

Componente de Participación Social

Mediatas:

1. Promover una alta gestión participativa del conjunto social sobre todo en el impulso a la cogestión de los servicios así como en el fortalecimiento de aspectos relacionados con los sistemas de prepago populares.

2. Incorporar sistemáticamente los procesos de mejoramiento de calidad mediante el diseño de microproyectos con el objeto no solo de dar calidad en la atención sino también de mejorar la calidez en la prestación de los servicios a los usuarios externos e internos.

3. Fortalecer los procesos de investigación operativa y vigilancia epidemiológica a nivel local orientados a solucionar los problemas mas emergentes de salud del Area.

4. Diseñar una propuesta de comunicación, educación e información en el ámbito local, con el objeto de fortalecer los aspectos de promoción en salud poniendo énfasis en los enfoques saludables o hábitos saludables de vida.

Pero quedaba el resto del equipo conformado por trabajadores antiguos de Contrato y de Ley de Servicio Civil así como de contratados FONIN, FASBASE; entre quienes aparecieron líderes que conformaron verdaderos equipos de trabajo como Catalina Soto, Islandia Cola, Sandra Proaño, Fernando Calderón, Pablo Chillagano, Bayardo Naranjo, Marieta Castillo y otros recursos humanos de los Equipos de Atención Básica y Atención Primaria de Chimbacalle.

De toda esa caótica informalidad con voluntad, automotivacion y apoyo de ONGs de genero, presentes en el área, se procedió a construir un proceso de Capacitación Continua que no excedió en gasto a lo presupuestado por el Proyecto FASBASE, básicamente en materia de Gerencia Estratégica y Vigilancia Epidemiologica, que fueron dando los insumos, para dar un giro cualitativo a la realidad descrita y cuyo logro y fallos se debe a la gestión participativa global de los usuarios internos y externos del área y no a ninguna personalidad en particular y cualquier logro no representa el esfuerzo individual y solitario de ningún actor, sino de todo este conjunto de experiencias y saberes múltiples que representaban aquellas personas que formaban parte del Area.

Pero no se ha organizado por las razones señaladas ni el Comité Técnico, ni el Comité Interinstitucional y no funciona aún el Comité de Farmacología lo que implica falta de claridad y transparencia en materia de gestión financiera y debilidad en materia de abastecimiento y compras. Pues las decisiones a ese nivel son tomadas únicamente por el "making decisor" sin mayor claridad en aspectos de Control interno en la ejecución financiera

Las compras o reposiciones del Sistema de Abastecimiento se realizan de manera desordenada sin participación ni decisión de los usuarios internos lo que traduce esa falta de transparencia del decisor del gasto y la falta de competencia técnica para llevar adelante el Abastecimiento de Insumos o Medicamentos del Area pues por las unidades aplicativas no falta la voluntad de mantenerse al día en materia de solicitud de requerimientos y de hacerlo conforme a las necesidades y realidades locales lo que implica ajustes futuros en la Jefatura de Area en materia de este Subsistema.

El Area plantea demostrar que la inversión realizada por el Proyecto en el ámbito de Infraestructura, Equipamiento, Adquisición de medicamentos y Apoyo a los Procesos de Educación Continua (que han consistido substancialmente en el Curso de Gerencia Moderna para todos los Jefes de las Unidades Operativas así como la orientación modular en Vigilancia Epidemiologica y su aplicación a la Gerencia de los Servicios de Salud y la elevación de la capacidad resolutive con Capacitación en materia de Salud Familiar) se ha transformado en productos reales en función de la Misión y Visión del Area así como de la operativización de un Nuevo Modelo de Gestión y Atención en materia de Prestación de Servicios de Salud

En realidad para ello se cuenta con la buena voluntad el Coordinador del Area Dr. Fernando Calderón quien es el líder real y Gerente del Proceso, pero sin poder de decisión en la ejecución del gasto y en la toma de decisiones, con la oposición radical y silenciosa de la Jefe de Enfermería, la falta de claridad técnico administrativa así como de transparencia del Jefe de Area, a lo que se une la poca experiencia de la Jefe Financiera, y la obstrucción que representa el control microfísico de la información y del poder micropolítico del grupo humano afín a la Jefe de Estadística, quien realiza manejos subterráneos y oscuros a través de la comunicación informal como recurso de control y poder a lo que se suma su actitud de resistencia al cambio al no transferir la información necesaria para una adecuada toma de decisiones a los niveles correspondientes.

Ninguno de los recursos nombrados conoce elementos de Administración de Salud o enfoques gerenciales modernos a lo que se suma la resistencia histórica de la Dirección Provincial de Salud a los procesos de cambio en los niveles locales, así como del mismo Proyecto cuyo responsable de Educación Continua por un lado carece de claridad respecto a las necesidades de Capacitación de los Recursos Humanos del Area y por otro existe una clara lentificación de los procesos de transferencia de recursos financieros al Area para tal fin.

En todo caso aprovechando la información y formación que se empieza a recibir en los cursos de Gerencia apoyados por la ONGs presentes en el Area con la Universidad Politécnica Salesiana y el CEPAM ; consultando en la medida de lo posible la bibliografía pertinente y con el apoyo de algunos recursos de organismos internacionales (OPS) se diseña la Visión, Misión del Area y de la misma forma se procede a actualizar los diagnósticos y censos así como perfiles epidemiológicos en cada unidad aplicativa y se procede a diseñar Planes Locales Estratégicos de intervención con alta participación de los conjuntos sociales.

Se apoya la implementación de un Plan de Mejoramiento de la Calidad en el Centro obstétrico cuyo jefe es el único Recurso con formación académica de Post Grado en Salud Publica: Dr. Bayardo Naranjo. El Centro Obstétrico esta destinado a convertirse en Unidad de Referencia para el futuro Plan de Disminución de la Mortalidad materna en el ámbito nacional. Con 20 Recursos Humanos atiende 1200 partos anuales sin complicaciones graves.

RETOS EN EL PROCESO

Esa es la situación real del Area cuyo compromiso frente al alicaído Proyecto y frente a los Evaluadores del Banco Mundial implican mostrar un Producto que responda a la siguiente VISION y MISION:

VISION

“El Area de Salud de Chimbacalle asume como punto de partida llegar a construir un Sistema Local de Salud (SILOS), como un espacio para la producción social de la salud, con enfoque familiar y de riesgo social, biológico y cultural, con equidad, eficacia y eficiencia incorporando a la Gerencia Estratégica, la Vigilancia Epidemiologica y elevando el nivel de la Participación Social y que en ultima instancia tienda al perfeccionamiento de los procesos de la Democracia Participativa”.

MISION

“Contribuir a mejorar la salud de la población asignada logrando una activa gestión participativa del conjunto social: para optimizar la atención de salud mediante procesos modernos de gerencia estratégica con las características de ser integradora (referida a todos los niveles), preventiva (sin descuidar la curación y rehabilitación), con criterios de riesgo (equitatividad social, biológica y cultural) cuyo costo-efectividad sea el adecuado para el área y que responda a las necesidades sentidas de la población usuaria, fortaleciendo sobre todo la Promoción de la Salud generando un proceso de Comunicación, Educación e Información y de Cogestión Participativa con el Conjunto Social que le vuelva una unidad competitiva frente a los otros Prestadores de Servicios con Calidad y Calidez”.

Definición del Nuevo Modelo de Atención :

Desde Enero de 1995, en el área se trabajó en el diseño de un Modelo de Atención basado en la estrategia de APS, que se oriente o ajuste a las necesidades locales, partiendo del análisis de la situación de salud incorporando las variables epidemiológicas y demográficas del caso así como la realidad social estratificada y culturalmente diferenciadas de los usuarios (diseñando a propósito instrumentos pertinentes y usando metodologías cualitativas como la metodología RAP)

Con todo ello se determinó y priorizó los problemas principales y luego se definieron medidas en los niveles de prevención primaria y secundaria así como medidas en lo curativo y en aspectos de manejo de discapacidades para incorporar el aspecto de rehabilitación señalando responsabilidades individuales, del servicio, de la comunidad y de la familia.

Se ha integrado el paquete mínimo de actividades generales de fomento y protección, con esos insumos cada unidad operativa debe diseñar un Plan Estratégico de Acción con estrategias combinadas de cobertura integral, amplia capacidad resolutive, con enfoque de riesgo y familiar.

Paralelamente como se indico la UCA estructuro un paquete de actividades de apoyo como son : Capacitación al personal, Supervisión y apoyo técnico, Elaboración de un Sistema de Monitoreo y Evaluación, Diseño de Sistemas de Conservación y Mantenimiento así como de Abastecimiento y de un Sistema de Educación Permanente para el Area.

De todo lo indicado y venciendo los obstáculos en materia de desconocimiento técnico - administrativo el Area ha impulsado su desarrollo al extremo que en la ultima Evaluación realizada a fines de 1997 y mediados de 1998 todas las unidades aplicativas se hallaban en un proceso similar en donde era visible que la vertebración del trabajo a través de un Proceso Continuo en materia de Educación Permanente podía dar frutos cualitativamente diferentes lo que se evidencia en el manejo gerencial de las unidades así como de la elaboración y Monitoreo tanto de los Planes de Acción Locales como de las correspondientes Programaciones Locales del PLIS y su Monitoreo, pero el Area de Salud sigue fallando en materia de no consolidar en forma adecuada la sistematización del desarrollo de sus subsistemas así como del desarrollo de un adecuado Sistema de Información Gerencial que permita una ágil toma de decisiones de parte del Jefe de Area así como de la UCA y el Coordinador.

En este tiempo se produce el traslado de Marco Meneses y de Fernando Calderón, Jefe de Area y Coordinador, a otras instancias del Proyecto y del Ministerio desde donde están dando el apoyo pertinente a este largo proceso, a las nuevas Gestoras de los Procesos administrativos del Area Dras. Gina Solorzano y Monica Chiriboga quienes han puesto gran hincapié en el Mejoramiento de la Calidad a los usuarios internos del Centro de Salud básicamente, así como en el Mejoramiento de lo Procesos de Supervisión y Monitoreo a las unidades aplicativas. A lo que suma el gran apoyo brindado por el Area en materia del Intercambio de Experiencias con otras áreas del Proyecto FASBASE, lo que la ha convertido en una área líder del proceso de replicación de su exitosa experiencia.

RETOS PARA EL FUTURO

Hoy el MSP esta llevando a cabo una propuesta que integra los Servicios de Salud a las llamadas Redes Plurales de Salud con presencia de Prestadores Públicos y Privados , con subsidio a la demanda y no a la oferta, y se propone en materia de programación presupuestaria formular y entregar presupuesto en base a resultados por Rendimiento y Productividad realizando costeo de paquetes de prestación mínimos y costeo de los servicios de salud, así como la de Modernizar institucionalmente al MSP y a los Hospitales, los mismos que deben entrar en un proceso de mejoramiento abierto hacia dentro y hacia fuera y sobre todo de fortalecimiento de la Gestión de los mismos separando en el futuro la prestación del financiamiento..

Estos vientos reformadores implican que esta área debe imprimir un estilo de gestión con orientación de Empresa Social, pero en una ultima visita con la Directora Provincial de Salud encontramos lo siguiente:

Que el encargo político e inoportuno de la Gestión a nuevos Gestores Locales del proceso **sin formación profesional** en materia de Gerencia y con inexperiencia en Administración de Salud retrasan el impulso desarrollado por el área en el ultimo año, en donde lo que sucedió realmente fue el trabajo de una propuesta global con alta participación de todos los actores involucrados en el proceso, a diferencia de un pequeño grupo que actualmente en forma no muy oportuna, esta controlando el desenvolvimiento del proceso, en desmedro de la presencia del colectivo de trabajo e invirtiendo la mirada estimativa pues se esta dando mayor importancia a los análisis numérico estadísticos sin tomar en consideración que aun subsisten profundas fallas en la consolidación de otros procesos o subsistemas técnico - administrativos lo que implica la necesidad de una reorientación dinámica en función de los sucesos

relacionados con la presencia de un Ministerio que está impulsando con fuerza las iniciativas locales.

Ese descuido permite evidenciar la diferencia de criterios entre una nueva Jefe Financiera enviada desde la Dirección Provincial de Salud y Marta Cáceres hoy ex - Jefe y responsable del Presupuesto del Area, reemplazada por estar solo a contrato en estos días. La primera considera que los ingresos en articulación con terceros por cobros realizados en los Servicios Auxiliares de Diagnostico no son legales y deben incorporarse sólo en cuentas de ingreso al Presupuesto Regular del MSP, lo que no es conveniente para el área, pues ese dinero ya no podrá ser usado en gastos emergentes de pago de personal contratado a riesgo compartido o en la compra urgente de insumos cuando falta dinero del presupuesto regular, lo que sucede con más frecuencia de la que se cree.

Mas aun cuando el área debe integrarse al SIGEF (Sistema de Información Gerencial Financiera a nivel nacional con rectoría del Ministerio de Finanzas) y empezar a presupuestar las asignaciones en base al subsidio a la demanda y no a la oferta. Ello implica desarrollar conocimientos habilidades y destrezas en el personal del Departamento Financiero para reportar adecuadamente los análisis financieros, realizar análisis financieros, buscar posibilidades para alternativas de inversión, desarrollar centros de costo en la unidad de mayor complejidad, buscar nuevas fuentes de financiamiento a corto, mediano y largo plazo, una vez que el proyecto FASBASE acaba a fines del año 1999 y está en proceso de Evaluación de Impacto.

