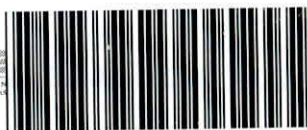


ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL
ESCUELA DE POSTGRADO EN ADMINISTRACION DE EMPRESAS

PROGRAMA DE GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD

SEGUNDA PROMOCIÓN



DP-01248

TITULO DEL TRABAJO :

**PROPUESTA DE UN MODELO GERENCIAL ESTRATÉGICO DE
ATENCIÓN DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA INTEGRAL PARA EL
SUBCENTRO DE SALUD DE "CRISTÓBAL COLÓN", CANTÓN
MONTÚFAR, PROVINCIA DEL CARCHI, 1998.**

REALIZADO POR : MARCO TRAJANO MONTENEGRO SÁNCHEZ, M.D.

Especialista en Salud Familiar

DIRIGIDO POR : FRANCISCO VALLEJO FLORES, M.D. Máster en Salud Pública

GUAYAQUIL, Diciembre 1997.

PROPUESTA DE UN MODELO GERENCIAL ESTRATEGICO DE ATENCION DE
SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA INTEGRAL PARA EL SUBCENTRO DE
SALUD DE "CRISTOBAL COLON", CANTON MONTUFAR, PROVINCIA DEL
CARCHI, 1998.

MARCO TRAJANO MONTENEGRO SANCHEZ, M. D.
Especialista en Salud Familiar

Trabajo final presentado a la ESPAE
como requisito previo a la obtención del
Título de Especialista en Gerencia de
Servicios de Salud.

Tutor :
FRANCISCO
VALLEJO, M.D.
Máster en Salud
Pública.

POSTGRADO EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
ESPOL-ESPAE-AUPHA
Guayaquil, 1997.

*A MI FAMILIA, AMIGOS Y COMPAÑEROS DE POSTGRADO Y EN ESPECIAL A LA
DOCTORA GLADYS ROSERO, Q. E. P. D. _____*

EXPRESIONES DE RECONOCIMIENTO

Las innumerables sugerencias del Tutor Doctor Francisco Vallejo y del Coordinador del Postgrado, Doctor Ernesto Torres, utilísimas para aclarar y mejorar el presente trabajo.

En particular deseo destacar la "retroalimentación" constante y la riqueza de los conocimientos y experiencia compartidos por los compañeros del paralelo "A" del Postgrado y muy especialmente de mis compañeros de tutoría; y, entre ellos la gran capacidad de nuestra querida compañera desaparecida Doctora Gladys Rosero, perteneciente a ese grupo de visionarios tecnócratas de excelente nivel del sector salud.

Mi gratitud a mis amigos y parientes que me brindaron apoyo, y, por supuesto; a mi pariente el joven Isaias Sánchez "experto" en manejo de computadoras, sin la ayuda del cual hubiera resultado difícil culminar este objetivo.

A la ESPOL/ESPAE como Institución en general; y, a su personal administrativo en particular por su esmero en la atención que recibimos durante el transcurso de todo el Postgrado. Agradecimiento especial a la señorita Teresa Acuria.

No puedo dejar de agradecer, a la Jefatura de Área, al Equipo de Salud del Subcentro Cristóbal Colón, y a la comunidad usuaria, por la comprensión y las molestias generadas por la interrupción de nuestro trabajo a causa de los ausentismos obligados propios del presente Postgrado.

"NO IMPORTA QUE CORRAMOS LENTA O VELOZMENTE, LO IMPORTANTE ES A DONDE QUEREMOS LLEGAR".

"Mil libros y algo más". H.C.J.B. La voz de los Andes.

TABLA DE CONTENIDO

	Pag.
RESUMEN EJECUTIVO.....	1
INTRODUCCION.....	3
II. REVISION DE LAS LECTURAS SOBRE EL TEMA.....	8
Aproximación a la Salud Familiar y Comunitaria Integral : 1. Las acciones prioritarias. 2. La orientación estratégica. 3. La salud es un derecho y una responsabilidad. 4. La necesidad de cambiar hoy. 5. Necesidad de cambiar la orientación y <i>Gerencia de Salud</i> 6. la defensa de la salud es un acto humanizante. 7. La salud es un campo de encuentro pluricultural. 8. La participación comunitaria.	
III. EL DISEÑO METODOLOGICO.....	12
Primer momento. Segundo momento. Tercer momento. Cuarto momento. Quinto momento. Sexto momento.	
IV. RESULTADOS.....	15
Diagnóstico de salud de la parroquia Cristóbal Colón. Análisis FODA. Misión institucional. Visión de futuro. Objetivos. Metas. Políticas.	
V. PLAN DE ACCION.....	30
Estrategias. Temas de capacitación : modelos gerenciales, salud familiar, problemas básicos de atención primaria.	
VI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	40

VII. COMENTARIOS.....	41
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	43
BIBLIOGRAFIA.....	44
ANEXO 1.....	46
ANEXO 2.....	50
ANEXO 3.....	59
ANEXO 4.....	60
ANEXO 5.....	62

LISTA DE CUADROS

	Pag.
Cuadro N° 1. Población total por grupos etarios de hombres y mujeres de la parroquia Cristóbal Colón, Carchi.....	17
Cuadro N° 2. Población total por grupos etarios por zona urbana y rural de la parroquia Cristóbal Colón, Carchi.....	18
Cuadro N° 3. Población de analfabetos de la parroquia Cristóbal Colón, Carchi.....	19
Cuadro N° 4. Infraestructura sanitaria básica de la cabecera parroquial de Cristóbal Colón, Carchi.....	20

RESUMEN EJECUTIVO

El Ecuador como muchos países está inmerso en una ola de transformaciones y reformas. El sector salud no puede ser ajeno a ese movimiento. El poco o casi ningún crecimiento económico del país , así como la crisis de los servicios públicos, exige de estrategias eficaces y eficientes en términos de disminuir los costos de las operaciones, optimizar los recursos casi siempre escasos de salud, para alcanzar la equidad y la calidad.

Alrededor de un 30 a 40% de la población no tiene acceso a los servicios de salud, ésta se encuentra históricamente marginada y postergada en los sectores rurales y urbano marginales, formando cordones de miseria y submundo, con altos índices de desnutrición y patologías propias de la pobreza. Hoy antes que hablar de países desarrollados y subdesarrollados, es más acertado hablar de sociedades desarrolladas y subdesarrolladas ; conviviendo en un mismo país e incluso dentro de una misma ciudad.

La parroquia "Cristóbal Colón" de la provincia del Carchi, constituye una comunidad que exhibe indicadores similares de inequidad en la asignación de recursos y el reparto desigual de la riqueza nacional, no obstante, sus indicadores son menos alarmantes que el promedio nacional y de sus similares de otras provincias en términos generales. La población rural por ejemplo, duplica en porcentaje a la población urbana, esto debido quizás a la fertilidad de suelos que impide la migración a las grandes ciudades. Su población es típica de una demografía en transición. El analfabetismo del 5%, está por debajo del promedio nacional (15%). Sin embargo, coexisten deficiencias en coberturas de infraestructura de servicios básicos, sobre todo a nivel rural. El crecimiento poblacional estaría controlado, al parecer, por "adecuadas políticas" de regulación de la fecundidad.

La presente propuesta de un *modelo gerencial estratégico de salud familiar y comunitaria integral*, pretende ser la respuesta adecuada a la actual situación de salud, que se caracteriza en general por bajas coberturas y mala calidad de la atención de salud. El enfoque gerencial aspira a incidir sobre el recurso más valioso de los servicios de salud y de un país como es : *el recurso humano*, nadie duda que solo mejorando su calidad podremos esperar aumentar la calidad de sus acciones en salud. Para esto la gerencia moderna cuenta con valiosas, eficaces y eficientes herramientas para su perfeccionamiento y desarrollo, las mismas que han sido extensamente probadas como válidas y ciertas en otros sectores del desarrollo ajenos al de la salud. Con las respectivas modificaciones se podrán adaptar con éxito a la gerencia de los servicios de salud.

La Salud Familiar y Comunitaria Integral, es un modelo de atención vastamente reconocido y probado por varios países miembros de la OMS y es estrategia válida de la APS, en la consecución de mejores condiciones de salud y vida de la célula de la sociedad : *la familia* y por ende de la sociedad. El enfoque sistémico y holístico que utiliza la salud familiar, garantiza la validez y confiabilidad de sus métodos y técnicas de : Investigación Científica, Intervención Familiar y Desarrollo Institucional y Comunitario, pilares fundamentales de su accionar.

La combinación de los modelos Gerencial y Familiar en el ámbito de los servicios locales de salud, cristaliza en actividades concretas del equipo de salud : la utilización eficiente de los recursos locales y la plena participación comunitaria en plena relación intersectorial, promete fortalecer y desarrollar los SILOS.

INTRODUCCION

" El Ministerio de Salud Pública está realizando un cambio general en el modelo de salud, la organización de los servicios y la estructura institucional".

"La prestación de servicios no debe ser una exclusiva aplicación de normas y programa de conducción vertical. En ella tiene que plasmarse la creatividad y el compromiso de los servidores de salud individualmente y como equipo, a partir de la identificación y priorización de problemas y necesidades comunitaria. Por otro lado, la prestación de los servicios debe reflejar la disposición de todos los niveles de la institución de ofrecer respuestas eficaces y eficientes a la problemática identificada".

"La práctica rutinaria y casi indiferente ante los problemas de la población, implica desperdicio del tiempo y la energía de los trabajadores de salud ; en otras palabras cuando la responsabilidad de los servicios esta circunscrita solamente al ámbito intramural, no se propicia una genuina acción por la salud".

"Estos propósitos quedan en buenas intenciones sino se cuenta con el **sustento metodológico y los instrumentos** * que faciliten su concreción. Por ello , el manejo y la

* Las negrillas han sido agregadas al texto original.

aplicación de la programación local de salud."... "son particularmente necesarios y trascendentales para el proceso instaurado en el Ministerio de Salud Pública". (1)

El Ecuador como la gran mayoría de los países del mundo, está arrastrado por procesos globales de reforma, que consiste en ajustes estructurales y políticas de contención de costos del sector pública, incluido el gasto en salud.

El sector salud debe orientar para que este ajuste sea hecho en términos de equidad, no obstante ; "la democratización, la liberación de la economía, el cambio de los perfiles demográficos y epidemiológicos, el desarrollo tecnológico y la escalada de costos de los servicios" (2) ; constituyen retos a nivel local para buscar instrumentos apropiados de gestión de los servicios de salud.

La reforma en salud rebasa la capacidad del sector y las fronteras nacionales, esto obliga a emprender acciones a los niveles supraestructurales e intersectoriales con la activa participación ciudadana para ser frente a l aproblemática.

Las **razones** de la reforma se resumen en :

- Mantenimiento de la inequidad e inaccesibilidad de y a los servicios
- Nuevos retos por cambios epidemiológicos demográficos y tecnológicos.
- Escasez de recursos e ineficiencia en la gestión.
- Incertidumbre de la sostenibilidad de los servicios públicos de salud.

La gerencia de los servicios de salud debe incorporar en su gestión las siguientes instancia básicas :

- La equidad en el uso, acceso y financiamiento.
- Calidad técnica y humana-ambiental.
- La eficiencia de la gestión de los recursos.
- La sostenibilidad : legitimación y financiamiento.
- La participación social en todos los momentos de la gestión de los servicios de salud.

Las *características* de las reformas son :

- a. Ampliación de la cobertura de los servicios.

Sobre todo a grupos sociales con mayor riesgo y marginación y la inclusión de nuevas prestaciones de salud con tecnología apropiada para una situación de salud en transición.

- b. Reformulación de los modelos asistenciales y definición de paquetes básicos de atención focalizada.

En la cual se enmarca la salud familiar y comunitaria integral.

- c. Cambios en la organización y gestión de las instituciones del sector.

Los establecimientos públicos se transforman en empresas sociales, con autonomía y capacidad de autogestión, convenios intersectoriales, programas de garantía de calidad

- d. La descentralización y participación social.

Dada por la creación de las áreas de salud y la aprobación del 15% del presupuesto del estado para los gobiernos seccionales (Municipios).

- e. Separación de la funciones de financiamiento y provisión de servicio de salud.

El plan de modernizar el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y el apareamiento de seguros de salud y formas de pre-pago marcan el inicio de esta tendencia.

- f. Modificación de la mezcla público-privada y nuevas modalidades de financiamiento de los servicios.

La modernización del estado a cargo del CONAM (Consejo Nacional de Modernización) aún no contempla al sector salud, pero parecería que esa es la tendencia en aras de permitir una mayor participación del sector privado en la salud.

La reciente aprobación por el Congreso Nacional de la Ley del Fondo de Solidaridad, al parecer permitiría contar con una fuente alternativa de financiamiento para la salud.

- g. Nuevas políticas y estrategias de inversión social.

Proyectos como MODERSA, FASBASE, AIEPI, UNFPA, son algunos ejemplos de esta categoría.

El **Monitoreo** de los procesos nacionales de reforma del sector salud.

Se necesita partir de los diagnósticos iniciales o líneas de base, para valorar los logros e identificar los obstáculos. Este monitoreo debe considerar el enfoque de riesgo y abarcar los escenarios políticos, sociales y culturales.

A nivel local son varios los esfuerzos en este sentido, ejemplos son : el proyecto CEPAR-Cotacachi, el malogrado convenio DPS-Carchi-CARE-Municipio de Bolívar, etc.

Categorías del proceso de reforma, sus fases principales son : planificación, desarrollo y evaluación.

El compromiso político y el consenso intersectorial, la preparación de planes y programas por los grupos de trabajo con resultados inmediatos es un detalle que motiva la participación.

Categoría de resultados de la Reforma.

Para evaluar se tomarán en consideración las siguientes categorías comunes a todo programa de Reforma.

- Equidad financiera y de acceso ;
- Garantía de la calidad ;
- Disponibilidad de recursos (humanos, materiales, tecnológicos, medicamentos, etc.) ;
- Mejora de la eficiencia (contención de costos, colaboración pública-privada, mejoras de la gestión de los servicios, otros) ;
- Regulación del sector salud ;
- Aspectos éticos ;
- Participación de la comunidad. (2).

II. REVISION DE LAS LECTURAS SOBRE EL TEMA

" La situación de salud-enfermedad, en nuestro país, ofrece grandes contrastes, presenta realidades diferentes según los diferentes sectores sociales y regiones geográficas. Esta realidad se aprecia con facilidad al examinar algunos de los indicadores básicos, por ejemplo, el relacionado con la mortalidad infantil. El promedio general no delata las enormes diferencia que existen entre las capas sociales de niveles económicos y las de los barrios urbano-marginales o en las zonas campesinas ; es muy baja en los primeros y muy alta en los segundos".

" Algo semejante puede decirse con relación al grave problema de la desnutrición...". "Lo propio ocurre con las infecciones respiratorias y las enfermedades diarreicas. Otras patologías consideradas endémicas se encuentran diseminadas desigualmente en el Ecuador".

"No existe todavía un sistema nacional de salud, unificado y debidamente orientado... En 1937 se creó la Caja del Seguro Social con el propósito de proteger socialmente a los trabajadores privados mientras los trabajadores públicos tenían ya una cierta protección a cargo de la llamada Caja de Pensiones que, sobre todo, atendía las jubilaciones. En 1963 se unificaron las dos Cajas y se constituyó el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, que entre sus prestaciones tiene también las de enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo mortuoria y jubilación. Este sistema de seguridad social da cobertura aproximadamente al 10% de la población".

" En 1967 se creó el Ministerio de Salud, sobre la base de las antigua Juntas de Asistencia Social y más tarde, ha incorporado a su estructura, los servicios de lucha antituberculosa, el servicio de erradicación la malaria y algunas otras instituciones..."

" ... el Ministerio de Salud debería atender a un 70% de la población. Desgraciadamente, de acuerdo a las estadísticas, su cobertura no va más allá de un 30 a 40% según el tipo de servicio. Queda pues un amplio margen de población, especialmente en los barrios urbano-marginales, que hasta 1988, no recibían casi ninguna atención. Las zonas rurales, aunque en forma restringida y muy parcial, se han beneficiado de la medicatura rural".

" ... aproximadamente mil unidades de Subcentro de Salud, algunos ubicados en las propias ciudades y la mayoría en la parroquias rurales. Aunque esta red es insuficiente sobre todo para atender problemas de salud, aún en lo patológico ha tenido un campo muy restringido de acción y de *cobertura* *. En parte se debe a que no estaban ubicados apropiadamente debido al desconocimiento de la población que no sabía hacer uso de estos servicios ; a la distancia que tenían que recorrer el usuario, a la espera para la atención y a veces, hasta el costo del transporte y del precio de la receta cuando no era posible que la Unidad Operativa le entregue también el medicamento".

"La oferta de los servicios no se ha adecuado a las necesidades y aspiraciones de una población que mantiene graves problemas que inciden directamente en su situación de salud-enfermedad. Esta falta de adecuación de la oferta obedeció a la *gestión centrada** en algunos problemas verticales y una mayor atención de consultas espontáneas hasta en los hospitales de mayor complejidad, mientras se subutilizan los centro y subcentros de salud".

* La negrilla ha sido agregada al texto original

"Un examen aunque simple y panorámico de la situación de salud en el Ecuador, exige se mencione otros factores que inciden directamente en las condiciones de vida de la población y por consiguiente también en al salud".

"La política económica, incluida la producción agrícola, la política de empleo, la política fiscal, la de educación y otras repercuten en la salud de la población en su conjunto".

"Es preciso orientar el desarrollo hacia el mejoramiento social y no simplemente hacia el incremento de la producción, manteniendo el desigual reparto de la riqueza que, con la inflación, tiende a polarizar la riqueza y a profundizar la brecha económica-social entre la población". (3).

El agresivo endeudamiento externo a partir del año 1981, perjudica a las grandes mayorías, agravado por la crisis actual y la ola de corrupción a todo nivel de la administración pública ; requiere la revalorización y el rescate de los valores éticos de la democracia.

Hacen falta políticas estatales de producción agrícola, industrial y minera con mirar a la explotación racional de los recursos y la preservación del medio ambiente, evitando la contaminación de la tierra, el aire, los ríos y el mar, con el fin de legar la sustentabilidad a las generaciones futuras.

La realidad del país presentada hasta aquí es el reflejo y la sumatoria de los que ocurre a nivel local y comunitario. La parroquia "Cristóbal Colón" es un ejemplo de esto, no obstante la población de la misma, presenta también problemas propios a su realidad particular.

Una aproximación a la misma se presenta a continuación, ésta está descrita en parte en los diagnóstico situacionales de salud realizados con el esfuerzo de varios equipos de salud rural

que han cumplido su año obligatorio de servicio en el subcentro de esta parroquia. Estos diagnósticos tienen marcado fuertemente la visión y el sesgo de los profesionales involucrados con escasa o nula participación comunitaria. Sin embargo, los datos resumidos a continuación constituyen la línea de base para evaluar los logros y detectar las dificultades en la consecución de un estado de salud satisfactorio.