Además se ha planteado un recorte de los recursos humanos contratados, una vez que se ha aprobado el manejo descentralizado de los mismos, lo que implica realizar Evaluaciones de Desempeño altamente profesionales y al mismo tiempo determinar la forma en que se va a llevar adelante las futuras contrataciones directamente con el área las que deberá realizarse no solo en función de su productividad ni solo de su rendimiento (teniendo en consideración que las futuras aprobaciones de presupuesto se realizaran en función del rendimiento y productividad del los actores locales) sino que a mas de ello el área va a necesitar elevar su capacidad resolutive y competitividad en el mercado y entorno con proveedores privados o de otra índole. Lo anterior necesariamente implica entrar en procesos de desarrollo de los recursos en materia de innovar la Gestión del Talento Humano y sobre todo desarrollar destrezas no solo en materia de apoyo a nuevos perfiles en el aspecto gerencial moderno sino y sobre todo en elevar la capacidad resolutive con el objeto de competir con esa oferta privada y encontrar la posibilidad de trabajar a riesgo compartido con los propios profesionales nuestros para elevar tanto los ingresos propios como la posibilidad de estimular y motivar económicamente a tales profesionales.

Se precisa además realizar en forma urgente el diseño de un adecuado Sistema de Conservación y Mantenimiento de las Unidades Operativas, pues estas deben mantener buenas condiciones, lo que implica generar necesariamente dicho Subsistema pues elementalmente los Bienes Muebles e Inmuebles constituyen un patrimonio en el Area y sufren procesos de depreciación y en los Balances son Patrimonio que precisa mantenerse y conservarse responsablemente de una buena manera.

Además aun existen inconvenientes en materia de adquisiciones, pues a más de que aún no funciona adecuadamente el Sistema de Abastecimiento y el correspondiente Comité de Adquisiciones, las compras no se realizan justo a tiempo (los montos grandes y las adquisiciones sobre todo de medicamentos deben realizarse en base a rotaciones y demanda por perfil de morbilidad, para evitar hacer adquisiciones inadecuadas e inoportunas evitando substancialmente la presencia de incentivos perversos en los responsables de ejecutar el gasto) lo que va en detrimento de esas inversiones así como del prestigio administrativo de quienes están al frente de la gestión del área.

También es indispensable con la llegada de una Institución Superior de Recursos Humanos como Apoyo al Desarrollo del Area rediseñar una Propuesta de Educación Permanente, en materia de manejo de Recursos Físicos, Financieros y Humanos así como de establecer las necesidades mayores con relación a la Capacidad Resolutiva así como del diseño de un Sistema de Vigilancia Epidemiologica a nivel Comunitario y uno de Investigación Operativa con el objeto de dar sostenibilidad como es debido a los Procesos de Mejoramiento de Calidad de los Servicios.

Entonces el reto ya no sólo plantea desarrollar standares que permitan una futura acreditación sino la posibilidad de convertir al Area en un Empresa Social en Salud autosustentable que le permita maximizar su Productividad y Rendimiento y minimizar sus inversiones a perdida y con capacidad de competir con la oferta de otros prestadores con Calidad y Calidez, cumpliendo el reto de la equidad social, la eficacia y la efectividad, además de incorporar en todos los momentos a los actores sociales internos y externos sustancializando su accionar en materia de Fomento y Protección de la Salud así como de la Promoción en Salud con enfoques en estilos saludables de vida desarrollando una prestación de servicios que permitan construir un nuevo Paradigma en Salud.

Es importante para evaluar este desarrollo no solo replantear la Misión y Visión, sino medir su avance, en función de la Matriz de Evaluación o Monitoreo, (Anexo) de

aspectos relacionados con el Desarrollo del Proceso de Habilitación de las Areas de Salud del Proyecto FASBASE, diseñada para tal efecto por personas que conocen muy de cerca el Desarrollo de la misma y de la misma forma iniciar conjuntamente con el Area el diseño y operacionalización de Guías Metodológicas para los diferentes Subsistemas antes nombrados.

NOTA PEDAGOGICA

INTRODUCCION

Este caso va dirigido a Maestros y Estudiantes del Curso de Gerencia de Servicios de Salud y de la gente involucrada en los Procesos de Administración de los Servicios de Salud en Atención Primaria de Salud que deseen aplicar los conocimientos aprendidos en el Curso de Gerencia de Servicios de Salud de la Escuela Politécnica del Guayas.

Estimamos que puede usarse en el ámbito privado como publico porque nace de una experiencia real de campo en un área urbano marginal en el Sur-oriente de la Ciudad de Quito en donde tradicional e históricamente ha fracasado el modelo biomédico occidental de tipo curativo asistencialista centrado en unidades vacunadoras y de atención a una demanda insatisfecha históricamente con los Servicios de Salud del Estado.

Para aprovechar al máximo este caso se sugiere revisar los avances conceptual metodológicos en Habilitación de Areas desarrollados por el proyecto FABASE así como los diferentes avances técnico - administrativos de las Areas de Salud intervenidas por el proyecto FASBASE. También es motivo de ampliación de estos criterios las Guías Metodológicas para el desarrollo de los Diferentes Componentes de los Sistemas Locales de Salud tomadas en su aplicación en la Comunidad de Sonora Hermosillo México.

Las intenciones educativas del método del Caso deben aportar para:

- Desarrollar en los alumnos el saber trabajar en equipo de manera efectiva
- Reconstruir las situaciones que el caso describe para el aprendizaje en el mundo real
- Desarrollar en el alumno actitudes de cooperación
- Desarrollar en el alumno habilidades de comunicación oral y escrita
- Desarrollar en el alumno y profesor la capacidad para una adecuada toma de decisiones
- Desarrollar en el alumno la capacidad critica para intervenir en la vida real en situaciones similares

OBJETIVOS:

Dentro de este particular análisis de la Nota Pedagógica se pueden plantear como objetivos de aprendizaje y enseñanza los siguientes :

- Que los estudiantes puedan identificar y comprender toda la información presentada en este caso.
- Que los estudiantes puedan analizar y discutir en clase la Misión, Visión, Análisis DOFA, Diseño de Líneas Estratégicas de Intervención y Diseño de la Intervención con un Plan Estratégico de Acción.
- Que los estudiantes puedan analizar y discutir los diferentes momentos de intervención desde el Diagnóstico hasta la evaluación en el Proceso de Desarrollo de una Área de Salud en el ámbito de la APS.
- Que los estudiantes y profesores o ejecutores de Programas de APS sistematicen el Diseño de su Intervención y Operacionalización de la misma con el Diseño mínimo de Guías Metodológicas sobre :
 - Diseño de un Sistema relacionado con la Organización Funcional de un área de Salud
 - Diseño de un Sistema de Educación Continua y Capacitación de una Área de Salud
 - Diseño de un Sistema de Supervisión, Monitoreo y Evaluación de una Área de Salud
 - Diseño de un Sistema de Abastecimiento de una Área de Salud
 - Diseño de un Sistema de Conservación y Mantenimiento
 - Diseño de un Sistema de Participación Social
 - Diseño de un Sistema de Información para una adecuada Toma de decisiones gerenciales.
- Que los estudiantes a más de ello distingan con claridad entre los programas sustantivos de Atención médica, Salud Pública y de Asistencia Social.
- Que los estudiantes sean capaces de comprender la importancia de la formación en Gerencia de servicios de Salud.
- Que los estudiantes sean capaces de entender el proceso de Identificación o Rehabilitación de Áreas de Salud.
- Que los estudiantes tengan la capacidad de identificar con claridad las situaciones difíciles y críticas y proponer las soluciones pertinentes en materia de una adecuada toma de decisiones gerenciales.

Preguntas para la discusión

En el desarrollo del caso se pueden realizar las siguientes preguntas:

• Descripción de la Empresa Social o del Servicio de Salud:

A que se dedica?

Cuál es su magnitud?

Cómo se encuentra ubicada en el contexto de los Proveedores de Salud?

Cómo funciona su mercado?

Antecedentes históricos, realidad organizacional estructura actual de los servicios?

• Cuerpo del problema:

Cuál es el problema central del caso?

Cuáles son los problemas secundarios?

Es adecuada la forma en que se entregó la Empresa Social al nuevo Jefe?

El perfil del nuevo jefe corresponde a las necesidades del área?

Qué problemas se han presentado y pueden presentarse en el futuro en el Comportamiento Organizacional de esta Empresa Social?

En qué elementos de la gestión y de la atención debe poner énfasis la UCA y el Jefe de Area para que se produzca un desarrollo adecuado de esta Empresa Social?

Es posible en este momento incluir al área en una nueva propuesta para apoyar al Desarrollo de los Servicios de Salud ?

Es adecuada la política de financiamiento adoptada por el Dr. Meneses ?

Es adecuada la actitud de mantener tibiamente actitudes mixtas en la implantación de un Nuevo Modelo con recursos no informados de la propuesta ?

Se financian las necesidades de la Empresa Social con el presupuesto regular que recibe del estado ?

Que comentarios tiene sobre la nueva propuesta de integrar al Area en las redes Plurales de Servicios de Salud ?

Podrá la Empresa en el futuro soportar la autosostenibilidad de los Auxiliares de Diagnostico y de la Prestación de Servicios a riesgo compartido o con la modalidad de outsourcing ?

Es viable el contrato con terceros en actividades relacionadas con servicios generales del Centro de Salud?

Es viable el contrato con terceros en actividades relacionadas directamente con la Prestación de Servicios de calidad a los usuarios externos ?

Que otra alternativa cree que tendría esta Empresa Social para encontrar nuevas fuentes de financiamiento?

Cual es la posibilidad real de minimizar gastos y maximizar la calidad de la oferta en la Prestación de los Servicios?

Es necesaria una propuesta de Mercadeo Social para posicionar en el mercado a esta Empresa Social?

Que actividades relacionadas con los Procesos de mejoramiento de Calidad cree que son necesarias para esta Empresa Social o requiere mayor información o estudios? Que estudios?

• Desarrollo de capacidades en:

Análisis y Diseño de Planes Estratégicos de Acción.

Análisis y Diseño de Elementos para proponer una intervención en Gerencia Financiera, Gerencia de Recursos Humanos y Gerencia de Recursos Físicos.

Análisis y Diseño de un Nuevo Modelo de Atención que priorice la Calidad y la Calidez en la Prestación de Servicios.

Análisis e intervención para proponer nuevas formas de financiamiento en la transformación de los Servicios de Salud y su conversión a Empresas Sociales cuidando de que la Productividad y Rendimiento sean la base para la entrega de Presupuestos en base a resultados.

Análisis y Diseño de Guías Metodológicas para intervenir en aspectos de Organización, Supervisión, Participación Social, Educación Continua, Abastecimiento y Conservación o Mantenimiento.-

¿POR QUÉ UN METODO DE CASO COMO TESIS?

¿ Cómo es que nuestros niveles de aprendizaje y de realización son tan mediocres ? ¿
¿ Porqué somos tan poco inteligentes? ¿ Que pasa con nuestras sorprendentes capacidades, con las nuevas fuentes de conocimiento, de la creatividad y del dominio de todas ellas ?

El aprendiz que llevamos adentro, está en espera de que lo liberemos con este sistema educativo donde “estar en lo cierto”, es más importante que **mantenerse abierto**. Estamos empezando a detectar en el malestar y en las enfermedades de nuestra vida

adultas unas pautas elaboradas, que son resultado de un sistema que nos enseñó a estar quietos, a mirar el pasado, a atenernos a lo establecido, al paradigma antiguo, mecanicista y newtoniano y a apoyarnos en certidumbres lineales y homogenizantes. El miedo a aprender y a la transformación que puede traer consigo es el fruto inevitable de un sistema de enseñanza aprendizaje semejante.

Las academias son burocracias apoltronadas en las que no hay necesidad de competir comercialmente ni de ser reelegidos ni de atraer pacientes ni clientes. Los educadores a quienes les gustaría introducir alguna innovación tienen escasa autoridad en la materia, relativamente hablando. El nivel privado escasamente ofrece mayores ventajas que los centros públicos. Es hora de enseñar habilidades básicas y fomentar la propia estimación.

Hoy decenas de millares de enseñantes se encuentran en procesos de *transformación personal* que valora el desarrollo de la libertad, de la esperanza, de la conciencia, de la creatividad y nuevas pautas y conexiones que conduzcan a todo ello; es el tiempo en que maestros, administradores y directivos escolares están trabajando juntos en vez de enfrentarse entre ellos.

Es tiempo de darse cuenta de lo antinaturales que han sido nuestros métodos educativos y de las razones por las que han obtenido resultados tan pobres, si es que han conseguido alguno. Las investigaciones sobre el funcionamiento del cerebro y sobre la conciencia demuestran que si queremos desarrollar nuestro potencial es preciso que cambiemos nuestra forma de enseñar.

Entonces lo que se precisa es un cambio de paradigma más que un cambio pendular; con el ensanchamiento de los medios entra en escena una fuerza formidable capaz de alterar sus contornos : la coopectencia y competencia. El aprendizaje de hoy se da en todas partes en múltiples formas : en el Barrio, en el peloteo interno, cooperativas de enseñanza y aprendizaje, en los ordenadores, en la FM, en los manuales de autoayuda, en las revistas, en los cassettes y documentos televisivos.

Igual que la medicina alópática trata los síntomas sin preocuparse por la totalidad del sistema, la academia fracciona el conocimiento y la experiencia en asignaturas reduciendo incesantemente los todos a partes, las flores a pétalos, la historia a sucesos, sin preocuparse nunca por restablecer la continuidad.

Lo peor es que este fraccionamiento mental acarrea también el del espíritu y esos residuos de ansiedad acumulados siguen intimidándonos desde algún rincón olvidado en los rugosos pliegues de nuestro inconsciente. Les seguimos ofreciendo a los

jóvenes los huesos del cementerio de la cultura, atosigándoles con cosas abstractas, con espacios en blanco en los que tienen que insertar la respuesta "correcta" con múltiples opciones para ver si son capaces de elegir la respuesta "adecuada". Mientras que lo que se necesita es encontrar sentido, se les obliga a forzar la memoria, separando la disciplina de la intuición y las estructuras globales de sus partes componentes. En realidad algunos estamos menos dañados que otros.