III. DISEÑO METODOLOGICO

La propuesta en cuestión sobre un modelo gerencial estratégico de atención de salud familiar y comunitaria integral, se trata básicamente de una investigación cualitativa de tipo acción-participación, porque : **"trata de ayudar a la población encuestada en la identificación, el análisis crítico de sus problemas y necesidades y la búsqueda de soluciones de los problemas que ellos mismos quieren estudiar y resolver "**.

Está diseñado como sigue :

- **PRIMER MOMENTO : Montaje Institucional y Metodológico de la Investigación.**
Según Le Boterf, este momento consiste en la discusión del proyecto de investigación con la población y sus representantes ; en la definición preliminar y provisional del proyecto : objetivos, propósitos, conceptos, hipótesis, métodos ; en la delimitación del área de estudio y la organización del proceso de investigación, incluyendo la asignación de tareas, la selección y capacitación de investigadores, la definición de los recursos necesarios y la calendarización de actividades.
- **SEGUNDO MOMENTO : Análisis situacional.** Consiste en realizar un análisis preliminar del área de estudio y de la población sujeto de la investigación. Este momento tiene como propósito lograr un primer acercamiento a la población y recoger información

sobre su estructura social, así como de la percepción de la población sobre su realidad y sus problemas.

- **TERCER MOMENTO : *Priorización.*** Consiste en llevar a cabo un análisis crítico de los problemas considerados prioritarios por el grupo o población que participa en la investigación, así como de las posibles causas que los generan. Deberán escogerse aquellos de mayor interés para el grupo.
- **CUARTO MOMENTO : *Búsqueda de alternativas de solución.*** Una vez que se han identificado los problemas y se ha decidido sobre cuál interesa actuar es necesario empezar el análisis de las posibles alternativas para solucionar los problemas priorizados. Es importante que el equipo seleccione aquellas alternativas que consideran de mayor urgencia y las que tienen mayor factibilidad. Para este momento se usará la matriz DOFA y su análisis cruzado de variables.
- **QUINTO MOMENTO : *Planificación estratégica y ejecución de un plan de acción.*** El equipo debe elaborar y comprometerse con un plan de acción que de respuesta a la situación encontrada en los momentos anteriores. Las herramientas de la gerencia estratégica son el pilar fundamental en ésta planificación y ejecución.
- **SEXTO MOMENTO : *Evaluación, retroalimentación y toma de decisiones.*** Este momento debe ser permanente a lo largo de todo el proceso de investigación, sin embargo una vez ejecutado el plan es necesario medir los avances, logros, la efectividad de lo planificado. Esto servirá de base para tomar decisiones. Este es un momento importante, pues es lo que da permanencia a la investigación a través de la identificación de nuevas inquietudes y nuevos problemas. En la sección de anexos, se exhiben varios de los indicadores para este momento.

Los momentos de la investigación participativa nos permiten resumir y destacar la importancia de algunas de sus características :

- La problemática de estudio es identificada por la población sujeto de la investigación.
- Es participativa, la población debe tomar parte en cada momento de la investigación. Lo que garantiza el compromiso de la población es su apoderamiento del conocimiento.
- La investigación se centra en la transformación de una situación que representa un problema sentido por la población. No basta la producción de un conocimiento, éste tiene que llevar a la acción como parte de la investigación misma.

IV. RESULTADOS

DIAGNOSTICO DE SALUD DE LA PARROQUIA CRISTOBAL COLON (4)

(Resumido) (ver anexo 1)

Los datos presentados a continuación corresponden a los años 94, 95 y 96. En la elaboración de los mismos participaron médicos, enfermeras del programa de medicina rural y los auxiliares de enfermería y odontología de planta. Es necesario destacar que los tres diagnósticos son los únicos encontrados en los archivos de la unidad, no existen datos de años anteriores, puesto que fue creado en 1975.

Concibiéndose la salud como el resultado de las relaciones bio-psico-sociales en armonía, es necesario realizar un perfil de la demanda y de la oferta de los servicios y del entorno, para tomar decisiones fundadas en la información que garanticen resultados esperados.

La parroquia Cristóbal Colón que es el área de influencia del subcentro de salud tiene una extensión aproximada de cincuenta kilómetros cuadrados, ubicada a un kilómetro y medio al norte de la ciudad de San Gabriel, a cuarenta y cinco kilómetros al sur de la capital provincial Tulcán y a doscientos trece kilómetros al norte de Quito.

Para educación cuenta con once establecimientos distribuidos en toda su geografía y la mayoría concentrados en la cabecera parroquial :

- 1 Guardería ;
- 1 Jardín de infantes ;
- 6 Escuelas ;
- 1 Colegio de ciclo diversificado ; y,
- 1 Centro artesanal de formación básica de sastrería.

Se estima que existen aproximadamente 600 familias : 240 ubicadas en la cabecera parroquial y 360 distribuidas en las 8 comunidades rurales dispersas.

La población de la parroquia de "Cristóbal Colon", según el ultimo Censo del INEC de 1990 es de 3039 habitantes, distribuida según grupos etarios y por zonas rural y urbana, en la siguiente forma :

Cuadro N° 1

*POBLACION TOTAL POR GRUPOS ETARIOS DE HOMBRES Y MUJERES DE LA
PARROQUIA CRISTOBAL COLON, CARCHI*

Grupos etarios	Hombres	Mujeres	Total
Menores de 4 años	187 (50.4%)	184 (49.6%)	371 (12.2%)
De 5 a 9 años	199 (51.2%)	190 (49.8%)	389 (12.8%)
De 10 a 19 años	350 (48%)	378 (52%)	728 (24%)
De 20 a 39 años	316 (45.7%)	375 (44.3%)	691 (22.7%)
De 40 años y más	405 (47.1%)	445 (52.9%)	860 (28.3%)
TOTAL	1457 (48%)	1552 (52%)	3039 (100%)

Fuente : Censo INEC 1990.

Elaboración : Equipo de salud

Cuadro N° 2

*POBLACION TOTAL POR GRUPOS ETARIOS POR ZONA URBANA Y RURAL DE LA
PARROQUIA CRISTOBAL COLON, CARCHI*

Grupos etarios	Urbana	Rural	Total
Menores de 4 años	106 (28.6%)	265 (71.4%)	371
De 5 a 9 años	108 (27.8%)	281 (72.2%)	389
De 10 a 19 años	203 (27.9%)	525 (72.1%)	729
De 20 a 39 años	219 (31.7%)	472 (68.3%)	691
De 40 años y más	275 (32%)	585 (68%)	860
TOTAL	911 (30%)	2128 (70%)	3039

Fuente : Censo INEC 1990.

Elaboración : Equipo de salud

Las mujeres con edad fértil representan el 22% de la población total.

La población que vive en las comunidades rurales dispersas duplica a la que habita en la cabecera parroquial en la cual se encuentra ubicada la unidad de salud, esto constituye un problema de accesibilidad geográfica para la población.

Los grupos etarios que representan mas del 50% de la población de ambas zonas están comprendidas en edades mayores a los 10 años de edad, esto tiene implicaciones al

momento de organizar los servicios y planificar las acciones de salud. Existe un importante grupo de adolescentes, lo que obliga a considerar a este grupo como importante y quizá prioritario, al igual que el grupo de mujeres en edad fértil que también es numeroso. También las barras de población reflejan un mayor porcentaje de población femenina, siendo esto una tendencia al parecer general y mundial, la que ha llevado a considerar las acciones de salud con mayor énfasis en el género femenino.

Al parecer los programas de regulación de la fecundidad implantados en la provincia con el apoyo de Las Naciones Unidas han alcanzado las metas propuestas, puesto que se registran menos nacimientos y un grupo etario poco numeroso en relación a los otros, especialmente de los menores de 10 años.

Cuadro N° 3

POBLACION DE ANALFABETOS PARROQUIA CRISTOBAL COLON (CARCHI)

	hombres	mujeres	total
cabecera parroquial	10 (30.3%)	23 (69.7%)	33
comunidades rurales	55 (28.6%)	137 (71.4%)	192
total	65 (28.9%)	160 (71.1%)	225

Fuente : Censo INEC 1990

Elaboración : Equipo de salud.

El porcentaje total de analfabetos en la parroquia Cristóbal Colón es de 7.4%.

El porcentaje de mujeres analfabetas es el doble al de los hombres y es de cinco a 7 veces superior en el sector rural, lo cual confirma lo dicho sobre la marginación y el olvido a que están sumergidas las comunidades rurales. Por otro lado se observa la consecuencia quizás de una sociedad machista y con discriminación de género. Varias investigaciones han demostrado la importancia de la instrucción de la madre en el estado de salud del niño, habiendo una relación directa entre estas dos variables. Por lo tanto, en la parroquia el grupo de mujeres se califica como prioritario.

Los servicios básicos como : eliminación de excretas ,dotación de alcantarillado, abastecimiento de agua y disposición de desechos sólidos, tiene un papel preponderante en el estado de salud de las poblaciones y los individuos. La administración de los mismos esta a cargo de l gobierno seccional (Municipio de Montúfar), por lo tanto se demuestra que la salud es un a responsabilidad compartida por varios sectores de la sociedad.

Cuadro N° 4

INFRAESTRUCTURA SANITARIA DE LA PARROQUIA CRISTOBAL COLON (CARCHI) CABECERA PARROQUIAL

ELIMINACION DE EXCRETAS

SS HH	63 %
Letrina	6.3%
Otros	30.1%

ELIMINACION DE AGUAS SERVIDAS Y PLUVIALES

Alcantarillado	78.8%
Quebradas	2.5%
Otros	18.8%

ABASTECIMIENTO DE AGUA

Agua intubada y clorada	81.1%
Intubada	7.6%
Río	7.6%
Otros	3.5%

DISPOSICIÓN DE BASURAS

Recipiente publico	9.1%
Campo abierto	69.8%
Río o quebrada	4.5%
Incineración	8.1%
Carro recolector mun.	4.6%
Mixta	3.6%

Fuente : encuesta realizada por equipo de salud a 196 viviendas, 1994.