Es tiempo de desarrollar la confianza en nosotros mismos, la iniciativa, la amabilidad, la espontaneidad, la capacidad de valernos por nosotros mismos en una variedad de circunstancias, el valor, la creatividad, la responsabilidad y la alegría en un período de gran discontinuidad, cambio, interdependencia entre las gentes y los acontecimientos. Con una sociedad sacudida por una implosión de conocimientos y una revolución en la cultura y sus medios de comunicación no puede sentarse a esperar que una burocracia educativa chirriante le marque el camino en la búsqueda de sentido. Lo que se sabe actualmente de la naturaleza ha hecho saltar en pedazos las fronteras artificialmente levantadas entre diversas disciplinas; la aceleración del cambio tecnológico es tal que la división tradicional entre unas y otras carreras también se desvanece, a la vez que surgen repentinamente nuevas oportunidades.

No se pudo seguir observando con fervor casi teológico las innovaciones lineales de los sistemas educativos ortodoxos, las escuelas fueron diseñadas para proporcionar una modesta instrucción a la gente y no para impartir una educación de calidad o para producir grandes genios.

Posiblemente estemos asistiendo al nacimiento de la llamada *educación transpersonal* enfocada en la capacidad de trascendencia del ser humano donde el aprendiz es incitado a mantenerse despierto y autónomo, a que cuestione y explore todos los rincones y rendijas de la experiencia consciente, a que indague el sentido de fondo, a que pruebe los límites de lo externo y compruebe las fronteras y profundidades de su propio ser.

No se trata de simples cambios pendulares entre la disciplina y los valores afectivos y emocionales sino llevando a los seres a buscar autonomía y consolidación de su individualidad pues por encima de la autoaceptación fomenta la autotranscendencia. Es la tendencia que domina el escenario educativo y presagia una revolución capital.

Su *arraigo científico* descansa en la teoría de sistemas, en la comprensión del modo como se integran cuerpo y mente, en el conocimiento de las dos principales modalidades de la conciencia y su mutua interacción, en el potencial de los estados alterados y ensanchados de la conciencia. Subraya la continuidad del saber más que

su fragmentación en asignaturas y se apoya en el terreno común de la experiencia humana que trasciende toda diferencia étnica o nacional. Se asiste a la búsqueda de sentido Ahonda en la conciencia sobre el modo como cambian los paradigmas y como toda intuición viene precedida de frustraciones y de luchas.

Si en el método de casos nos rodeamos de un ambiente amistoso para las áreas mas duras promoveremos a la vez al individuo y a la sociedad, la libertad y la responsabilidad, la unicidad y la interdependencia, el misterio y la claridad, la tradición y la innovación. Es complementaria, paradójica, dinámica. Se interesa mas por la naturaleza del aprendizaje que por los métodos en sí y que mejor si el método aplicado se reviste de todo este espíritu hay mayor posibilidad de que así sea.

El nuevo paradigma pone énfasis en **aprender a aprender**: manera de preguntar adecuadamente, prestar atención a los aspectos convenientes, estar abierto, considerar las nuevas ideas, tener acceso a la información. Lo que ahora se sabe, puede cambiar. Importancia del **contexto** y no del contenido.

Aquí se aprende como **proceso** y no como viaje en forma igualitaria. Permitiendo la franqueza y el desacuerdo. Alumnos y profesores son personas. Se fomenta la autonomía. Estructura relativamente flexible. Convencimiento de que hay muchas formas de enseñar una misma materia. No hay barreras de edad en el aprendizaje. La experiencia interior puede servir como contexto del aprendizaje. Empleo de la imaginación y creatividad. Se fomenta la exploración de los sentimientos así como la conjetura y el pensamiento divergente como parte del proceso creativo. Procura educar al cerebro entero, potenciando la racionalidad del hemisferio izquierdo con estrategias holísticas, no lineales e intuitivas. Se insiste en la confluencia y fusión de ambos procesos. Y se preocupa por los resultados que cada individuo alcanza en función de su potencial. Y sobre todo fuerte compensación del conocimiento teórico y abstracto con experimentos y experiencias tanto dentro como fuera de clase. Intervención de terceros comunitarios u otros así como la posibilidad de que el profesor se convierta en un aprendiz generándose entonces un proceso vitalicio donde lo sustancial es la sanidad de las relaciones humanas.

El aprendiz es un sistema abierto, estructura disipativa, que transforma datos, los ordena y los vuelve a reordenar hasta hacerlos coherentes entre sí, con posibilidades de adquirir nuevas habilidades y cambiar de 'paradigma al mismo tiempo, en otras palabras lo importante es caminar metodológicamente por el sendero donde el aprender sin temores ortodoxos sirva para transformarnos más allá de nuestros prejuicios no razonados y de nuestros miedos ancestrales ocultos muy profundamente en el inconsciente de la raza

Este es el tiempo en el que la academia, no puede seguir pintando sus cadenas de dorado, tiene que transformarse y prepararse para el advenimiento de una sociedad interdependiente, intercomunicada Y volverse capaz de reciclar los viejos saberes con los descubrimientos modernos e importantes de la humanidad superando cualquier obstáculo interior o exterior :

Así comienza lentamente a aprender, poquito a poco al principio, luego a grandes saltos. Pronto se produce un choque en sus pensamientos. Lo que aprende no es nunca como lo había imaginado, de modo que comienza a tener miedo. Aprender no es nunca lo que uno se espera. Cada paso en el aprendizaje es una nueva tarea, y el miedo que el hombre siente empieza a crecer inflexiblemente, sin piedad. Su propósito se ha convertido en un campo de batalla....

Pero no debe salir huyendo. Debe hacer frente a su propio miedo, y a pesar de él dar el paso siguiente en el aprendizaje, y el siguiente y el siguiente. Debe llegar a estar totalmente asustado, y a pesar de todo no pararse. ¡esa es la norma!. Y llega un momento en que su primer enemigo se retira. Seguir aprendiendo deja de ser una tarea aterradorizante

Carlos Castaneda. Enseñanzas de Don Juan Matus

Los educadores pueden fracasar en su tarea si tienen miedo a molestar al discípulo.
La verdadera compasión es despiadada.

Acercaos al borde, les dijo
Tenemos miedo, respondieron.
Acercaos al borde, les dijo.
Se acercaron.
El les empujó....y salieron volando

ANEXO

GUIAS METODOLOGICAS PARA EL DESARROLLO DE LOS DIFERENTES SUBSISTEMAS DE UNA AREA DE SALUD

RESUMEN EJECUTIVO

La Coordinación del Centro de Salud y del Area de Salud deben cumplir funciones que enumeramos a continuación: es la instancia de apoyo a la gestión Técnico-Administrativa de la Jefatura de Area y cuyo rol y funciones o actividades se describen de la siguiente manera:

1. Establecimiento de mecanismos de coordinación con los servicios de mayor complejidad de la red de servicios en especial para fortalecer el Sistema de Referencia bidireccional de pacientes así como el apoyo a la implementación de la Unidades Operativas del área y de las actividades de salud programadas de acuerdo a las normas emitidas por el MSP.
2. Participación en todo el proceso de planificación y ejecución o ajustes de diagnóstico de salud del área
3. Elaborar un programa de Monitoreo, Supervisión y Evaluación de las actividades que realizan las Unidades Operativas del Area
4. Elaborar conjuntamente con el equipo un Plan Anual de Capacitación y desarrollo del personal institucional y comunitario.
5. Coordinar la adopción de alternativas de solución para los problemas del área siempre que estén enmarcados dentro de las políticas y planes nacionales.
6. Establecer un calendario de reuniones mensuales con el personal de las unidades operativas del Area.
7. Promover a nivel de la Unidad de Conducción del Area y desarrollar trabajos de investigación en el campo de la Salud Publica difundir sus resultados y utilizarlos cuando sea procedente en la Unidades Operativas
8. Tareas que la autoridad superior le designen.

La Coordinación es una instancia creada por decreto en el Manual de Organización de Areas de Salud mediante Decreto Ejecutivo No. 3292 del 29 de abril de 1992 publicado en el registro oficial No. 932 del 11 de mayo de 1992 en donde se establece la conformación de las Areas de salud como el nivel básico de organización y operación regionalizada y descentralizada de los servicios del Ministerio de Salud Publica cuyo Manual de Organización y Funcionamiento de las

Areas de Salud fue aprobado por el acuerdo ministerial No. 140 del 19 de julio de 1993.

En el Orgánico Estructural del Area corresponde a un subcuadro dentro de la línea de mando bajo la autoridad de la Jefatura de Area y con responsabilidades estrictamente de orden técnico en materia del Desarrollo de un nuevo Modelo de Gestión y Atención de las Areas de Salud.

De las actividades que se han señalado podemos brevemente señalar que alrededor del Coordinador o Coordinadores giran alrededor algunos procesos que vamos a señalarlos con posterioridad.

Recursos con los que cuenta el Area para la Coordinación:

Humanos : Un medico Familiar

Un medico comunitario con experiencia en epidemiología y salud publica

Una Enfermera familiar con conocimientos del desarrollo de una área de salud.

Un odontólogo con elementos y formación de Postgrado en gerencia

Una secretaria para la coordinación

Materiales : Un espacio físico destinado al trabajo de los recursos antes nombrados

Mobiliario físico necesario para tal trabajo : Escritorios y demás material necesario

La coordinación es una estructura nueva dentro del desarrollo de las áreas de salud por lo que ir ubicando su rol frente a los procesos concentradores y reiterativos y constantemente repetitivos reproducidos por el personal que se encuentra al frente de las áreas de salud ha representado una lucha de poder en materia de la consolidación de una nueva administración de los servicios de salud y por ende del manejo de la información útil para una adecuada y ágil toma de decisiones básicamente en el manejo administrativo financiero así como en el de la gestión de un modelo de atención eficiente equitativo y eficaz para los usuarios externos.

En el caso particular del Area de Salud No. 4 la Coordinación se ha ido desarrollando desde el simple nivel de cubrir ausencias físicas temporales del Jefe de Area a ocupar un lugar determinante en materia del desarrollo del proceso de Acreditación del Area de Salud No. 4. Al punto de que ha sido necesario incrementar el personal

que esta al frente de la misma como enumeramos en la cantidad de recurso y procesos que maneja.

La coordinación ha delineado un plan Estratégico de intervención en el área en donde están señalados todos los procesos relacionados con las actividades delineadas con anterioridad lo que se sintetiza en el diseño y funcionamiento adecuado de los siguientes subsistemas:

AREA	COMPONENTE DE RESPONSABILIDAD
Planeación y Desarrollo	Estructura orgánica estructural y funcional
Enseñanza y Capacitación	Educación Continua y Capacitación
Servicios de Salud	Supervisión, Monitoreo y Evaluación
Recursos Materiales	Abastecimiento
Infraestructura y Equipamiento	Conservación y Mantenimiento
Fomento de la Salud	Participación Comunitaria

Actualmente dadas las actuales circunstancias de desenvolvimiento por un lado de la propia área en materia de su desarrollo, por otro las necesidades de cambio de rol del MSP y las necesidades del Proyecto FASBASE, de tener un referente a escala nacional entre sus áreas intervenidas en materia de Acreditación y de crear standares que le permitan medirse y evaluar impacto este Departamento necesita un replanteo de su intervención, de sus roles de su visión, su misión, sus líneas estratégicas de intervención, la revisión del plan de acción y un manejo ágil y adecuado de la información para una adecuada toma de decisiones como apoyo al nuevo enfoque gerencial.

La falta de un diseño adecuado en el manejo de la información de los diferentes departamentos para reatrealimentar al Jefe de Area y permitirle tomar las decisiones del caso concernientes con esas necesidades antes indicadas, a ello se suma la falta de equipos que nos ayuden a procesar los datos a mas de la falta de un adecuado diseño de un software en materia de administración financiera, de puntos de venta, de bodega, de estadísticas vitales, de programación local, costeo de los servicios, gerencia de recursos humanos y de un programa integrador que permita migrar todos esos datos a una sola base de datos.

ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL AREA DE SALUD

El área de salud es una entidad Tecnico-Administrativa de carácter regional que tiene la responsabilidad de otorgar servicios de salud a la población abierta en el área de su circunscripción y de coordinar los programas institucionales, las acciones intersectoriales y la participación social dentro de su ámbito en busca de mayor eficacia y eficiencia en el desempeño de los servicios de salud.

El componente referido a la Estructura y Organización que tiene como objetivo desarrollar un orgánico funcional que permita el funcionamiento de los demás componentes que en general son :

- ◊ Enseñanza y Capacitación
- ◊ Supervisión y Evaluación
- ◊ Abastecimiento
- ◊ Conservación y Mantenimiento
- ◊ Participación Comunitaria

El concepto de área como jurisdicción sanitaria es el de que realiza funciones de planeación, dirección, coordinación, control, supervisión y evaluación de los servicios de atención médica, salud pública y asistencia social dentro de una área geográfica limitada

Características:

- De dimensionamiento geográfico y demográfico

El área comprende una extensión territorial y una cobertura de servicios de salud determinadas de acuerdo a factores demográficos, geográficos, socioeconómicos, políticos, culturales, epidemiológicos que permitan un ejercicio organizado, sistemático y eficiente de sus funciones.

- De organización

El área debe contar con una estructura orgánica funcional básica que le permita planificar, organizar, dirigir y controlar las acciones de su responsabilidad.

- De operación

Tomando en cuenta que su ámbito de acción lo representa la población que reside en una área geográfica definida debe contar con una Red de Servicios de salud con capacidad resolutoria suficiente para la atención de los problemas de salud.