Elaboración : Equipo de salud

Es alarmante el alto porcentaje (30.1%) de la población que no cuenta con un sistema adecuado de eliminación de excretas lo cual presupone comportamientos inadecuados para

el autocuidado, provocando contaminación del entorno el mismo que se convierte en una fuente peligrosa de enfermedades.

Una de las metas de SPT/2000 es dotar al 100% de la población del sector urbano de alcantarillado y 100% de letrización para el sector rural , la primera dista 22% para alcanzar este objetivo, lo cual preocupa al equipo de salud y debe preocupar aun mas al Municipio, porque es su deber . Se estima que a nivel rural el problema es de grandes dimensiones.

Igualmente SPT/2000 plantea 100% de agua segura para las poblaciones. El 81% de agua intubada y clorada ,denota un déficit de 19% con la meta, máxime que este sistema no garantiza un control de calidad sistemático. El alto porcentaje de niños y adultos parasitados, podría ser una prueba indirecta de esta hipótesis. Las inadecuadas características física del liquido vital también lo apoyan.

Varios testimonios respecto a la probable contaminación de las agua de los ríos con productos químicos de la agricultura, productos al parecer proscritos en otras latitudes, sugieren el grave riesgo y la franca exposición a los efectos tóxicos y a lo mejor teratogénicos del 8% de la población que consume este tipo de agua.

El altísimo porcentaje de la población (70%) que elimina la basura en el campo abierto es una denuncia de l alto grado de contaminación del suelo y del aire y de la baja consciencia ecológica para el cuidado y preservación del medio ambiente.

El 21% de familias que alquilan su vivienda denota la probabilidad de sufrir de hacinamiento, factor de riesgo para enfermedades transmisibles como la fiebre reumática y la tuberculosis, patología esta ultima que ha mostrado una tendencia de recrudecimiento. Por otro lado, gran parte de la provincia del Carchi ha sido calificada por varios expertos como una zona de relativo dominio de un sistema feudal, debido a la tenencia de la tierra en pocas manos,

lo cual se comprueba por la existencia de no pocas haciendas en donde las relaciones laborales, presentan fuertes inequidades e injusticias, lo que alguna vez fue descrito por cierta investigadora social de la Universidad de Nariño como una verdadera esclavitud de los "jornaleros" de estos latifundios.

El Subcentro de Salud cuenta con el siguiente personal, para prestar atención de salud a su población de referencia :

- 1 Medico Familiar 8HD
- 1 Odontólogo Rural 8HD
- 1 Enfermera de planta 8HD
- 1 Auxiliar de enfermería 8HD
- 1 Auxiliar de odontología 8HD

En el periodo entre noviembre de 1995 y septiembre de 1996, se detectaron en la consulta externa del subcentro de salud las siguientes siete primeras causas de morbilidad :

1. infecciones respiratorias agudas
2. poliparasitosis
3. enfermedades diarreicas agudas
4. enfermedad ácido péptica
5. infección de vías urinarias
6. neuralgias
7. leucorreas

La gran mayoría de estas patologías esta relacionada con el estilo de vida de la población, otras en menor proporción reflejan la débil condición biológica y la debilidad del sistema inmunológico y condición genética.

En 1997, se suma a esta causas la desnutrición crónica de los niños en edad preescolar y escolar de 5 a 14 años, los mismos que fueron detectados durante la consulta previa a la obtención del certificado de salud para obtener la matricula escolar. El porcentaje encontrado supera al 60% de los consultantes. La ausencia de la patología en el año anterior podría explicarse por un subregistro en el sistema de información.

En síntesis se estima que la cobertura de atención de salud de la población de referencia del subcentro, durante un año no alcanza el 60%, referido este porcentaje a las atenciones por primera consulta.

Se estima igualmente que la satisfacción de los usuarios, como indicador de calidad de la atención, es baja, lo que demanda de compromisos serios por parte del equipo de salud para mejorar estas condiciones bastante negativas.

ANÁLISIS FODA

AMENAZAS :

- A1. Disminución del presupuesto estatal para salud.
- A2. Desastres naturales.
- A3. Inestabilidad política.
- A4. Ausencia de políticas de estado en salud.
- A5. Corrupción administrativa.
- A6. Estilos gerenciales obsoletos.
- A7. Escasez de profesionales de salud rural.
- A8. Clima frío severo permanente.
- A9. Uso indiscriminado de productos químicos agrícolas.
- A10. Narcoguerrilla
- A11. Sectarismos religiosos.

- A12. Curanderos empíricos-mágicos con fines de lucro.
- A13. Auge delincencial.
- A14. Sindicalismo paternalista de personal auxiliar de salud.
- A15. Bajo nivel educativo de la población.
- A16. Estilos de vida y hábitos poco saludables de la población.
- A17. Tenencia de la tierra en pocas manos y relaciones laborales semif feudales
- A18. Concentración de la riqueza en pocas manos.
- A19. Políticas económicas neoliberales.
- A20. Políticos demagogos y corruptos.

OPORTUNIDADES :

- O1. Reformas internacionales en salud.
- O2. Ley de descentralización.
- O3. Asamblea Nacional.
- O4. Decreto Ejecutivo de autofinanciamiento.
- O5. Tecnología avanzada del mundo de hoy.
- O6. Situación geográfica estratégica fronteriza con Colombia.
- O7. Proyecto UNFPA-Carchi.
- O8. Proyecto PEAS-Carchi.
- O9. Programas universitarios de capacitación a distancia y semipresenciales.
- O10. Ubicación de la parroquia junto a la vía Panamericana.
- O11. Iglesia parroquial local es centro religioso de atracción turística para devotos.
- O12. Fertilidad del suelo carchense y riqueza natural diversa.
- O13. Tradición cultural carchense de las mingas.
- O14. Descentralización administrativo-financiera-funcional por áreas de salud.
- O15. Cercanía a la Jefatura de Area.
- O16. Población parroquial con alta votación para los procesos electorales de la democracia.

DEBILIDADES :

- D1. Área geográfica de influencia del subcentro de salud extensa con comunidades rurales muy dispersas.
- D2. Escaso personal de salud para atender la población de influencia.
- D3. Médico, Odontólogo y Enfermera con remuneraciones bajas.
- D4. Baja motivación de los profesionales de salud.
- D5. Ausencia de programas de educación permanente y capacitación.
- D6. Planta física de la unidad en deterioro progresivo.
- D7. Insuficiente formación clínica del médico.
- D8. Insuficiente formación comunitaria del Odontólogo.
- D9. Insuficiente capacitación básica de auxiliares de enfermería y odontología
- D10. Horarios de atención inadecuados.
- D11. Deficiente formación humanística del equipo de salud.
- D12. Médico de planta con residencia a cinco horas de la unidad operativa.
- D13. Falta de medio adecuado de transporte para el área geográfica de influencia.
- D14. Precariedad y falta de modernización del sistema de información.
- D15. Ausencia de un programa de contabilidad de costos.
- D16. Deterioro de la imagen institucional.
- D17. Bajas coberturas y pobre calidad de la atención.

FORTALEZAS :

- F1. Médico de planta titulado en las especialidad de Salud Familiar y Gerencia de Servicios de Salud.
- F2. Enfermera oriunda del lugar y con aceptación mayoritaria por la población.
- F3. Auxiliares de odontología y enfermería con muchos años de convivencia e interacción con la comunidad.
- F4. Auxiliar de enfermería con liderazgo y aceptación por la población.
- F5. Personal auxiliar con remuneraciones relativamente altas.
- F6. Alta motivación del personal auxiliar y enfermera por capacitación en servicio.

- F7. Alta participación del club de madres del subcentro.
- F8.. Posesión de mil setecientos cincuenta metros cuadrados de terreno cultivable por parte del subcentro.
- F9. Presencia de un cuidador voluntario, comunitario para el subcentro las veinte y cuatro horas.
- F10. Enfermera con intensa formación comunitaria curricular.
- F11. Auxiliar de odontología con tendencia vocacional para psicología.
- F12. Auxiliar de enfermería con tendencia vocacional para enfermería.

MISION INSTITUCIONAL :

Brindar atención integrada de fomento, prevención y protección específica ; así como también de morbilidad a la población asignada y que corresponde a la delimitación geográfica respectiva. Además brinda un seguimiento especial de conformidad con el modelo definido por el país, a los grupos, familias, individuos de mayor riesgo, así como también la atención del ambiente social y natural.

VISION DE FUTURO :

La unidad de salud se avizora como un equipo con alta competencia técnica y humana, tanto global como individualmente y avizora a la comunidad como un grupo humano que delibera y decide su destino hacia el logro de la autodeterminación, el autocuidado, el perfeccionamiento y desarrollo máximo de sus capacidades inherentes en su potencial genético.

OBJETIVOS :

OBJETIVO GENERAL :

Lograr el compromiso de la población en la identificación, análisis, ejecución y evaluación de sus problemas y necesidades a través del apoderamiento del conocimiento, para lograr la transformación de una realidad que representa un problema sentido por la misma.

OBJETIVOS ESPECIFICOS :

1. Elevar el nivel de competencia técnica y humana del equipo de salud, acorde con las necesidades demandantes de la población, mediante las técnicas e instrumentos de la salud familiar y el modelo de gerencia estratégica.
2. Incrementar las coberturas y la calidad de la atención a la población asignada al subcentro de salud, con miras a alcanzar Salud para todos en el año 2000.

METAS :

1. Incrementar la cobertura de atención de salud a un 80% de la población asignada, según riesgo, hasta diciembre de 1998.
2. Elevar al doble el nivel de satisfacción del usuario interno y externo hasta diciembre de 1998.
3. Implementar un programa de educación permanente y cumplir con el 50% de las actividades hasta diciembre de 1998.

4. Aplicar las fichas familiares al 40% de las familias con mayor riesgo de la cabecera parroquial hasta diciembre de 1998.
5. Cumplir con el 50% de las reuniones programadas con los grupos sociales de la comunidad hasta diciembre de 1998.
6. Alcanzar el 50% de cumplimiento de atención integral de acuerdo a normas a los grupos de mayor riesgo.

POLITICAS :

1. Brindar atención de salud a los grupos poblacionales de mayor riesgo, como el binomio madre-niño, grupos de adolescentes, etc.
2. Recuperación parcial de costos bajo el principio de solidaridad.
3. La equidad en el uso, acceso y financiamiento.
4. Calidad técnica y humana-ambiental.
5. La eficiencia de la gestión de los recursos.
6. La sostenibilidad : legitimación y financiamiento.
7. La participación social en todos los momentos de la gestión del servicio de salud.

V. PLAN DE ACCION

ESTRATEGIAS :

De la confrontación y cruce entre los componentes de la matriz DOFA, se pueden obtener muchas estrategias de intervención gerencial. La mayoría de ellas sólo podrían ejecutarse desde sectores externos a la salud.

La priorización de estas estrategias inicialmente, está hecha desde la perspectiva del equipo de salud, desarrollando sus principales fortalezas, especialmente las referidas a la Salud Familiar y Comunitaria Integral, y a la Gerencia de Servicios de Salud, tomando en cuenta sus debilidades individuales y en conjunto, aprovechando algunas de las oportunidades externas y neutralizando y/o eludiendo las amenazas.

En el futuro se podrá incorporar más y nuevas estrategias alternativas, a medida que se vayan involucrando progresivamente la participación comunitaria y social y se mejore la competencia del equipo de salud individual y colectivamente.

La lista de las variables de la matriz DOFA no se considera acabada, al contrario es dinámica y viva. A medida que el proceso de investigación-acción-participación avance, se irán descubriendo y/o modificando nuevas variables en los cuatro grupos ; esto conducirá

ineludiblemente al planteamiento de nuevas estrategias alternativas de acción, en un ciclo que se repetirá constantemente en el futuro, siendo ésta una característica básica de la dinámica de la Gerencia Estratégica, es su razón de ser : **crear el futuro en base de la imaginación y la creatividad del equipo de salud.**

El plan de acción encaminado a aumentar las coberturas de atención y a mejorar la calidad de las mismas tiene como blancos a :

1. El usuario interno : miembros del equipo de salud ;
2. El usuario externo : individuo, familia y grupos sociales de la comunidad ; y,
3. El ambiente natural y social : la preservación y protección del medio ambiente y las condiciones sociales de convivencia.

El plan se realizará para un año calendario a partir de enero 1998.

EL USUARIO INTERNO (EQUIPO DE SALUD)

Estrategia 1. Programa de educación permanente y capacitación en servicio (Anexo 3 : matriz de programación)

Contenidos : Se sustentará en tres pilares fundamentales :

- a) modelos gerenciales ;
- b) salud familiar ; y,
- c) Problemas básicos de atención primaria en medicina familiar.

Temas (5) :

■ *MODELOS GERENCIALES.*

1. Estadísticas en salud.
2. Contabilidad.
3. Introducción a la informática
4. Comunicación y liderazgo
5. Administración de servicios de salud
6. Comportamiento y teoría organizacional
7. Epidemiología aplicada a la gerencia de salud
8. Sistemas de información y logística en salud
9. Economía de la salud
10. Administración de recursos humanos
11. Administración de recursos financieros
12. Servicios ambulatorios y hospitalarios
13. Mercadotecnia y servicios de salud
14. Productividad y sistemas de calidad
15. Gerencia estratégica de establecimientos de salud.

■ *SALUD FAMILIAR (6)*

1. La familia aspectos conceptuales
2. Realidad de la familia ecuatoriana
3. Desarrollo y dinámica de la familia - teoría sistemática - ciclo vital familiar
4. Aspectos conceptuales de la comunicación - la expresión corporal
5. Crisis familiares
6. Intervención en crisis
7. Instrumentos de la entrevista familiar
8. La ética media
9. La fe y la religión en la salud y la enfermedad
10. El divorcio y su impacto familiar

11. El alcoholismo y la familia
12. La familia con adolescentes
13. La vejez
14. Etnomedicina
15. Investigación

■ *PROBLEMAS BASICOS DE ATENCION PRIMARIA (6).*

1. Hipertensión
2. Atención preventiva del niño, adulto y anciano.
3. Dolor abdominal
4. Cefalea
5. Iza
6. Somatización
7. Lumbalgia
8. Depresión
9. I . V. U.
10. Evaluación de fiebre
11. Dolor precordial
12. Diabetes
13. Asma
14. Ictericia
15. Diarreas
16. Desnutrición
17. Planificación familiar
18. Dolor pélvico
19. Tuberculosis
20. Sangrados vaginales disfuncionales
21. Control prenatal
22. Fatiga crónica

23. Mareos y vértigos

24. Dispepsia

PRIORIZACION. (ver anexo 4 : matriz de priorización)- Se realizará con el concurso de todos los miembros del equipo de salud y con representantes de la comunidad.

TECNICAS

Exposiciones magistrales, lecturas dirigidas, discusión de casos prácticas institucionales y tareas asignadas.

DEDICACION Y HORARIOS : Todos los temas y contenidos se desarrollarán de lunes a viernes durante todo el año 98 de 08 :00 a 09 :30.

RECURSOS : Material educativo y bibliográfico de la unidad y postgrados.

RESPONSABLES : Equipo de salud.

Estrategia 2. Programa de integración del equipo de salud.

Contenido : Recreación - actos culturales - reuniones informales - medicina del deporte - paseos - reconocimientos - incentivos - etc.

DEDICACION Y HORARIOS : Cada tres meses y en horas y día extralaborables.

Estrategia 3. Programa de ampliación de los días de atención en el Subcentro de cinco días a seis días semanales con los grupos de trabajo del equipo de salud ; uno de lunes a viernes y el otro de martes a sábado (ya aprobado por el equipo de salud actual).

EL USUARIO EXTERNO (Individuo, familia y grupos sociales)

Estrategia 4. Programación local. La ficha familiar (1) (ver anexo 5)

Contenido : I. Programa de capacitación para el equipo de salud sobre : programación local y aplicación de la ficha familiar

Bases generales

1. el diagnóstico local

1.1 descripción general

1.2 identificación de problemas, necesidades y situación de salud de la comunidad.

1.2.1 guía para entrevistas con informantes clave

1.2.2 análisis con grupos

1.3 delimitación de la cobertura

1.3.1 criterios básicos

1.3.2 croquis de la cobertura

1.4 diagnóstico de la situación de las familias

1.4.1 aspectos generales

1.4.2 ficha familiar

1.4.3 resumen del diagnóstico familiar

2 la programación local (propriadamente dicha)

2.1 aspectos generales

- 2.2 programación de actividades con la comunidad
 - 2.2.1 descripción general
 - 2.2.2 instrucciones para el uso del formulario
- 2.3 programación por familias
 - 2.3.1 aspectos generales
 - 2.3.2 atención a grupos prioritarios
 - 2.3.3 atención a problemas de las familia
- 3 el monitoreo y la evaluación
 - 3.1 monitoreo y ajuste de la programación por familias
 - 3.2 monitoreo y ajuste de la programación con la comunidad.
- Orientaciones para archivar la ficha familiar

METODOLOGIA : Exposiciones magistrales, prácticas institucionales, lecturas dirigidas, talleres, discusión en grupo.

DEDICACION Y HORARIOS : Enero de 1998, de lunes a viernes de 08 :00 a 09 :30.

RECURSOS : Planta fisica de la unidad, ficha familiar, manual de producción local..

RESPONSABLES : Equipo de salud.

II. EJECUCION DE LA PROGRAMACION LOCAL Y APLICACIÓN DE LA FICHA FAMILIAR

TAREAS : Aplicar 200 fichas familiares desde febrero a diciembre de 1998.

METODOLOGIA : Visita domiciliara.

DEDICACION Y HORARIOS : Dos días por semana desde febrero a diciembre de 1998.

RECURSOS : Fichas familiares, esferográficas y lápices.

RESPONSABLES : Equipo de salud.

Estrategia 5. Reuniones con los grupos sociales de la comunidad.

Contenido :

- Auscultar sus necesidades, problemas e intereses.
- Incorporar la participación social de los actores sociales en todos los momentos de la gestión del servicio de salud.
- Alcanzar la Intersectorialidad a través de la negociación, la concertación y el consenso.

METODOLOGIA : Técnicas de participación comunitaria.

TAREA : Conformar el comité interinstitucional de salud.

DEDICACION Y HORARIO : Una a dos horas semanales para cada grupo social.

RECURSOS : Planta física de la unidad y salas de reuniones de las instituciones de la +
localidad, material de oficina.

RESPONSABLES : Equipo de salud.

Estrategia 6. Reunión con agentes de la medicina natural y tradicional.

Contenido : Rescatar el valor científico de las prácticas tradicionales y naturales y adoptar una actitud de respeto por sus valores culturales.