- De desarrollo

Por su carácter dinámico, debe tener capacidad para evolucionar a estadios mas avanzados, que respondan a nuevas necesidades, en otras palabras debe alcanzar grados de acreditación

Funciones :

De atención medica y salud publica :

- Coordinar y evaluar en su área de influencia las acciones de atención medica, salud publica y asistencia social de acuerdo a la normatividad establecida
- Organizar, Supervisar, Monitorear, Evaluar la prestación de servicios de atención medica para población abierta con base en la normatividad establecida y conforme al nuevo modelo de atención.
- Instrumentar adecuadamente el Sistema de Referencia y Contrareferencia de pacientes y problemas de Salud Publica en los diferentes niveles de complejidad de la red plural de servicios
- Diseñar y ejecutar un adecuado sistema de vigilancia epidemiológica en el nivel jurisdiccional
- Coordinar la integración, procesamiento y análisis información en salud del área bajo su circunscripción conforme al Sistema de Información del MSP y demás normatividad aplicable
- Elaborar y mantener actualizado el Diagnostico de Salud del área
- Supervisar, Monitorear los servicios que brindan las unidades operativas para el desarrollo óptimo de los programas

De Fomento y Control Sanitario :

- Formular e instrumentar el PLIS poniendo énfasis en aspectos de fomento y control sanitario de acuerdo a legislación, normatividad y reglamentación nacional y estatal vigentes.
- Coordinar, supervisar, evaluar los servicios de control sanitario así como el de entrega de permisos sanitarios.
- Promover acciones de orientación e información a la población que faciliten el cumplimiento de la legislación sanitaria.
- Coordinar con la Dirección de Higiene del Distrito Metropolitano el Control Sanitario y la Vigilancia epidemiológica del Area de Cobertura del Distrito Sanitario.

- Coadyuvar al establecimiento de medidas de protección y mejoramiento ambiental relacionadas con el control de enfermedades y vectores de las enfermedades epidemiológicamente mas frecuentes creando o diseñando un modelo en donde se privilegie el control social de los riesgos así como la formación de epidemiólogos comunitarios con los agentes sociales de los conjuntos sociales participantes en el proceso.
- Difundir y vigilar la aplicación de normas técnicas y manuales internos en los centros ocupacionales, para el uso y manejo de sustancias tóxicas, equipo, maquinaria y aparatos, para reducir los riesgos a la salud del personal ocupacionalmente expuesto a los efectos nocivos del ambiente de trabajo estableciendo un sistema de vigilancia epidemiológica de casos y brotes de intoxicación por plaguicidas y otras sustancias tóxicas.

De Fomento de la salud y Participación Comunitaria :

- Planear y controlar (monitorear) la operación de programas de fomento a la salud y participación social de acuerdo a las características socioeconómicas y culturales de la población
- Participar en los Comités Locales o Juntas cantonales de Salud para organizar la gestión de redes así como de modelos empresariales sociales en salud.
- Promover la creación de comisiones y comités de salud y vigilar su operación y funcionamiento.
- Promover la participaron coordinada de los sectores social y privado en acciones de salud.
- Promover la participación organizada de los conjuntos sociales en todo el proceso de planificación y ejecución de los programas de salud.
- Participar en el proceso de formación, capacitación y recuperación de agentes de salud comunitarios así como en la capacitación de los Comités de Salud o Juntas Locales de Salud.
- Promover con la Junta Local de Salud obras de infraestructura y saneamiento básico para beneficio de la comunidad.
- Asesorar al personal de otros sectores estatales o no estatales especialmente en el educativo con el fomento de escuelas saludables para promover acciones de fomento a la salud.
- Fomentar mediante adecuadas estrategias de mercadeo social la mejor utilización y mejoramiento de la accesibilidad a los servicio de salud de parte de los usuarios a las unidades de salud.

De la enseñanza y capacitación :

- Elaborar y actualizar el diagnostico jurisdiccional de necesidades de formación, capacitación y educación continua de los recursos humanos
- Formular o diseñar el programa anual de enseñanza y capacitación
- Instrumentar y controlar la ejecución del programa de enseñanza y capacitación de las unidades operativas
- Formar cuadros de tutores para garantizar el cumplimiento y continuidad de las acciones de enseñanza y capacitación.
- Coordinar y controlar la operación en el área de la enseñanza de pregrado, servicio social y residencias medicas.
- Promover el establecimiento de convenios de colaboración Interinstitucional en materia de enseñanza y capacitación a fin de incrementar en numero y calidad los elementos y procedimientos didácticos.
- Formular y desarrollar el programa de formación de auxiliares de salud para la extensión de cobertura .

Administración de recursos humanos, materiales y financieros:

- Administrar los recursos humanos, materiales y financieros de los servicios de salud del área a fin de asegurar el óptimo funcionamiento
- Operar el sistema de reclutamiento, selección, contratación, inducción y control y pago del personal adscrito a área.
- Implantar y operar el sistema jurisdiccional de abastecimiento con el propósito de suministrar a las unidades operativas los bienes e insumos con oportunidad y suficiencia
- Implantar y operar el sistema de conservación y mantenimiento y complementarios del equipo básico de las unidades operativas del área.
- Integrar la programación presupuestaria del área así como operar su registro y control
- Administrar el sistema de cuotas de recuperación o recuperación de costos previo un análisis o costo de los servicios que brinda la jurisdicción sanitaria.

Enumerados los anteriores procesos para precisar la estructura orgánica se concluye:

- La estructura debe ser congruente con las funciones que esta tiene encomendadas.
- Debe ser flexible de tal forma que permita los ajustes necesarios en el futuro

- Debe ser autosuficiente desde el punto de vista técnico-administrativos a fin de garantizar la programación o planeamiento local de las acciones de salud en su ámbito de influencia.
- Se debe procurar que el área sea sólida para liderar la participación de las instituciones, organizaciones de la comunidad para la consecución de objetivos, metas que promuevan el nivel de la salud de la población.

SISTEMA DE SUPERVISION Y EVALUACION DEL AREA DE SALUD

El proyecto ha desarrollado los instrumentos pertinentes par llevar adelante el Fortalecimiento de la Supervisión, el Monitoreo y la Evaluación cuyo objetivo primordial es servir de mecanismo de apoyo para mejorar la calidad de los servicios.

El área requiere la implantación del sistema que incida en la prestación de los servicios, ya sea para corregir desviaciones o para vigorizar aciertos.

La identificación de problemas como la escasez de recursos, la desarticulación entre los sistemas de supervisión y los niveles de operación la diversidad de criterios y deficiente capacidad en materia de supervisión obliga a buscar alternativas y justifica plenamente el desarrollo de un sistema integral de supervisión que coadyuve al óptimo desarrollo de los servicios de salud.

Se precisa que sea un sistema simplificado y de aplicación permanente y que permita verificar normas de operación Técnico-Administrativa para asegurar mínimos de calidad en la prestación de servicios de salud que se otorgan en las unidades medicas.

Conceptualmente conocemos que forma parte de la etapa de control del proceso administrativo y es un elemento fundamental para la toma de decisiones, sistema metodológico de acciones Técnico-Administrativa tanto de observación directa como indirecta basado en leyes, reglamentos, normas, instructivos y manuales mediante los cuales se puede verificar el apego de una institución o personal a la normatividad establecida y que permite la introducción de sugerencias, correcciones, adquisiciones de conocimiento, habilidades y capacidades que eleven la calidad del trabajo.

Las características básicas de la Supervisión son que: sea planeada, programada, periódica, oportuna, flexible, resolutive, sistemática, confiable, no prejuiciada y que implique enseñanza, asesoría, apoyo; es decir supervisión capacitante.

1.- Supervisión capacitante:

Estrategia para apoyar la planeación y conducción de las actividades de supervisión y capacitación del personal que participa en la prestación de servicios de salud. propicia que el supervisor participe en forma activa y sistemática, utilizando experiencias y conocimientos apoyado en procedimientos estandarizados, en la supervisión y entrenamiento de una persona o supervisado. Se debe realizar en condiciones naturales y durante el desempeño de las funciones, es decir se debe supervisar y capacitar en el propio servicio y debe apoyarse en programas, instructivos, normas y procedimientos específicos

2.- Supervisión sistemática :

En el campo de la salud, la supervisión debe ser efectuada con un enfoque sistemático y consecuentemente realizarse tomando en consideración que existe una entrada al sistema de supervisión, donde se requiere de insumos, se continua con un proceso, donde se articulan los insumos y existe una salida en la cual hay productos y subproductos. De acuerdo a lo anterior hay dos enfoques:

Como sistema; toda vez que comprende elementos que se interrelacionan entre si y se afectan unos a otros. Aquí los insumos para que funcione el sistema son: los recursos humanos (supervisor y supervisado); recursos materiales (normas y documentos de información); los recursos tecnológicos (que incluyen las técnicas y equipos utilizados así como la sistematización de los conocimientos y practicas aplicadas) y por ultimo, los recursos financieros (que son el soporte económico para que se realice la supervisión).

El proceso de la supervisión incluye todas las acciones necesarias para usar óptimamente los insumos; entre ellas tenemos a la coordinación, la ejecución, la verificación del cumplimiento de normas y la evaluación.

El producto de la supervisión es la identificación de desviaciones y aciertos, así como de las necesidades satisfechas y no satisfechas.

Como Subsistema: porque es uno de los elementos integrantes del sistema de prestación de los servicios de salud y uno de los más importantes para que este sistema logre sus objetivos

Propósitos de la Supervisión :

Coadyuva al fortalecimiento de las áreas de salud

Contribuye al mejoramiento de la calidad, oportunidad y calidez en la prestación de los servicios

Identificar con oportunidad limitaciones y omisiones de la operación

Verificar el otorgamiento de mínimos de calidad en la prestación de servicios básicos

Identificar la disponibilidad y suministro de insumos críticos

Aportar elementos para el proceso continuo de información - conocimiento - decisión - acción

Proporcionar asesoría.

detectar y sugerir necesidades de educación formal y capacitación continua

identificar la congruencia de políticas, estrategias, objetivos y metas de la realidad operativa

Identificar los problemas y necesidades para proponer y aplicar acciones resolutivas

Vigilar el aprovechamiento racional y óptimo de los recursos técnicos y materiales

Reconocer habilidades y actitudes positivas de los prestadores de servicios y recomendar estímulos en el trabajo.

Vigilar el cumplimiento de funciones, normas y procedimientos técnico - administrativos.

Comprara y analizar lo realizado con lo programado

Comprobar la veracidad de los informes y reportes

Fortalecer los mecanismos de comunicación y participación

Desarrollar el nivel gerencial de las áreas de salud.

Características y atributos de la supervisión:

Características:

Integra las funciones básicas del control

Proporciona apoyo logístico y de capacitación

Se desarrolla en las condiciones reales de trabajo y con los medios idóneos

Permite la actualización del personal supervisor y de los supervisados

Esta articulada al sistema de información lo cual permite la obtención de datos para la planeación, programación y ejecución

Se basa en normas y estándares vigentes

Es un medio promotor de las relaciones humanas

Atributos:

Debe ser ágil, flexible, simplificada y de aplicación permanente

Debe integrar las acciones técnico-administrativas en todos los niveles y a todo el personal

Debe orientarse al abordaje y resolución de los problemas prioritarios incorporando criterios de garantía de calidad.

Permite verificar las normas de operación de los servicios básicos que se otorgan, para conseguir mínimos de calidad.

Debe permitir el ciclo programación - supervisión - programación.

Induce el proceso de evaluación de los elementos básicos de la operación de los servicios a saber: estructura, proceso y resultados; de tal manera, que el estado en que se encuentre cualquiera de estos componentes, determina el inicio, prosecución o interrupción del proceso de supervisión.

Fases de la supervisión:

La supervisión es un proceso que tiene las siguientes fases:

1.- Planeación

Consiste en definir los objetivos que se persiguen las metas, los recursos, la estructura y las actividades a realizar. En esta etapa, se deben considerar las políticas existentes.

2.- Ejecución

Consiste en verificar que el trabajo se este realizando como estaba planeado para lograr las metas propuestas, así como constatar la existencia y utilización adecuada de los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos que se definieron al inicio. También se revisan jerarquías, funciones y responsabilidades y se observa la correcta aplicación de los procedimientos, esta etapa incluye la conducción, coordinación del proceso de supervisión.

3.- Control

Consiste en analizar la información resultante de la supervisión y efectuar su evaluación para conocer el avance y las desviaciones del proceso e implantar, cuando sea necesario, medidas correctivas.

Tipos de supervisión :

Existen diferentes tipos de supervisión entre los que se pueden mencionar los siguientes:

1.- De acuerdo al método que se utilice puede ser:

- Directa : Cuando se observan a los individuos en sus unidades operativas
- Indirecta: A través de registros

2.- Por el nivel jerárquico en que se desarrolla es :

- Lineal : Cuando se realiza de un nivel superior a uno inmediatamente inferior
- De estado mayor : Las que realizan los órganos superiores dirigida a una distancia mínima de dos niveles jerárquicos inferiores.

3.- por la periodicidad con que se efectúa puede ser :

- Ordinaria : Cuando se realiza de acuerdo al programa y calendario
- Extraordinaria : Cuando se lleva a cabo derivada de una necesidad urgente o un incidente crítico.

4.- Dependiendo de su extensión puede ser :

- Universal : cuando abarca el total de los elementos de la estructura
- Selectiva : Cuando por muestreo se seleccione un elemento

5.- De acuerdo al ámbito en que se desarrolla puede ser:

- Externa : Cuando se realiza por personal que no pertenece al nivel que supervisa
- Interna : Cuando el mismo nivel se realiza por la UCA.

Perfil del supervisor :

Tomando en cuenta la complejidad de la supervisión y los sesgos que pueden presentarse en el curso de la misma, es necesario que dicha acción sea realizada por el personal capacitado, que reúna las características siguientes :

- 1.- Disciplina: para actuar conforme a los principios establecidos por el nivel directivo, lo cual confiere al supervisor una autoridad que debe saber ejercer acertadamente.
- 2.- Experiencia y conocimientos amplios sobre los diferentes campos de salud pública y en particular sobre las áreas y actividades que tienen que supervisar, lo que le otorga la Competencia Técnica.
- 3.- Aptitud intrínseca para transmitir de manera positiva sus conocimientos y experiencias lo cual proporciona ascendencia moral.
- 4.- Habilidad para identificar las causas que dificultan e impiden el cumplimiento de las actividades que deben realizarse de acuerdo a las normas, procedimientos y técnicas establecidas.
- 5.- Iniciativa para implantar y proponer las medidas correctivas que procedan al detectar omisiones o desviaciones así como para la introducción de mejoras que favorezcan el fomento de las actividades.
- 6.- Aptitud para asesorar adiestrar y efectuar recomendaciones en el marco de las políticas vigentes.