METODOLOGIA : Identificación, acercamiento y apertura a los agentes de la medicina natural y tradicional, entrevistas y reuniones, registrar información.

DEDICACION HORARIA : Un día por mes desde enero hasta diciembre de 1998.

RESPONSABLE : Equipo de salud.

Estrategia 7. Recuperación parcial de costos de los servicios de salud.

Contenido :

- Planteamiento de la necesidad de la recuperación parcial de costos bajo el principio de solidaridad social, a los grupos sociales y autoridades de la comunidad.
- Fijación del tarifario y clasificación de las familias en tres estratos :
 - a. paga 100% de tarifa
 - b. paga 50% de tarifa
 - c. no paga la tarifa

Esta clasificación se basará en la existencia o no de factores de riesgo socioeconómico registrados en la ficha familiar.

RESPONSABLES : Cogestión de los fondos entre el equipo de salud y el/los representante/s legales de la comunidad.

Estrategia 8. Medición del grado de satisfacción del usuario interno y externo.

Contenido :

- Elaboración y aplicación de encuesta,

RESPONSABLES : Equipo de salud.

VI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES SUBCENTRO DE SALUD CRISTOBAL COLON, CARCHI, 1998

meses	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
actividades												
estrategia 1	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
estrategia 2			X			X			X			X
estrategia 3	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
estrategia 4	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
estrategia 5	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
estrategia 6	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
estrategia 7				XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
estrategia 8	XXXX											

Elaboración: equipo de salud

Actividades:

Estrategia 1. Programa de educación permanente y capacitación en servicio.

Estrategia 2. Programa de integración del equipo de salud.

Estrategia 3. Programa de ampliación de los días de atención

Estrategia 4. Programa de capacitación sobre programación local y ejecución de la misma

Estrategia 5. Reuniones con grupos sociales de la comunidad.

Estrategia 6. Reunión con agentes de la medicina natural y tradicional.

Estrategia 7. Recuperación parcial de costos de los servicios.

Estrategia 8. Medición del grado de satisfacción del usuario interno y externo.

VII. COMENTARIOS

El desarrollo de los módulos del postgrado en gerencia de servicios de salud se ha desplegado con diferencia considerables de oportunidades entre los participantes, siendo limitadas para quienes trabajamos en las provincias lejanas a la ESPOL/ESPAE. Esto ha significado una pérdida en términos de aprovechamiento de las ventajas del trabajo en equipos y la riqueza de la interacción grupal.

La elaboración de los trabajos de grado de este grupo de tutoría podría adolecer también de los logros del trabajo en equipo.

Aspiramos a que la nueva promoción de gerentes de la ESPOL/ESPAE se organice y gane espacio en el concierto nacional y en el ámbito gremial profesional con el objetivo de intervenir en los puntos de toma de decisiones de los servicios de salud en aras de impulsar la reforma del sector salud y la transformación del sistema nacional de salud.

Como futuros egresados de la ESPOL/ESPAE sugerimos que la Universidad, nos permita continuar con el proceso de educación permanente y capacitación con subespecialidades afines como por ejemplo : Auditoría de la calidad de la atención, Sistemas de Información, Investigación aplicada a la gerencia de servicios de salud, etc.

Que no quede todo en teoría, porque el país está repleto de diagnósticos y propuestas archivadas y empolvadas. Es imperativo ejecutar todas ellas en el campo de la salud, para lograr la transformación de la sombría realidad en la que se debate la mayoría de la población ecuatoriana. El Ecuador necesita de ejecutivos ; es decir, de gerentes exitosos que combinen eficazmente pensamiento-sentimiento-acción.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

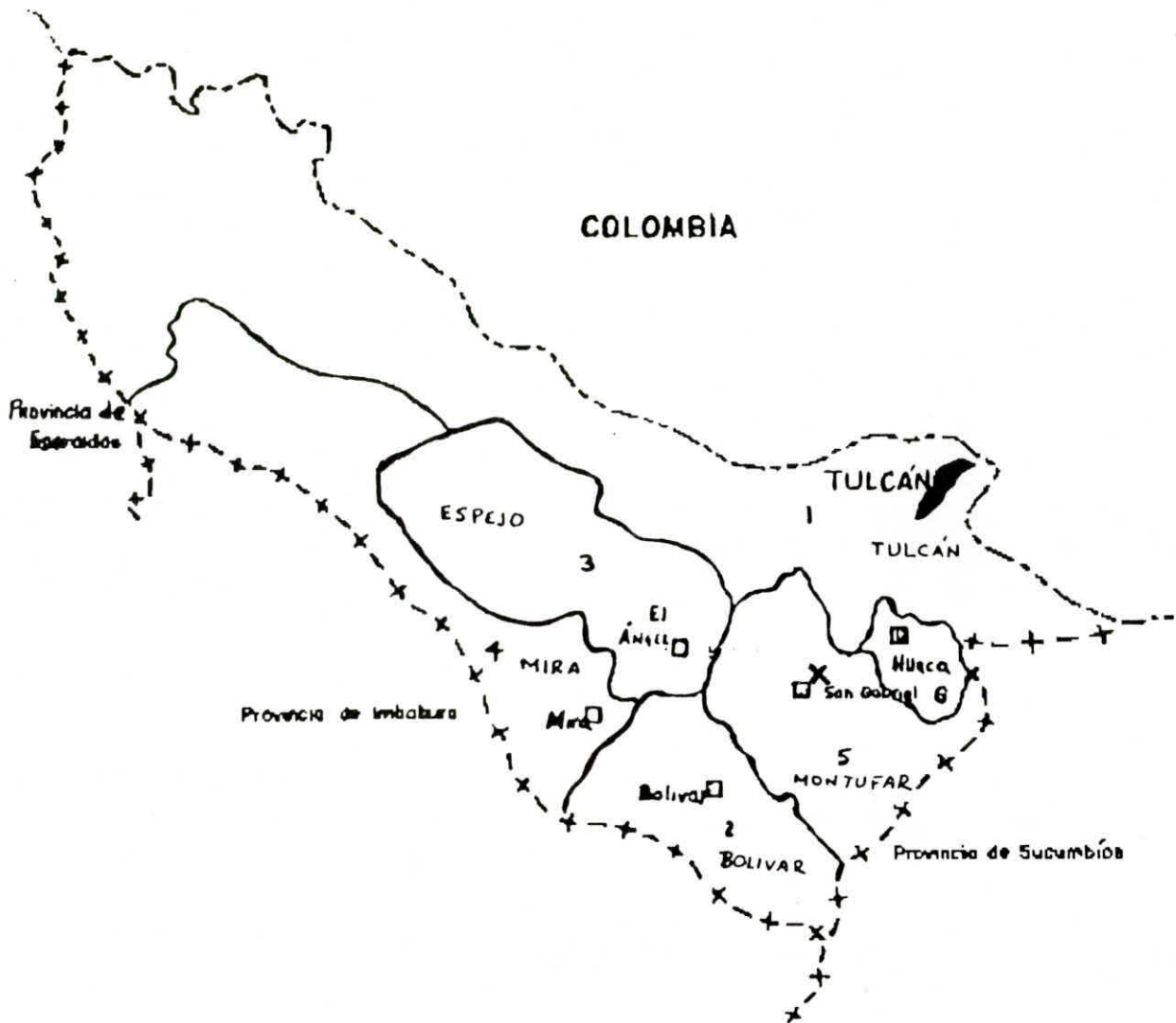
1. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual para la programación local en el nivel de atención básica , Serie : Manuales para la Atención Básica (N° 2). OPS/OMS, 1992, pp2.
2. Reforma del Sector Salud en el Area Andina, Memorias del Foro Subregional de Ministros de Salud en la Región Andina, Serie Reforma del Sector Salud (N° 1), 1996, pp 355-363.
3. Naranjo, P. ,Terán, C. ; Salud Familiar y Comunitaria Integral, MSP., Quito, (Ecuador), 1990, pp 15-29.
4. Vargas, E.,Saritama, W., Cervantes, M. Diagnósticos situacionales de Salud de la Parroquia "Cristóbal Colón", Mimeografiados, 1996, 1995 y 1994.
5. Programa de Postgrado en Gerencia de Servicios de Salud : Módulos Gerenciales ESPOL/ESPAE, AUPHA, Guayaquil, (Ecuador). 1997.
6. Programa de Postgrado en Medicina Familiar : Pénsum de Estudios. Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina, Quito, (Ecuador), 1995.
7. Programa de Epidemiología para Administradores de Salud P.E.A.S., Curso Taller : Módulos 1,2,3,4 , Quito, 1993.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual para la programación local en el nivel de atención básica , Serie : Manuales para la Atención Básica (Nº 2). OPS/OMS, 1992, pp2.
2. Reforma del Sector Salud en el Area Andina, Memorias del Foro Subregional de Ministros de Salud en la Región Andina, Serie Reforma del Sector Salud (Nº 1), 1996, pp 355-363.
3. Naranjo, P. ,Terán, C. ; Salud Familiar y Comunitaria Integral, MSP., Quito, (Ecuador), 1990, pp 15-29.
4. Vargas, E.,Saritama, W., Cervantes, M. Diagnósticos situacionales de Salud de la Parroquia "Cristóbal Colón", Mimeografiados, 1996, 1995 y 1994.
5. Programa de Postgrado en Gerencia de Servicios de Salud : Módulos Gerenciales ESPOL/ESPAE, AUPHA, Guayaquil, (Ecuador). 1997.
6. Programa de Postgrado en Medicina Familiar : Pénsum de Estudios. Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina, Quito, (Ecuador), 1995.

7. Programa de Epidemiología para Administradores de Salud P.E.A.S., Curso Taller : Módulos 1,2,3,4 , Quito, 1993.
8. Polit, D., Hungler, B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud, 2a Edición. Interamericana, México 1985.
9. Day, R. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. Publicación científica 526, OPS, 1990.
10. OPS/OMS. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. La Administración Estratégica, 1992.
11. Velez, L. Etica Médica Interrogantes acerca de la Medicina, la Vida y la Muerte. (2ª e.d.) Corporación para Investigaciones Biológicas, Medellín, (Colombia), 1996.
12. Pineda, E. ,L. de Alvarado, E., + H. de Canales, F. Metodología de la Investigación. Manual para el Desarrollo de Personal de Salud (2nd e.d.) OPS/OMS, Washington, D. C.,1994.
13. Foro Internacional : Gerencia en Servicios de Salud. Memorias ESPOL/ESPAE, Auxiliares Gráficos, Guayaquil, 1995.
14. Ministerio de Salud Pública del Ecuador OPS/OMS. Participación Social y Voluntariado Comunitario de Salud (VCS), Serie : Manuales para la Atención Básica (No. 3), 1992.

PROVINCIA DEL CARCHI



CANTONES	PARROQUIAS	
	Urbanas	Rurales
1. TULCAN	2	9
2. BOLIVAR	1	5
3. ESPEJO	2	3
4. MIRA	1	3
5. MONTUFAR	2	3
6. SAN PEDRO DE HUACA	1	1

SIMBOLOGIA

- LIMITE INTERNACIONAL
- +--+ LIMITE PROVINCIAL
- LIMITE CANTONAL
- CAPITAL PROVINCIAL
- CABECERA CANTONAL
- X CRISTÓBAL COLÓN

ESCALA GRÁFICA



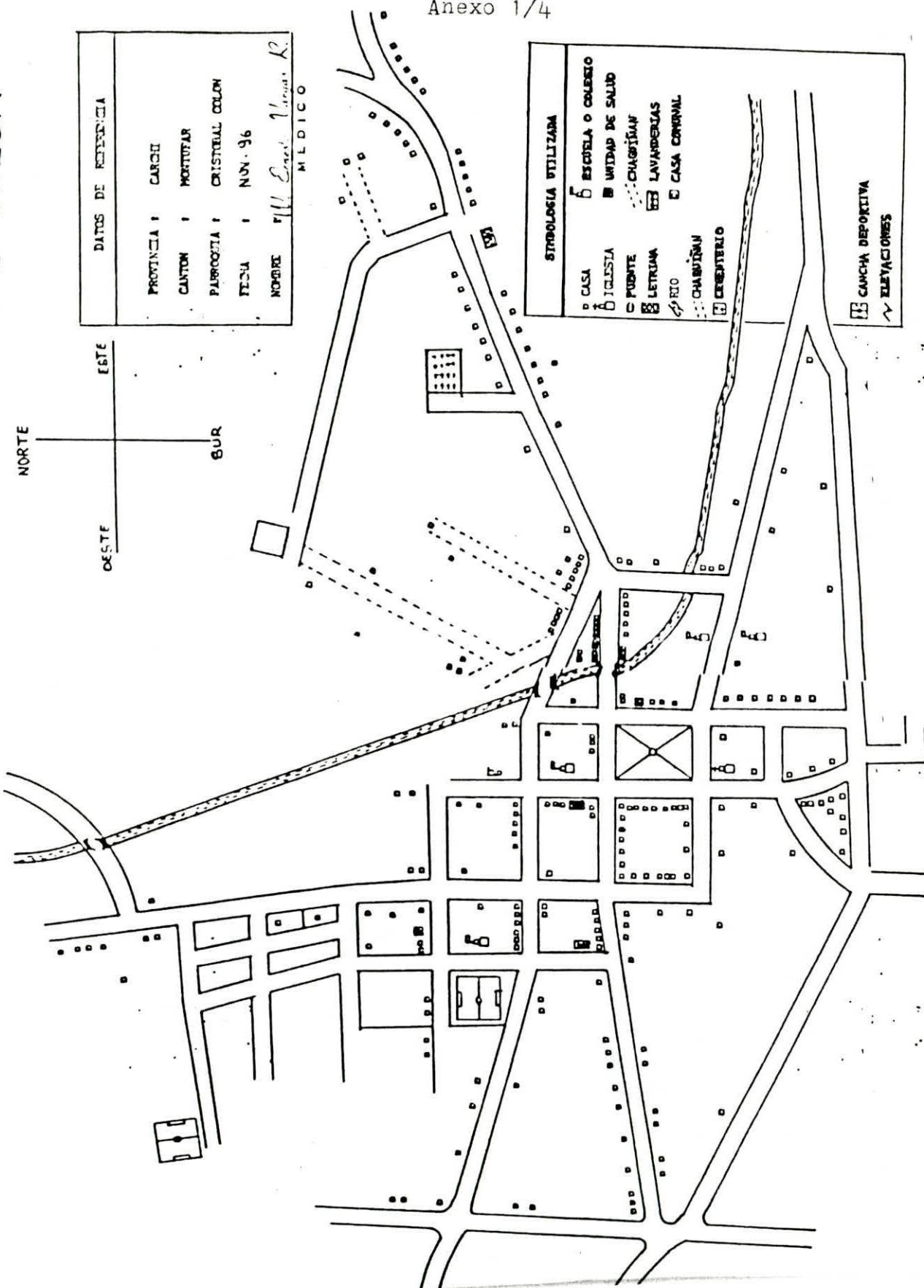
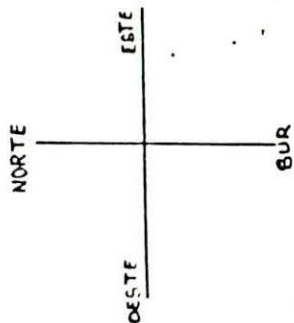


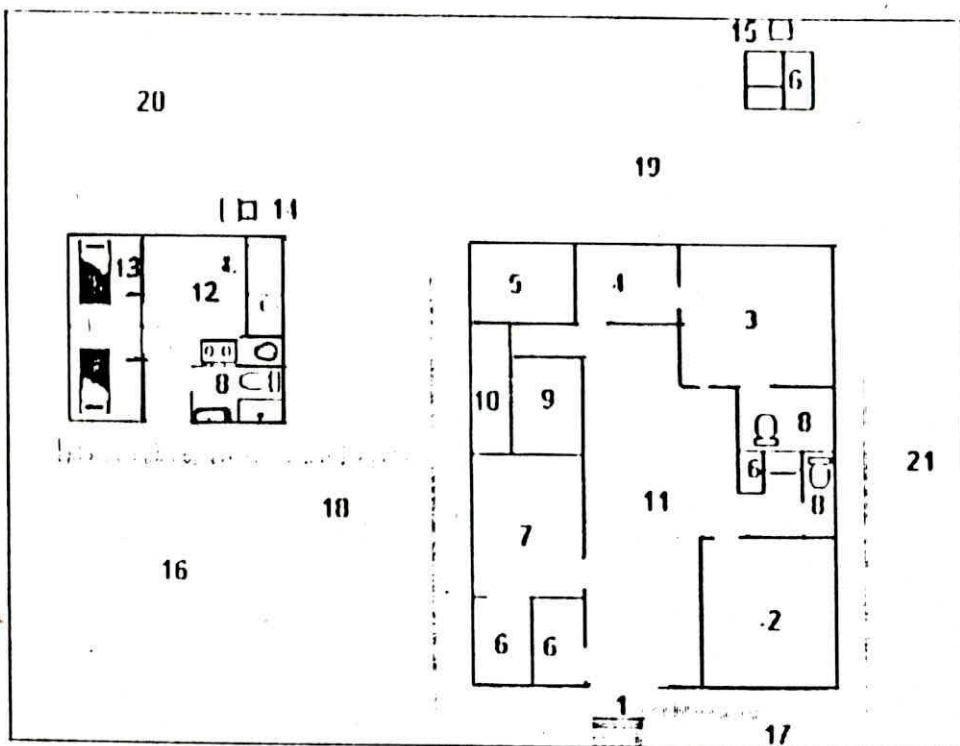
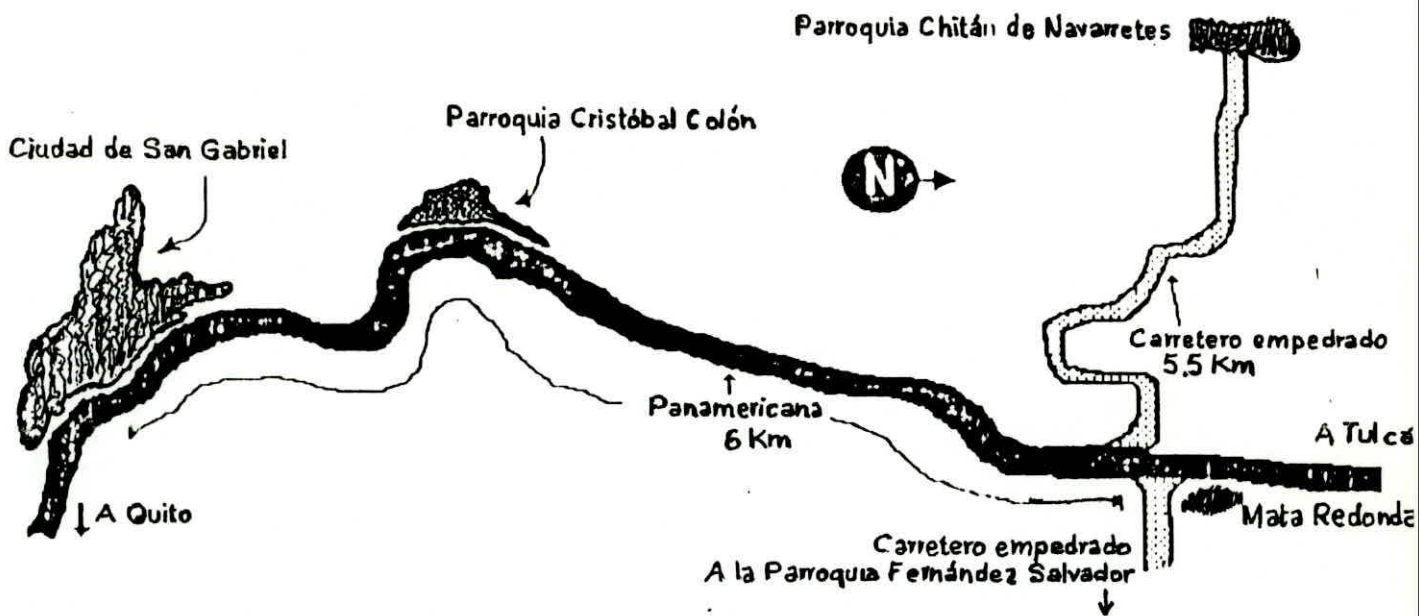
CROQUIS DE LA PARROQUIA DE CRISTOBAL COLON