- 7.- Capacidad para dirigir, controlar e influir en el personal supervisado, con la finalidad de obtener acciones específicas y mantener la disciplina
- 8.- Facultades para trabajar en equipo con grupos multidisciplinarios, durante el desarrollo de las actividades.

Las anteriores características son comunes para el grupo de supervisores, independientemente del área técnica de competencia, por lo que el personal designado para el ejercicio de la supervisión debe ser objeto de un riguroso proceso de selección, preferentemente a partir del personal que este laborando en la propia área. Así mismo deberá existir el adecuado respaldo, por parte de la institución, para que el personal seleccionado intervenga en los procesos de :

- Suministros suficientes y adecuados
- Capacitación continua, que asegure tanto sus necesidades de actualización como la de sus supervisados.
- Regulación de orden administrativo
- Mecanismos de compensación al buen desempeño realizado.

Metodología :

1.- Organización de la Supervisión:

El proceso sistemático de la supervisión debe incorporarse en un esquema organizacional que permita su aplicación constante en dos modalidades que son :

Supervisión externa : Aquella que pretende conseguir, con enfoque tecnicoadministrativo, un conocimiento de la situación que guarda el nivel estatal, a partir del nivel central, para después descender al nivel de área, correspondiendo a este la supervisión de las unidades productoras de servicios.

Supervisión interna : La que se realiza por personal gerencial de las diferentes áreas que integran cada unidad productora de servicios

Esas modalidades permiten actuar en varios planos :

Descendente : Cuando el acto de supervisión se realiza de un nivel superior a otro inferior, para lograr que el otorgamiento de servicios se realice en base a una programación local, pero de acuerdo a lineamientos normativos generales.

Horizontal : Cuando se efectúa entre áreas del mismo nivel que aportan conocimientos de la situación, para la coordinación de planes y programas.

Ascendente : Cuando los prestadores de servicios expresan sus necesidades básicas indispensable a los niveles jerárquicos superiores.

El ejercicio de la supervisión se sustentara en grupos interdisciplinarios polivalentes, representativos de las áreas técnicas y administrativas responsables según el nivel de la organización de la formulación, desarrollo, aplicación, monitoreo y evaluación del sistema estatal en la materia.

2.- Planeación:

Incluye las siguientes acciones:

Asignación del área.- deberá existir identificación y especificidad en la asignación de áreas y servicios para realizar la supervisión y contar con los instrumentos mínimos indispensables para el logro de los objetivos. Estos pueden ser : guías de supervisión, manuales de procedimientos, instructivos, normas técnicas, listas de cotejos, etc.

Programa de trabajo.- Deberá contarse con un documento, el cual considere las necesidades de supervisión y organice lineamientos estandarizados para verificar en forma periódica y racional, el cumplimiento de los diferentes programas asignados a la unidad supervisada, así como la calidad en la prestación de los servicios de los servicios de salud.

Calendarización.- Se elaboraran calendarios de trabajo en base al programa ya establecido, el cual será flexible y con capacidad de modificarse, de acuerdo a problemáticas detectadas.

Información.-. Se deberá utilizar la información disponible, no solamente la que resulte de supervisiones anteriores, sino además, aquella proveniente de los sistemas de información ya establecidos, para contextualizar y dar congruencia a la supervisión y explotar a l máximo y de manera integral la información sobre los servicios. por ejemplo, la información del sistema administrativo, del sistema de Vigilancia epidemiológica y la que resulte del proceso de evaluación.

Instrumentos de supervisión.- Se deberá contar con un paquete de guías estandarizados y otro tipo de herramientas de supervisión, para evitar con estos instrumentos omisiones o desviaciones que alteren la supervisión y sus resultados.

3.- Ejecución :

Incluye las siguientes actividades:

Presentación: El supervisor deberá presentarse con el responsable de la unidad supervisada, informándole el motivo y características de los trabajos a desarrollar, para obtener los apoyos correspondientes.

Entrevista.- Como uno de los instrumentos mas sencillos y valiosos utilizara el Dialogo e Interrogatorio en forma directa o libre de acuerdo a las necesidades de la misma entrevista

Revisión documental.- Como complemento de la entrevista se deberá efectuar una revisión documental de reportes, registros e informes y otros escritos, que permitan verificar el cumplimiento de lo planeado.

Interrupción selectiva.- La supervisión debe ser evaluatoria de los tres elementos básicos, estructura, proceso y resultado y se debe interrumpir cuando se detecte la inexistencia de alguno de ellos o algún componente indispensable del proceso o acción que se supervise.

4.- Reporte :

En todos los casos se deberá elaborar un reporte en el que se consignen por escrito los resultados de la supervisión, a efecto de los supervisores y la unidad cuenten con ese documento. El informe o reporte de supervisión es indispensable para la toma de decisiones, así mismo deberá ser entregado al nivel supervisado y nivel jerárquico correspondiente.

Se debe buscar la fácil circulación de datos en los sentidos requeridos, que satisfaga la demanda de los usuarios que favorezca la utilización de los datos y que facilite la retroalimentación para la toma de decisiones .

En resumen que constituya una base de datos para ensamble del proceso de programación -

Supervisión - Programación (Monitoreo - Capacitación - Programación) o Proceso de mejoramiento de Calidad usando o enfatizando en el uso de métodos cualitativo a través de esquemas flexibles, adecuados, confiables, útiles, económicos, oportunos que actúen como satisfactores en la continuidad información - conocimiento - decisión - acción.

5.- Evaluación :

Los resultados de la supervisión serán objeto de evaluación para posterior toma de decisiones.

La evaluación de los resultados de las acciones de supervisión se hará mediante el análisis periódico de las supervisiones externas e internas, en sesiones de trabajo con participación del jefe de área, el cuerpo del staff y los supervisores a fin de evaluar integralmente el proceso de supervisión, desde su programación, ejecución, resultados inmediatos e impacto producido.

SISTEMA DE EDUCACION CONTINUA Y CAPACITACION EN LAS AREAS DE SALUD

1.- Descripción

El desafío de alcanzar la SPT 2000 impone entre otros aspectos la necesidad de promover estudios y desarrollar procedimientos que posibiliten la utilización racional del personal del personal asegurando las educación y capacitación permanente de los recursos humanos del área.

Los SILOS requieren personal calificado para asumir las tares y responsabilidades que tiene encomendadas. En esta perspectiva y tomando en cuenta la exigencia de la interacción de los profesionales de los servicios como equipo estrechamente vinculada al proceso de participación social y la capacitación sólo como acciones de interés personal o sólo como funciones remediales de habilitación para el trabajo.

La dinámica que surge a partir de la concepción de SILOS requiere de agentes de salud que interactuen como equipos estrechamente vinculados a la realidad de su ámbito jurisdiccional.

En este planteamiento, la educación continua enfatiza la superación académica para la realización profesional acorde con su función laboral buscando aspectos gratificadores para cada uno de los miembros del equipo de salud en concordancia con la función social de atención de salud, en un proceso que induzca a la comunicación a través de la transmisión y circulación de conocimientos, partiendo de fines comunes.

La capacitación considera que el desarrollo del recurso humano es una estrategia para apoyar el proceso de desarrollo y fortalecimiento de los SILOS, buscando incrementar habilidades, aptitudes y conocimientos a estos recursos.

Es evidente y así se reconoce la existencia de acciones de Educación Continua y Capacitación en la mayoría de unidades medicas que conforman la red de servicios con el objeto de lograr el ejercicio adecuado de funciones que realiza el personal de los servicios por lo que se precisa el establecimiento de un Sistema de Educación Continua y Capacitación que involucre a todo el personal previa la detección de necesidades y problemas educativos y se tenga la capacidad de darles respuesta.

2.- Objetivo :

Proporcionar a los titulares de enseñanza del Area de Salud los elementos teóricos, metodológicos y técnico - administrativos para desarrollar un Sistema de Educación Continua y Capacitación contribuyendo así a la eficacia y eficiencia de los trabajadores de la salud en la prestación de los servicios.

3.- Marco Teórico :

El proyecto SILOS tiene como objetivo desarrollar un sistema en el que de manera integral participen sus diferentes componentes. De acuerdo a lo anterior el Sistema de educación Continua y Capacitación debe incluir a todo el personal con el propósito de dar soluciones integrales a los problemas de salud específicos del área geográfica.

Resulta conveniente definir a cada una de estas dos grandes componentes :

Se entiende por educación continua al proceso permanente y continuo de enseñanza que se inicia al termino de la educación formal, para el desarrollo , actualización, o formación de personal de los servicios de salud y su apoyo a los programas.

Por capacitación a todas las acciones educativas previstas para que los servidores públicos : se incorporen a la institución, incrementen su capacidad para el desempeño de sus funciones o adquieran conocimientos y habilidades para ocupar puestos de mayor jerarquía.

Mediante un Sistema de Educación Continua y Capacitación se favorece el dominio de conocimientos relacionados directamente con el ejercicio y las funciones profesionales del trabajador, es decir, se trata de un sistema orientador e integrador, que se adapta a los requerimientos de los participantes.

Por ultimo cabe señalar que este Sistema de Educación Continua y Capacitación así como necesita incluir problemas relacionados con la atención medica y la salud publica así como la epidemiologia dirigidos a los integrantes del equipo de salud, también debe abordar problemas específicos de las áreas administrativas de abastecimiento, supervisión, participación comunitaria, conservación y mantenimiento y debe servir para incrementar las capacidades gerenciales del propio personal del área de salud.

4.- Etapas para el desarrollo del Sistema de Educación Continua y Capacitación

Para la implantación y desarrollo de un Sistema de Capacitación y Educación Continua es necesario adiestrar al responsable de Enseñanza Continua y Capacitación para asumir las responsabilidades de su competencia tales como :

Planeación

Planeación es un conjunto sistematizado de acciones que permite tomar decisiones racionales, cuyos resultados se prevee sean congruentes con las propiedades internas y externas de la organización, es decir la planeación implica que con elementos del presente, se determinan situaciones para el futuro.

En esta primera etapa se realiza el diagnostico situacional que comprende la formulación del inventario de recursos tanto humanos como materiales. El soporte al programa de Educación Continua y Capacitación se basa en el diagnostico de necesidades reales, lo que permitirá establecer acciones concretas para el adecuado funcionamiento de este componente. Para tal efecto es necesario considerar claramente los principales problemas de salud que aquejan a la población del área mediante el levantamiento de un adecuado perfil epidemiológico a nivel de las unidades y con el trabajo de las causas por egreso hospitalario así como los programas prioritarios de salud a implementarse en las localidades con la intervención de cada uno de los recursos humanos del área.

Como resultado de lo anterior se pueden identificar las deficiencias de habilidades y conocimientos tanto para la correcta realización de los programas prioritarios, como para el fortalecimiento de los diferentes componentes de los SILOS. Tal identificación permite la formulación de los contenidos temáticos.

Para el diagnostico de necesidades se han diseñado dos instrumentos que permiten recabar información y establecer líneas de acción de Educación Continua y Capacitación.

Determinación y Ejecución de Estrategias

El planteamiento de estrategias es una etapa intermedia entre el diagnostico situacional y la formulación del programa educativo a través del cual y mediante modalidades educativas, se busca solucionar los problemas detectados en el área.

Análisis e integración de la información

Una vez cuantificada y calificada la información obtenida del diagnostico situacional, será necesario contrastar el inventario de recursos y detección de necesidades con el panorama general de salud del MSP especialmente con los daños a la salud, endémicas prevalecientes, programas prioritarios y problemas técnico - administrativos detectados para el desarrollo de estos últimos.

Estos formatos permiten determinar las necesidades de Educación Continua y Capacitación que el personal tiene para el mejor desempeño de las funciones que tienen encomendadas. La información de estos formatos debe ser analizada por el responsable de Enseñanza y Capacitación.

La información que contiene el formato debe ser captada por el responsable de Enseñanza y Capacitación del Area intervenida para lo cual debe contemplar los problemas de salud prioritarios, así como los problemas de salud de la población tomando en cuenta la morbi - mortalidad, endemias y motivos de consulta. Es importante recalcar que para la integración de los Temas de educación Continua y Capacitación debe tomarse en consideración los aportes anteriores y pode establecer la temática.

En la etapa de estrategias se debe considerar y remarcar que una vez seleccionados los principales problemas de salud se establece su necesaria vinculación con los programas prioritarios. Estos últimos se constituyen en el eje conductor del proceso educativo. Además de lo anterior se determina la participación de los miembros del equipo como grupo e individualmente, se determinan las deficiencias de conocimiento para la correcta realización de los programas prioritarios y se formula el contenido temático.

A continuación se exponen algunas de las modalidades mas utilizadas de educación continua y capacitación que pueden ser empleadas en el programa del área :

Modalidad	Capacitación	Educación Continua
Curso	x	x
Taller	x	x
Sesión Bibliográfica	x	-
Sesión Clínica	x	-
Seminario	x	x
Conferencia	x	x
Inducción	-	x
Unidades de Enseñanza	x	x
Supervisión	-	x

Formación del programa de Educación Continua y Capacitación.

Esta etapa consiste en la elaboración de un documento donde se describe, en términos generales lo que se pretende lograr en materia educativa, la manera como van a participar los recursos y la evaluación.

Existen múltiples modelos de programas y solo mencionaremos los componentes más sobresalientes, como son :

- Datos de identificación
- Antecedentes y justificación
- Objetivos
- Metas
- Organización
- Metodología
- Cronograma
- Evaluación

Cabe aclarar que el programa general deberá estar constituida por subprogramas dirigidos a los distintos recursos humanos de tal manera que se transforme en un sistema que involucre a todo el personal del área.

Organización

Es responsabilidad del responsable de Educación y Capacitación :

Planear el programa de Educación Continua y Capacitación

Coordinar el programa

Promover conjuntamente con los ejecutores de IADAS la realización de eventos

Establecer lineamientos de control, supervisión y evaluación.

Evaluación

La evaluación tiene como propósito juzgar el programa con base en un proceso formal de indagación. Este procedimiento debe ayudar a observar y mejorar lo que se esta haciendo, por lo que es necesario diseñar un programa que relacione tanto los antecedentes, las operaciones y los resultados y así tener un sistema que permita la retroalimentación. La evaluación no se basa solamente en los resultados que inicialmente se buscan con el programa sino que también deben considerarse los efectos secundarios y logros obtenidos con la implementación de este.

El procedimiento que proponemos para la Evaluación del Componente es:

Antecedentes.- Mediante un cuestionario de preguntas abiertas se indaga las condiciones existentes previas a la implantación del programa de Educación y Capacitación.

Operación y resultados.- Mediante el diseño de formatos que concentren la información clave.

El análisis de la información consiste en contrastar lo programado con lo realizado, considerando la congruencia y su aceptación por el universo al que fue dirigido.

Con investigación permanente de la necesidades educativas y de capacitación se pueden realizar eventos educativos fuera de programa, lo cual implica realizar ajustes tanto al programa actual como a los subsecuentes.

La necesidad de conocer los antecedentes de los Programas de Educación Continua y Capacitación del Personal nos permitirá orientar nuestras acciones ya que partiendo de una información de o que se ha realizado antes de la implantación de programa de áreas modelo podremos determinar el cambio sustancial en este proceso o componente

Instrumentos de Apoyo:

En este punto se presentan algunos instrumentos de apoyo indispensables para establecer y reatrolimentar el Sistema de Educación Continua y Capacitación en el Area Demostrativa de Salud.

Para el diagnostico situacional, se han diseñado tres instrumentos que permitirán recabar y analizar la información necesaria para la planeación de actividades educativas

Instrumento para recabar información directamente del personal sobre :

Datos generales, los cuales son útiles para cuantificar por numero, por rama y por escolaridad a los integrantes del área de salud

Necesidades de capacitación ; en donde se detectan los requerimientos educativos de todo el personal para le ejercicio de sus funciones.

El instrumento que cuantifica y califica la cantidad de recursos físicos y materiales disponibles para la enseñanza de cada una de las unidades aplicativas, información que debe ser llenada y revisada con el personal responsable de dicha unidad

Instrumento que concentra datos del personal por nombre, rama laboral, función, antigüedad y escolaridad máxima que va desde primaria, secundaria, educación técnica, bachillerato, licenciatura, especialidad, maestría y doctorado.

Censo de recursos humanos del área para educación continua y capacitación :

El presente formulario debe ser llenado directamente por todo el personal de la jurisdicción.

I.- Datos generales:

Nombre	Edad
Puesto	Función
Programa en el cual labora	
Adscripción	
Antigüedad institucional	Años
Grado máximo de Estudios	

II.- Necesidades de Educación Continua y Capacitación

- 1.- Actividades que desempeña.....
- 2.- Cuales son los principales problemas para el ejercicio de sus actividades relacionados con la educación continua y capacitación.
- 3.- Proponga hasta 5 temas de educación continua y capacitación que permita mejorar sus actividades
- 4.- Ha recibido alguna capacitación en los dos últimos años
 - Si...
 - No...
- 5.- Si la respuesta anterior fue afirmativa enliste cada uno de los eventos a los que asistió

Nombre	Duración	Fecha
--------	----------	-------

6.- Si la respuesta fue negativa indique porqué :

Censo de recursos materiales del área para educación continua y capacitación :

El presente formato debe ser llenado por el personal directivo de las unidades aplicativas

Area
Unidad Operativa

I.- Recursos físicos del Area

Indique cuales son los espacios físicos con los que cuenta

Aulas (Numero)	Capacidad
Auditorio (Numero)	Capacidad

II.- Mencione a las instituciones que apoyan con espacios físicos, para la realización de eventos de Educación Continua y Capacitación indique tipo y numero

Institución	Tipo	Número
-------------	------	--------

Equipo de Apoyo

Apoyo	Si	No	Número			Condiciones
			Bueno	Regular	Malo	

Pizarrón

Rotafolio

Pantalla

Proyector de Diapositivas

Proyector de acetatos

Proyector de cuerpos opacos

Monitor

Videocasetes

Mimeógrafo

Fotocopiadora

III.- Material didáctico :

1.- Diapositiva	si	no
Temas		
2.- Videocasetes	si	no
Temas		
3.- Rotafolios	si	no
Temas		

Concentración de datos del personal del personal para el programa de educación continua y capacitación:

Instrumento de trabajo del Responsable de Capacitación

Area
Provincia
Unidad Fecha

Nombre	Rama	Funciones	Antigüedad	Grado	Máximo de Estudios
Temas					

Educación Continua Capacitación

Area
Provincia

Programa de salud	Problemas de salud	Temas
-------------------	--------------------	-------

Calendarizacion de actividades

Area
Provincia
Período

No.	Nombre del Evento	Dirigido a	Sede
	Fecha	Rama	Número

Evaluación del programa de Educación Continua y Capacitación

Provincia
Area

Se elaboró un programa de Educación Continua y Capacitación del Area en los dos años previos al establecimiento actual?

Cuales eran las meta numéricas de los Programas de Educación Continua y Capacitación en esos años? Porcentualmente cual fue el avance entre lo programado y lo realizado.

Fué elaborado un cronograma de actividades para esos programas de esos dos años.

En los programas de Educación Continua y Capacitación cuáles fueron las ramas?

Porcentualmente mencione la participación del área - médica - paramédica y administrativa

Mencione los 10 principales temas comprendidos en el Programa de Educación Continua y Capacitación en los dos años anteriores.

Cuales fueron los principales problemas que se observaron para el desarrollo de los Programas de Educación Continua y Capacitación en los dos años anteriores.

Evaluación del programa de Educación Continua y Capacitación

Provincia
Area
Período

Nombre del evento	Modalidad	Fecha de realización	No. de participantes	Total de horas	Créditos
-------------------	-----------	----------------------	----------------------	----------------	----------

Evaluación del programa de Educación Continua y Capacitación
Eventos no Programados

Area
Período
Nombre del evento Modalidad
Dirigido a Fecha de realización
Duración en horas
Razones para su programa
Rama No.

SISTEMA DE ABASTECIMIENTO EN LAS AREAS DE SALUD

1.- Introducción

El abasto en los diferentes niveles de la estructura de servicios de salud, tiene una gran importancia, ya que la falta de oportunidad en el suministro de bienes e insumos ocasiona grandes problemas en la operación de las unidades operativas de salud, especialmente en la prestación de servicios de salud.

Se entiende por sistema de abasto en el campo de la salud, "el conjunto de elementos normativos de estructura, humanos financieros que articulados funcionalmente permiten la programación, adquisición, almacenamiento y distribución de bienes que se requieren para la operación de los servicios de salud". El sistema se regula y fortalece con mecanismos de información y control adecuados.

El funcionamiento de un sistema de abasto, cuyas características sean la agilidad, eficiencia y oportunidad, se consigue cuando se atienden de manera integral todas sus fases y se logra una correcta articulación y sincronización entre ellas. Sustentados en la normatividad vigente.

Para fines operativos, el sistema de abasto dentro de un Sistema de Salud y específicamente en el Area de Salud, este es el nivel a que se refiere en este documento. Y se precisa tener una bodega o almacén jurisdiccional que permita dar continuidad y fluidez al proceso de abasto.

2.- Propósito

La idea es dar algunos lineamientos técnicos y estrategias, para que las áreas involucradas identifiquen y asuman su responsabilidad para lograr un eficaz funcionamiento.

3.- Objetivo

Promover la implantación de un **Sistema de Abasto** en todas sus fases, para contribuir a la adecuada operación en las unidades aplicativas.

4.-Etapas del Sistema de Abasto

Con el propósito de que el abasto se realice en forma adecuada en cuanto a su oportunidad, cantidad y calidad, es indispensable que sus cuatro etapas o componentes estén debidamente articulados y que cada uno de ellos se lleva a cabo correctamente. Los mecanismos a través de los cuales se interrelacionan estas etapas son la Información y el Control

Etapas del Sistema de Abasto:

Información

Programación	Adquisición	Almacenamiento	Distribución
Presupuestacion			Control

Programación y Presupuestación

Esta etapa es fundamental para iniciar el sistema o ciclo de abasto y la exactitud con la cual se realice, dará como resultado la existencia de insumos en los almacenes, en la cantidad y calidad necesarias para satisfacer la prestación de servicios de unidades aplicativas.

Para su realización, es indispensable contar con la información veraz y oportuna en lo que se refiere a demanda y consumo de bienes en las unidades. Para ello se propone la utilización del formato único que simplifique la información y facilite su registro a nivel de la unidad así como el procesamiento y análisis del nivel de área para la validación y tramitación correspondiente. (ver anexo).

La información consignada en el formato único, deberá ser sustentada y respaldada con las recetas expedidas por los médicos y con las salidas del almacén o bodega.

En materia de presupuestación, es importante mencionar que esta deberá ser manejada en forma coordinada con el nivel central estatal, para la aplicación correcta de la normatividad vigente en el registro de adquisiciones.

Adquisiciones

Con base en la información obtenida sobre demanda, consumos y existencias y de acuerdo al presupuesto asignado, se planeará la adquisición de los bienes que se requieren. De acuerdo a la normatividad vigente y con el fin de abatir costos, se recomienda que las adquisiciones de grandes montos se realicen de manera consolidada, sin embargo es deseable desarrollar la capacidad administrativa de las jurisdicciones para que hagan compras directas en los casos que sea estrictamente necesario, sin que esto propicie la omisión de la observancia de los cuadros básicos vigentes o standares o que por circunstancias de promoción comercial o preferencia del medico tratante se compren insumos médicos sustitutos de los que se encuentran en existencia en el almacén.

Almacenamiento

Para que el almacén sea verdaderamente operativo, de principio es indispensable contar con el área física suficiente, que a su vez comprenda espacios bien delimitados para la recepción, almacenamiento, red fría, acopio, despacho y área administrativa;

necesarias para realizar eficientemente las operaciones básicas de recepción, guarda y conservación, registro y despacho. Respecto a estas últimas describiremos brevemente cada una de ellas:

Recepción :

Esta operación se divide en dos fases:

Recepción documental.- En el caso del sistema jurisdiccional de abasto la recepción tiene dos modalidades: la primera y más común es la recepción de bienes, procedentes de niveles jerárquicamente superiores en cuyo caso la recepción documental debe ser confrontada contra la solicitud elaborada en la propia área, con el objeto de no recibir bienes que no se solicitaron y evitar la creación de excedentes en el almacén o bien para determinar faltantes por carencia de existencias en el nivel central.

La segunda modalidad es la compra directa a proveedores, en que la revisión documental consiste en la confrontación de la solicitud de compra contra el documento que ampara la pretendida entrega de bienes (factura o nota de remisión) y cuyos documentos deberán ser presentados precisamente por el proveedor.

Recepción física.- Esta se hará en cuanto las cantidades que ampara el documento de entrada, previa inspección por atributos de los artículos que se van a recibir, por ejemplo : que los empaques contengan el nombre del producto, clave, nombre del fabricante, fórmula, número de lote y cuando estos tengan fecha de caducidad que no sea menor al de un año, que el empaque y envase no se encuentren manchados, rotos o deteriorados. Si los artículos reúnen los requisitos de cantidad y calidad, se les dará firma, sello y número de registro de entrada. Esta acción deberá realizarla el responsable del almacén o persona autorizada.

Guarda:

De acuerdo a las características de los bienes, estos serán ubicados dentro del almacén, en lugares apropiados para su adecuada conservación. Por ejemplo : los supositorios y óvulos, no deberán almacenarse cerca de lugares calurosos por el riesgo de deterioro, así mismo los artículos de gran peso y volumen, se buscará que para facilitar su operación y optimizar espacios, se almacenen en tarimas, próximos a las áreas de acceso.

Es importante destacar que la identificación de los bienes deberá realizarse en el momento que se acomoden en su lugar previa observancia del Sistema PEPS (primeras Entradas - Primeras Salidas) que consiste en priorizar la salida de aquellos bienes que fueron recibidos con anterioridad.

En el caso de Insumos que requieran refrigeración, es importante que el equipo donde se guarden, permita la lectura de la temperatura que esta en norma. Para la conservación de algunos productos, esta deberá fluctuar entre 2 y 8 grados

centígrados, observación que se anotará en la etiqueta del producto. Por ejemplo insulinas y algunos reactivos.

c) Registros (Control de existencias)

Para el registro de existencias se recomienda el uso de tarjetas kardex, las cuales contienen los siguientes datos: Clave, Descripción del Artículo, Unidad de Medida, Determinación de Mínimos y Máximos y las Columnas de fecha, Referencia, Entradas, Salida y Saldos. Cuando se manejen costos, las tarjetas contendrán los espacios correspondientes.

Cabe señalar que en la medida que se manejen adecuadamente las tarjetas kardex, se podrán establecer los fondos fijos o los máximos y mínimos. Por otra parte es recomendable el registro mecanizado de esta información a través de una microcomputadora o de un terminal en el almacén, de la computadora del área informática; el registro computarizado debe ser llevado durante un tiempo razonable, en forma paralela con el manual hasta tener un alto grado de confiabilidad en la información manejada a través de la maquina.

Despacho

De principio y siguiendo los lineamientos del sistema PEPS, se procederá al surtido, que se realizará con base al formato único previamente autorizado por la autoridad correspondiente, en cuanto a las claves, genéricos y cantidades que deberán ser suministrados.