Anexo 1/4

DATOS DE REFERENCIA	
PROVINCIA :	CARCHI
CANTON :	MONTUFA
PARROQUIA :	CRISTOBAL COLON
FECHA :	NOV. 96
NOMBRE :	Fl. Enes V. Rojas R.

MEDICO





1. Ingreso al SCS. C. Colón.
2. Consultorio odontológico.
3. Estadística y postconsulta.
4. Preparación.
5. Consultorio médico.
6. Bodegas.
7. Sala de curaciones y vacunación.
8. Baños.
9. Sala de gineco obstetricia.
10. Sala de observación.
11. Sala de espera.
12. Sala, comedor, cocina de la vivienda.
13. Dormitorios.
14. Lavandería.
15. Fosa.
16. Parqueadero.
- 17, 18, 19, 20 y 21. Areas verdes.

Calle Piedrahita s/n y Caico

SUBCENTRO DE SALUD CRISTÓBAL COLÓN

(Anexo 2)

INDICADORES PARA SISTEMAS LOCALES DE SALUD, (7).

(Fuente : Pavón 1985, modificado)

ESTRUCTURA

1. ACCESIBILIDAD
 2. DISPONIBILIDAD
-

PROCESO

3. ACTIVIDADES
 4. PRODUCTIVIDAD
 5. USO
 6. UTILIZACION
 7. CALIDAD *
-

RESULTADOS DIRECTOS

8. COBERTURA *
 9. EFICIENCIA
 10. EFICACIA
-

RESULTADOS INDIRECTOS
(IMPACTO EN LA POBLACION)

11. EFECTIVIDAD
-

- Los indicadores de cobertura y calidad son los que principalmente monitorearán y

evaluarán a la presente propuesta. Sin embargo, los demás indicadores presentados a continuación como ejemplos ; también serán utilizados de acuerdo a las necesidades de la gestión.

1. INDICADORES DE ESTRUCTURA

Accesibilidad geográfica :

1. Distancia
2. Duración de viaje (de acuerdo a medio de transporte)

Accesibilidad económica :

1. Pagos por atención, drogas y gastos de transporte comparados con los salarios.

Accesibilidad debido a la organización

1. Tiempo de espera.
2. Número de rechazos.

2. INDICADORES DE DISPONIBILIDAD

1. Número de trabajadores de salud
Población de referencia
2. Número de Médicos
Población de referencia

3. INDICADORES DE ACTIVIDADES

1. Número de dosis aplicadas (según vacuna : 1a, 2a y 3a dosis)
2. Número de gestantes que reciben atención prenatal.

4. INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD Y RENDIMIENTO

1. Número de controles prenatales
Número de horas de trabajo de Médico
2. Número de controles de crecimiento
Número de horas de trabajo de enfermera

5. INDICADORES DE USO

1. Número de consultas en un año
Número de consultantes (1a. vez)
2. Número de controles prenatales en un año
Número de mujeres gestantes atendidas
3. Número de consultas de casos de tuberculosis en un año
Número de pacientes con tuberculosis

4. Número de personas atendidas (usuarios) en un año
Población de referencia

6. INDICADORES DE UTILIZACION

1. Número de horas trabajadas (reales) según recurso
Número de horas pre-determinadas

7. INDICADORES DE CALIDAD

La calidad técnica se define en términos de cuatro variables :

- a) La integridad : satisfacer todas las necesidades de los pacientes.
- b) Los contenidos : hacer todo lo que se debe hacer en cada caso.
- c) La destreza : hacer bien lo que se debe hacer.
- d) La oportunidad : hacer a tiempo y en la secuencia adecuada.

La calidad humana y ambiental determinan preferencialmente la satisfacción y confort del usuario, se medirá a través de una encuesta de opinión, cada tres meses. La primera se realizará en enero de 1998 (al azar).

8. INDICADORES DE COBERTURA

1.
$$\frac{\text{Número de niños vacunados}}{\text{Número de niños susceptibles}} \times 100$$

Número de gestantes en control
2. ----- X 100
Número total de gestantes

Número de partos atendidos
3. ----- X 100
Número total de partos esperados

Número de consultas
4. ----- X 100
Número personas que necesitan atención

Número de viviendas con servicio agua
5. ----- X 100
Número total de viviendas

9. INDICADORES DE EFICACIA

No. niños realmente protegidos
1. ----- X 100
No. niños vacunados

$$2. \frac{\text{No. paciente Tbc curados}}{\text{No. pacientes Tbc. tratados}} \times 100$$

$$3. \frac{\text{No. paciente curados que asisten a consulta}}{\text{No. pacientes tratados}} \times 100$$

10. INDICADORES DE EFICIENCIA

$$1. \frac{\text{Costo del programa de vacunación}}{\text{No. niños vacunados}}$$

$$2. \frac{\text{Costo del programa Tbc}}{\text{No. pacientes Tbc curados}}$$

$$3. \frac{\text{Costo del programa de salud familiar y comunitaria integral}}{\text{No. de actividades del médico familiar}}$$

11. INDICADORES DE EFECTIVIDAD

Tasas de :

- Nacimientos
- Fecundidad
- Mortalidad global
- Mortalidad infantil
- Esperanza de vida
- Mortalidad materna
- Porcentaje de niños nacidos con bajo peso
- Mortalidad prenatal
- Mortalidad neo-natal
- Incidencia de Tbc
- Incidencia de enfermedades del programa extendido de vacunación

12. INDICADORES ADICIONALES

$$1. \text{ Tasa de abandono} = \frac{\text{No. pacientes que no completan su tratamiento}}{\text{No. pacientes que iniciaron el tratamiento}} \times 100$$

$$2. \text{ Funcionamiento del sistema de información} = \frac{\text{No. informes disponibles momento dado}}{\text{No. de informes esperados}} \times 100$$

$$3. \text{ Participación del personal en cursos de capacitación} = \frac{\text{No. de trabajadores de salud según categoría que participó durante un año en los cursos ofrecidos}}{\text{No. total trabajadores de salud}} \times 100$$

$$4. \text{ Desempeños de los comités de salud} = \frac{\text{No. de reuniones de los comités (durante los X meses pasados)}}{\text{No. total de reuniones planificadas}} \times 100$$

$$5. \text{ Nivel de conocimientos} = \frac{\text{No. personas con X\% conocimientos (destreza) standard}}{\text{No. total de personal}} \times 100$$

$$6. \text{ Integración de la partera al organismo de salud} = \frac{\text{No. partos de riesgo remitidos por parteras al servicio de salud}}{\text{No. partos de riesgo diagnosticados por partera}} \times 100$$

$$7. \text{ Integración de la partera al organismo de salud} = \frac{\text{No. reuniones realizadas con parteras}}{\text{No. reuniones programadas}} \times 100$$

8. Capacitación

$$= \frac{\text{Reuniones de planificación realizadas}}{\text{Reuniones de planificación programadas}} \times 100$$

$$= \frac{\text{Talleres realizados}}{\text{Talleres programados}} \times 100$$

$$= \frac{\text{No. de asistentes}}{\text{No. de talleres}} \times 100$$

PROGRAMACION DE ACTIVIDADES A NIVEL LOCAL

(Preguntas P1 a P9)

MATRIZ DE PROGRAMACION

[illegible]

PRIORIZACION DE LOS PROBLEMAS DE SERVICIOS DE SALUD

PROBLEMAS	Impacto negativo en la salud de la población	Que tan lejos está de la situación esperada	Es considerado como problema por la comunidad	Posibilidades de mejorar a nuestro nivel	TOTAL

No.	Actividad	Objetivo *	Meta*	supuestos/ condiciones
1				
2				
3				
4				

* Objetivo: no necesariamente mensurable. Meta: un objetivo que se puede medir y que se trata de lograr en un tiempo determinado.

LA FICHA FAMILIAR

- * RECOGE INFORMACION BASICA PARA LA PROGRAMACION DE ACTIVIDADES A LAS PERSONAS Y LAS FAMILIAS
- * PERMITE CLASIFICAR A LAS FAMILIAS SEGUN RIESGO (PRIORIZACION PARA ACTIVIDADES Y RECURSOS)
- * APROXIMA Y COMUNICA AL EQUIPO DE SALUD CON LAS FAMILIAS Y LA COMUNIDAD (PARTICIPACION CONJUNTA EN EN EL ANALISIS Y ENFRENTAMIENTO DE PROBLEMAS)