Posterior al surtido y en el área de acopio y despacho previamente determinada, se concentraran los diferentes paquetes de surtido, verificándose las cantidades surtidas y procediéndose, entonces al adecuado empaque y embalaje de los bienes para protegerlos durante su traslado, considerando aquí la identificación de los paquetes, con los datos de los destinatarios.

Así mismo, durante esta función se realizará el registro de salida que estará basado en el formato único, con el que se entregan los bienes a la unidad que recibe.

Distribución

En el inciso anterior se señaló como una de las áreas física del almacén, la de acopio y despacho en la cual se inicia el proceso de la distribución. Para obtener resultados en cuanto a la optimización de recursos materiales financieros y de equipo, es necesario trabajar bajo el esquema de una distribución calendarizada y conocer la situación geográfica del territorio en el que se está trabajando, para determinar tiempo de traslado, condiciones de las vías de comunicación, etc., con el objeto de establecer rutas que permitan el aprovechamiento al máximo, ya sea de los equipos zonales o de otros medios complementarios.

Con el uso de un formato único, el responsable de la entrega efectuará esta en su destino recabando firma y sello de la unidad que recibe los bienes, mismo formato que será remitido al almacén que llevó a cabo el suministro.

Importancia y justificación del Almacén o Bodega del Area.

El desperdicio de recursos por no realizar las adquisiciones justo a tiempo es un problema manifiesto en las unidades operativas, el tener una bodega en el área favorece el flujo de suministros a las unidades operativas lo que permite tener una idea integral y permite un mejor control de calidad y eficiente planeación coordinada en el proceso de adquisición. De tal forma que pueda brindar información en el futuro para realizar adquisiciones consolidadas. Es quienes en forma minuciosa deben estar al tanto de que no les falte lo necesario para su aplicación a las unidades operativas

Areas involucradas en el abasto

Resulta indispensable la implantación de sistemas administrativos que permitan conocer consumos y demandas reales, debemos entender como consumo todos aquellos insumos que de acuerdo a sus existencias, permitan satisfacer los requerimientos de los usuarios, como demanda se entiende la suma de la cantidad anterior, más la cantidad de bienes que por falta de existencias, no fue posible disponer para atender los requerimientos. Esta ultima nos proporcionará el parámetro real de los insumos y las cantidades que deberán ser solicitadas o adquiridas. Es preciso establecer que la adecuada coordinación entre las unidades operativas y el nivel jurisdiccional, dará resultados en la etapa de programación que a su vez se reflejarán las demás fases del proceso de abasto .

La determinación de la demanda que no fue satisfecha por falta de existencias en el almacén, podrá captarse con base a los recetarios u hojas de trabajo médico.

El siguiente nivel es el área donde según la información proporcionada por las unidades operativas, se abocara a elaborar los seguimientos de consumo y demanda para establecer los fondos fijos y/o los máximos y mínimos, así como la periodicidad en el suministro por cada unidad de salud.

Además podrán determinarse las compras, que por su urgencia deberá realizar la propia jurisdicción y globaliza las necesidades, mismas que valiéndose del formato único serán captadas a nivel central.

El nivel Provincial revisará o sancionará en términos de control la información y requerimientos turnados.

La adecuada vinculación funcional de los tres niveles y la existencia eficiente en cuanto a existencias, planeación y calendarización de los suministros, lo que traerá el hecho de las bodegas de área cuenten con lo necesario para satisfacer la demanda de insumos médicos y otros bienes de las unidades operativas.

Recursos humanos

Se propone que la planilla básica indispensable para la operación del sistema de abasto, conste del siguiente personal:

Un jefe de bodega

Un auxiliar de almacén

Una secretaria

Funciones :

Jefe de Bodega

Aplicación e instrumentación del sistema

Calendarización y seguimiento del programa jurisdiccional de abasto

Verificación documental

Recepción física

Registro de control de existencias

Determinación de mínimos y máximos

Información de áreas involucradas

Supervisión del personal del almacén y de la función de almacenamiento en las unidades operativas.

Evaluación de los resultados de la supervisión y reporte al área superior inmediata.

Así como todas aquellas actividades que disponga la autoridad del área.

Auxiliar de bodega:

Acomodo de los bienes recibidos

surtido de requisiciones debidamente autorizadas

Limpieza del almacén

Entrega de bienes a los equipos zonales o al responsable de la distribución

Apoyo cuando sea necesario en la distribución

Cumplir con las instrucciones del jefe de bodega o la autoridad del área

Informar todo lo referente de la operación a su jefe inmediato.

De la secretaria

Apoyar con el trabajo mecanográfico que se origina en la bodega

Llenar el archivo de los documentos que maneja el área

Atender y efectuar las llamadas telefónicas.

Es la plantilla mínima indispensable para cualquier área. Sin embargo tendrá que ser ampliada si el trabajo así lo justifica.

Infraestructura Básica para la Bodega del Area y para Almacenamiento

Según análisis de cargas de trabajo y el volumen de bienes manejados por las áreas, se llegó a la conclusión de que la bodega deberá tener características en cuanto a espacios, equipo, recursos humanos y servicios, que permitan hacerlos operativos.

Así mismo para que los procedimientos administrativos sean adecuados para su correcto funcionamiento y permita la adecuada implantación de las áreas operativas, que ya con anterioridad han sido mencionadas y se proponen las siguientes características para la bodega:

Superficie: 120m²

Equipo: 20 anaqueles metálicos

20 tarimas para objetos de gran peso y volumen

Red Fría : en virtud de que algunos productos requieren temperatura adecuada para su conservación

Equipo de maniobra: carro plataforma con ruedas

Equipo de computación

Gabinetes kardex

Vehículos para desplazarse al interior y exterior del área
espacio adecuado en unidades aplicativas

SISTEMA DE CONSERVACION Y MANTENIMIENTO EN EL AREA PILOTO

1.-Introducción

El mejoramiento de la calidad de los servicios de salud se ha visto limitado entre otros factores, por el deterioro de las instalaciones y los equipos de las unidades de salud, lo que se debe a una falta de un adecuado sistema de conservación y mantenimiento .

Una de las causas de esta situación es la carencia de un presupuesto suficiente para las actividades de conservación y mantenimiento y también porque a nivel de prioridad de asignación de recursos para este Subsistema lo que tradicionalmente ha sido muy limitado.

Además es frecuente la desviación de recursos con que se cuenta hacia programas o actividades no relacionadas con la conservación y el mantenimiento cabe agregar una insuficiencia de recursos humanos para desempeñar esta función y la falta de capacitación de los mismos así como la carencia de inventarios funcionales de equipos y del estado de los inmuebles, factores que se traducen en limitaciones para la priorización de necesidades y para la programación de actividades.

Por estas razones se debe fortalecer este componente de conservación y mantenimiento para incrementar la capacidad técnica y administrativa de los SILOS o Areas de Salud. con este sistema se pretende elevar la capacidad funcional de las instalaciones y equipos de salud, para atender más eficazmente las demandas y necesidades reales de salud de la población abierta.

Va permitir integrar los recursos que se destinan en otros niveles a la asignación de recursos para estos fines con los del nivel operativo y los provenientes de la participación social expresada a través de la acción de los miembros y grupos de la comunidad.

Esta integración pone en juego al resto de sistemas de apoyo que operan en la comunidad.

2.- Objetivo

Dotar al personal de los elementos para el establecimiento y operación de un sistema de conservación y mantenimiento de las unidades de salud, para que estos constituyan espacios funcionales para la adecuada y eficiente prestación de servicios.

3.- Estrategia

Se basa en la convergencia y coordinación de la unidad de mantenimiento del nivel central, la unidad de mantenimiento del nivel Provincial, de los recursos presupuestarios asignados par este fin al área, así como de los recursos mas importantes relacionados con la presencia de los conjuntos sociales presentes en el área de salud con énfasis en la capacidad polivalente de los recursos humanos asignados que tendrán que resolver los problemas básicos de conservación y mantenimiento del área sobre todo de las unidades de primer nivel.

4.- Descripción del sistema

Características generales del sistema

El sistema es integral, porque las acciones que desarrolla incluye todas las áreas de conservación y mantenimiento como son las de obra civil y las de equipamiento.

Es iterativo ya que cíclica o periódicamente debe realizar una valoración del estado funcional de la obra civil y del equipamiento para determinar las necesidades, de tal forma que priorizando las acciones por quienes intervienen en estos trabajos se pueda mantener unidades en condiciones permanentes de operación.

Tiene unidad de acción, pues permite poner en juego elementos de diferentes niveles y ramas de actividad. Incorpora los recursos estatales, los recursos de las áreas, los de las unidades operativas que son sujetos de intervención del sistema y los de la propia comunidad, es aquí donde se incorpora el trabajo del técnico polivalente en coordinación con otros actores y permite la participación de áreas como la de capacitación

Es participativo al preveer que las comunidades, las personas, los grupos organizadamente colaboren y se responsabilicen de algunos trabajos y en la dotación de recursos materiales y financieros para ciertos rubros de conservación y mantenimiento de las unidades, a manera de contraprestación de los servicios que reciben

Es oportuno ya que cuenta con mecanismos para la detección rápida de necesidades y una respuesta temprana con acciones resolutorias, para evitar que el deterioro de las instalaciones y equipo afecten el buen funcionamiento de las unidades de salud.

Por ultimo una de sus más importantes características es la ser costeable pues la utilización del técnico polivalente como estrategia fundamental para la resolución de la mayor parte de requerimientos, abate costos al incorporarlo a un sistema cíclico y continuo de visitas de la UCA a las unidades de salud. por otra parte la organización par la participación comunitaria, conduce al acopio de recursos de diversa índole, que se suman a la inversión institucional

Organización

La organización del sistema incluye los niveles de intervención, las funciones que se realizan en cada nivel y el personal y recursos de cada uno de ellos.

Aunque el eje rector del sistema lo constituye su propio personal y recursos y la forma como estos se organizan para efectuar el trabajo, en realidad hay tres instancias que intervienen en diferentes niveles y de distinta forma. Estas instancias son : el nivel estatal, la dirección de salud y el área y su vinculación puede ser así

Sistema de Conservación y Mantenimiento

Organización

Nivel	Modalidad de Intervención	Acciones Resolutorias
Central	Equipo estatal	Reparaciones generales y complejas
Area	Técnico Polivalente	Reparaciones más comunes
Unidad Op.	Participación social	Aporte de grupos sociales y obras civiles menores

Nivel estatal

Todos los servicios estatales de salud cuentan, en diferentes grados de desarrollo, con una área destinada a la Conservación y el mantenimiento y que operan con diferentes modalidades, dentro de las que se pueden distinguir:

El nivel central debe poseer una programación determinada su limitante es el numero de unidades operativas por lo que su papel debe consistir en crear normas y standares en materia de equipamiento y mobiliario así como de conservación de infraestructura. Debe entregar lineamientos para que el nivel Provincial apoye en el Seguimiento y Monitoreo del cumplimiento de esos standares y normas emanados desde el nivel central

Eventualmente atenderán problemas urgentes y de magnitud importante pero se pueden hacer consideraciones relacionadas con el contrato hacia fuera y con terceros (outsourcing)

Funciones :

Emanar lineamientos en materia de actividades de mantenimiento en :

- Reparación general de instalaciones hidráulicas, eléctricas y sanitarias

Reparación de equipos de aire acondicionado, bombas de agua y calderas.

Reparación de congeladores y refrigeradoras

Reparación de trabajos de herrería que requieran soldadura electrizada.

Realización de otras reparaciones, que por su magnitud y necesidad de utilización de material y equipo complejo, no puede llevar a cabo el recurso polivalente de los otros niveles

Programaciones o lineamientos en base a las realidades locales y Provinciales o jurisdiccionales.

Nivel de área de salud

Aquí se coordina la participación de las otras instancias del sistema y le corresponde la ejecución de la mayor parte de labores de conservación y mantenimiento de las unidades ubicadas en su área. Para ello precisa los recursos humanos, materiales, financieros de mayor cuantía.

La modalidad básica y distintiva de intervención en este nivel, lo representa el técnico polivalente capacitado y dotado de herramientas, equipo y material suficiente así como de vehículo para el cumplimiento de sus funciones.

Apoyado por el responsable jurisdiccional de conservación y mantenimiento y coordinado por los demás integrantes recorrerá programadamente todas las unidades

de primer nivel de tal forma que visitara mensualmente todos los establecimientos de su área de influencia.

Funciones del nivel de área:

Elaborar el programa jurisdiccional

Presentar las necesidades de intervención de la unidad móvil o equipo zonal

Integrar el cuadro de herramientas, equipo, material y refacciones para el trabajo del técnico polivalente

Establecer y actualizar el inventario funcional de obra civil y equipo

Asegurar que el vehículo se mantenga en óptimas condiciones de funcionamiento

Realizar los siguientes trabajos de Conservación y Mantenimiento

En instalaciones hidráulicas y sanitarias

Reparación de fugas

Reparación de empaques

Reparación de tanques de W.C., lavabos,

Calentadores de agua

Limpieza de cisternas y drenajes interiores

Instalaciones menores de red hidráulica

En instalación eléctrica

Reparación elemental de la red eléctrica

Reparación de lámparas y sustitución de focos y tubos fluorescentes

Instalación de extensiones menores

Reparación de lámparas

Termostato de refrigerador

Reparaciones de bomba de agua

De carpintería

Reparación de puertas y herrajes (chapas y bisagras)

De herrería

Reparación de ventanas y puertas metálicas y de aluminio que requieran soldadura eléctrica.

Situación de vidrios

De albañilería

Reparación elemental de techos e impermeabilización

De reparaciones de equipos médicos básicos

Reparación de estetoscopios

Reparación de tensiómetros

Promover a través del promotor de salud del equipo, la integración y participación de los comités de salud, personas y grupos organizados de la comunidad, en trabajos de conservación de obra civil de las unidades de salud.

Supervisar el trabajo realizado en las unidades

Evaluar el programa de conservación y mantenimiento

Nivel de Unidad de Salud

Son las depositarias de las acciones del sistema y su personal directivo y administrativo participa facilitando el trabajo de la unidad móvil del área e interviene activamente mediante la promoción de la participación comunitaria apoyada por el promotor polivalente.

Funciones:

Aplicar el levantamiento del inventario funcional de la obra civil y el equipo

Señalar prioridades para los trabajos de conservación y mantenimiento

Apoyo del técnico polivalente para que a través de personas, comités de salud participe en obras, dotaciones de insumos y pago de servicios a terceros para contratación en obras de conservación y mantenimiento. En materia de :

Limpieza de tanques y cisternas

Drenajes exteriores

Pintura del inmueble

Mantenimiento de jardines y áreas verdes

Obras de albañilería para remozamiento de la unidad

Impermeabilización de techos o inmuebles

Informar al área sobre los resultados de la participación comunitaria

Por razones de urgencia y con base en las cuotas de recuperación de costos subrogar servicios de conservación y mantenimiento localmente.

Con el equipo básico de herramientas realizar trabajos de conservación y mantenimiento

Operación del sistema

Va desde el diagnóstico de la situación hasta la evaluación de las actividades realizadas en materia de conservación y mantenimiento. Y son sus etapas:

Inventario funcional de obra civil y equipo

Determinación y priorización de necesidades

Programación con :

- Justificación
- Objetivos
- Metas
- Actividades
- Calendario de Actividades
- Organización
- Recursos
- Control

Coordinación

Evaluación

Conviene establecer algunos indicadores como instrumentos para fijar puntos de referencia de la evaluación.

Porcentaje de conceptos de obra civil consignadas como "con fallas" al inicio del año en relación al total

Porcentaje de equipo "con fallas" al inicio del año en relación al total

Porcentaje de trabajos de obra civil realizados en relación a los programados

Porcentajes de reparación de equipos realizados en relación a los programados

Porcentaje de trabajos obra civil realizados en relación a los programados

Porcentaje de trabajos de reparación de equipamiento, realizados por el equipo zonal, en relación a los programados.

NOMBRE DE LAS UNIDADES OPERATIVAS	ADMINISTRACION INTERNA										ASPECTOS RELACIONADOS CON LA COMUNIDAD									
	ELABORA CRONO.	PROCH. ANAL.	CUADER. DE ACTIV.	ROTULO HOBATO	COMUNI- CACION	MEDIOS EDUCAC.	RECIST. ASISTENC.	ACTAS DE COMUNID.	MAPA PARLAN.	IDENT. Z. RIESGO	UBICA FAM-RIES	TIEMPO ACTUAL	COMISION DE SALUD	REUNE CON COMUNIT.	EDUCAC. A COM.	ELABORA MAT-ED.	VISITAS DOMIC.	ING-RC ACTOS.		
LUCHA DE LOS POBRES	50	100	25	0	25	0	25	0	100	100	0	0	100	100	100	25	25	100		
	100	0	0	50	50	75	25	0	100	100	100	50	0	25	100	100	0	0		
PUENGASI 2	0	100	0	100	100	100	100	0	100	100	0	100	50	50	50	100	0	100		
UNION DE CIUDADELAS	0	100	0	100	50	0	50	0	100	100	0	0	0	25	0	50	75	0		
PEROVIAARIA BAJA	25	100	0	100	100	100	75	50	100	100	25	0	50	75	75	100	50	100		
OBERRO INDEPENDIENTE	50	75	50	100	100	100	75	0	0	50	0	0	0	0	100	100	100	0		
CRIRIYACU ALTO	25	50	25	50	100	0	50	0	0	100	100	25	100	100	100	100	25	100		
EL CARMEN	100	0	75	100	100	100	100	0	100	100	100	0	100	100	100	100	100	100		
CHIRIYACU BAJO	100	100	100	100	100	100	75	100	0	0	0	0	100	100	100	100	100	100		
HIERRA BUENA 1	100	50	100	100	75	100	50	0	100	100	100	100	50	50	100	100	100	0		
HIERRA BUENA 2	100	100	50	100	0	0	0	100	100	100	0	0	0	0	100	100	100	100		
ORIENTE QUITERO	100	0	100	100	100	100	0	25	50	50	50	0	75	50	100	100	100	100		
AIDA LEON	100	25	50	100	100	100	100	0	100	100	100	100	0	0	100	100	100	100		
FORESTAL	100	0	50	100	100	50	50	0	25	0	0	0	0	0	75	100	0	100		
ARGELIA	50	50	50	0	75	25	75	100	100	100	75	0	100	100	100	100	25	100		
LUDUNCOTO	0	75	100	50	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		
PUENGASI 3	0	0	50	25	0	0	0	0	25	25	25	0	0	25	0	0	0	0		
PALUCCO	100	100	100	75	100	100	100	100	100	100	0	100	100	100	100	75	100	100		
PIO XII	100	75	75	100	75	100	100	100	100	100	100	0	100	100	100	100	75	100		
PUENGASI 1	100	75	50	50	50	100	100	100	100	100	100	100	100	50	100	100	100	100		
PEROVIAARIA ALTA	100	100	0	100	50	100	100	0	100	100	100	0	0	25	100	100	0	50		
FORCENTAJES	70.0	58.8	52.5	75.0	72.5	67.5	63.8	38.8	80.0	81.3	48.8	33.8	51.3	53.8	85.0	87.5	58.8	72.5		

ACTIVIDADES DE GERENCIA															ASPECTOS TECNICOS										TOTAL		% DE CUMPLIMIENTO	
NOMBRE DE LAS UNIDADES OPERATIVAS	CONOC	ORDENOS	CEVA	INDICA-	PROG.	INDICES	PLIS	SABANA	PAPETE	ANALISIS	ALGORIT-	EDUCACION	AIEPI	HISTORIA	EMVA	CONVET.	RETRO-	EQUIPOS	MANEJO	REPOSIC	FORMATE	MUNDO						
	PROG.	EXP. CNO.	EPIDEM.	DORES	REC. -BRET	CRD-CROD		MORIT.	DIARIO	EPI	MOS	PERF. EPI		CLINICA	EST. AREA	POE MES	ALIMENT	DAÑADOS	PARTES-D	EQUIPOS								
LUGAR DE LOS POBRES	0	0	100	100	100	25	0	0	100	100	0	50	100	0	100	25	100	0	100	0	100	50.0						
PUEMGASI 2	100	0	0	0	50	0	0	100	0	0	0	0	0	0	100	0	100	0	0	0	50	1375						
UNION DE CIUDADELAS	25	25	0	100	100	100	75	75	0	0	0	0	0	50	100	0	100	0	0	0	1900	50.0						
PERUVIARIA BAJA	0	0	0	0	75	100	100	100	0	50	0	0	0	0	100	75	0	0	0	0	1275	33.6						
OBRERO INDEPENDIENTE	100	0	0	0	75	50	25	25	100	0	0	0	0	75	100	25	0	0	50	0	1900	50.0						
CRIVACU ALTO	50	0	100	0	50	0	100	100	0	100	0	100	100	100	100	100	100	0	0	0	1650	43.4						
EL CARMEN	100	0	100	100	0	0	100	0	100	100	0	100	0	50	100	100	100	100	100	0	2750	72.4						
CEIRIVACU BAJO	100	0	0	0	100	100	100	100	100	100	0	100	100	75	0	100	100	0	100	0	2750	72.4						
RIEBA BUENA 1	100	0	0	0	100	0	0	100	0	0	0	100	100	0	50	0	100	0	0	0	2075	54.6						
RIEBA BUENA 2	75	0	0	0	0	100	100	0	50	50	0	100	0	0	100	0	50	0	50	0	1825	48.0						
ORIENTE QUITERO	100	0	0	0	100	100	0	0	25	50	0	75	0	0	100	100	100	0	25	0	2050	53.9						
AIDA LEON	100	0	100	100	0	0	100	100	25	100	0	100	100	0	100	100	100	0	100	0	2550	67.1						
FORESTAL	50	0	0	0	50	25	0	0	100	100	0	100	100	0	100	50	0	0	0	0	1475	38.8						
ANGELIA	50	0	0	0	25	0	0	25	25	25	0	100	0	0	100	25	100	0	0	0	1800	47.4						
LUDUNCOTO	100	100	0	100	100	75	75	75	100	100	0	100	75	100	100	100	100	25	100	0	3225	84.9						
PUEMGASI 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	0	0	0	0	0	200	5.3						
PALDICO	100	100	0	75	100	50	0	0	100	50	0	50	50	100	100	0	0	0	75	0	2700	71.1						
PIO XII	100	0	0	0	100	100	75	75	75	75	0	100	100	50	100	100	100	100	75	0	3025	79.6						
PUEMGASI 1	100	100	100	25	75	0	100	0	75	75	0	50	50	25	100	0	100	0	100	0	2750	72.4						
PERUVIARIA ALTA	0	50	100	0	100	0	0	0	0	0	0	100	100	50	100	100	100	0	0	0	2025	53.3						
PROMEDIO-ACTIVIDADES	67.5	18.8	30.0	30.0	65.0	41.3	47.5	43.8	48.8	48.8	0.0	66.3	46.3	33.8	88.8	50.0	72.5	11.3	43.8	55.0	2060	54.2						

PLANTILLA DE MONITOREO

-1 año	1 a 4	5 a 14	15-49	60 y
EMB	DOC	MEF		

PROVINCIA
AREA DE SALUD

No. UNIDADES OPERATIVAS

FECHA

ELEMENTOS	INDICADORES O MEDIOS DE VERIFICACION	% EJECUTADO				
		0%	25%	50%	75%	100%
DELIMITACION GEOGRAFICA POBLACIONAL	1.1 Censo Poblacional por Edad y Sexo actualizado 1.2 Encuesta sobre utilización de los servicios de salud 1.3 Mapas Parlantes del Area actualizados. 1.4 Mapas Parlante de las Unidades Operativas actualizados					
ESTRUCTURACION LA RED DESERVICIOS	2.1 Identificación de Establecimientos de Salud de la zona (Básico y Complementaria) 2.2 Acuerdos de Coordinación entre instituciones de Salud (Red de Servicios). 2.3 Sistema de Referencia y Contrareferencias (Guías, Instrumentos e Instructivos)					
PARTICIPACION SOCIAL	3.1 Conformación del Comité Interinstitucional con reglamentos y en funcionamiento . 3.2 Conformación de Comités Locales de Salud en las Unidades Operativas con reglamentos y en funcionamiento. 3.3 Establecimientos de Proyectos Conjuntos (Comunidad / Servicios). Cogestión					
DESCENTRALIZACION TECNICA ADMINISTRATIVA FINANCIERA	4.1 La UCA está completa. 4.2 La UCA funciona (Plan de Acción) 4.3 Están establecidos procedimientos de control interno permitidas por la ley 4.4 El personal cobra en el Area 4.5 Las Unidades de Salud se abastecen en la Jefatura de Area o a través de ella 4.6 Las labores de control sanitario se ejecutan en el Area 4.7 La UCA supervisa a las unidades de salud y personal 4.8 Existen reglamentos para llevar adelante el proceso de cogestión comunitaria con la comunidad					
MODELO DE ATENCION	5.1 Existe un Perfil Epidemiológico del Area. 5.2 Existe un perfil Epidemiológico en las Unidades Operativas 5.3 La AIEPI esta en proceso de implementación por niveles. 5.4 Las Unidades de salud elaboran y monitorean la Programación Local. 5.5 Las Unidades manejan sistemáticamente la carpeta familiar y el tarjetero de citas 5.6 Las Unidades cuentan con visualización mural y hacen seguimiento de los grupos de tiesgo. 5.7 Notificación y Análisis de la información epidemiologica. 5.8 Verificación de la programación semanal a nivel intramural y extramural.					
EDUCACION PERMANENTE	6.1 Existe y se cumple el Plan de Capacitación en el Paquete de Prestaciones Esenciales. 6.2 Existe y se cumple el Plan de Capacitación Administrativa 6.3 Existe y se cumple un Plan de Comunicación, Educación e Información tomando en cuenta aspectos de Promoción de estilos saludables de vida.					
INFRAESTRUCTURA FISICA	7.1 Avance de lo comprometido. 7.2 Detección de necesidades de infraestructura insatisfechas en lo funcional, técnico y económico					
EQUIPAMIENTO	8.1 Las Unidades Operativas se encuentran equipadas de acuerdo a la norma. 8.2 Porcentaje de equipamiento insatisfecho					
RECURSOS HUMANOS	9.1 Recurso Humanos de la UCA de acuerdo a criterios mínimos. 9.2 Recursos humanos mínimos para equipos de salud.					
SISTEMA DE MEDICAMENTOS	10.1 Existe y funciona el Comité de Farmacología. 10.2 Suficiencia del stock de medicamentos de acuerdo a la morbilidad. 10.3 Se realiza programación de suministro y abastecimiento en base al perfil epidemiológico a nivel local 10.4 Existen mecanismos de recuperación de costos y exoneraciones.					

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ogliastri Enrique, Compilador. Casos sobre casos : Experiencias con métodos de discusión de Casos en clase, Universidad de los Andes. Serie Casos, monografías. 1993.
2. Valdez Florez Enrique A. , 100 casos de Administración: Guía Didáctica. Esan Ediciones S. A. Lima. Enero de 1998.
3. Kinding David A., Ramírez Bernardo y Colaboradores, Caos en Adminstración de servicios de salud: un enfoque a la solución de problemas. AUPHA, Madison U.S. 1989, 180 p. Edición de 1993.
4. Krishnamurti J., Obras Varias. Editorial Orion. Años 1953 a 1985.
5. Castaneda Carlos., Enseñanzas de Don Juan Matus. Fondo de Cultura Economica. Edición de 1985. México.
6. Ferguson Marylin y Col., Conspiración del Acuario. Editorial Humanitas. Edicion de 1985.