

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL

**ESCUELA DE POST GRADO EN ADMINISTRACIÓN DE
EMPRESAS**

**ESPECIALIDAD EN GERENCIA DE SERVICIOS DE
SALUD**



BIBLIOTECA
ESPAB-ESPOL

TRABAJO DE GRADUACIÓN

**PROPUESTA DE UN NUEVO MODELO DE ATENCIÓN
EN EL SUBCENTRO DE SANTA ROSA SALINAS**

AUTORES:



DP-08003

Dr. CARLOS JARRIN BELTRAN

Dr. JUAN TUMBACO GUALE

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. ERNESTO TORRES TERAN

2005



BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

AGRADECIMIENTO

Al Señor Vinicio Yagual Villalta Alcalde del Gobierno del Cantón Salinas por habernos dado la oportunidad de mejorar nuestro nivel académico como estudiantes becarios en la Gerencia de Administración Hospitalaria, la misma que beneficiara a la Comunidad y a las Instituciones de Salud Peninsular.

Al Dr. Ernesto Torres Terán Coordinador Docente de la Maestría y Director de nuestra tesis por su orientación en el desarrollo de la misma.

DEDICATORIA

A nuestros Padres y a nuestra Familia por el apoyo y comprensión durante el desarrollo de esta capacitación gerencial.

TABLA DE CONTENIDO

	Resumen Ejecutivo	Pág. 1
1.	Introducción	Pág. 3
2.	Justificación	Pág. 4
3.3.1	Objetivos	Pág. 5
4.	Situación Socio Demográfico	
5.	Situación de Salud	Pág. 7
5.1	Contexto Nacional	Pág. 8
5.2	Contexto Provincial	
5.3	Contexto Cantonal	
5.3.1	Medio Ambiente Saneamiento Básico	
5.3.2	Organización de los Servicios de Salud	Pág. 9
5.3.3	Definición Conceptual y capacidad resolutiva	BIBLIOTECA
5.3.4	Recursos Humanos	Pág. 11
5.3.5	Producción- Cobertura y Resultados	Pág. 12
6.6.1	Marco teórico- Base constitucional	Pág. 15
6.2	Ley de Descentralización	Pág. 16
6.3	Proceso de Descentralización- Participación Social	
6.4	Proceso de Modernización Institucional	
6.5	Objetivos de Proceso de Cambio	Pág. 17
6.6	Ley de Desconcentración	
6.7	La necesidad de transformar el sector de salud	
6.8	Desconcentración en Salud	Pág. 19
7.7.1	Nuevo Modelo de Atención- Aspectos Generales	Pág. 20
7.2	Elementos Conceptuales Constitutivos del Modelo	Pág. 21
8.	Propuesta de Modelo de Atención en el S.C.S de Sta. Rosa	Pág. 22
8.1.1	Estrategias- Gerenciales	
8.1.2	Estrategias de Integración de Equipos de Salud	Pág. 24
8.1.3	Estrategias en Inmunización	
8.1.4	Estrategias en la Promoción de la Salud	Pág. 25
8.1.5	Estrategias Epidemiológicas	Pág. 26
8.1.6	Estrategias en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia	
8.1.7	Estrategias en los Servicios de Atención Médica	Pág. 27
8.1.8	Estrategias en IRA-EDA- Parasitosis	Pág. 30
8.1.9	Estrategia en el Programa de Tuberculosis	Pág. 31
9.	Conclusiones	Pág. 32
10.	Recomendaciones	Pág. 33
	Anexos	Pág. 34



BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

Resumen Ejecutivo.

El Subcentro de Salud de Sta. Rosa Salinas es una de las Unidades Operativas que integran la red de servicios de Salud del Área N° 26 correspondiente al Cantón Salinas, desde el año 1995 viene funcionando como un SC de salud municipal ofreciendo atención exclusivamente ambulatoria basado en un modelo de atención no definido.

El Gobierno del Cantón Salinas en forma preferencial y solidaria, a las necesidades inmediatas y básicas de los sectores sociales mas pobres y menesterosos, en uso de sus atribuciones legales expide la ordenanza constitutiva del Patronato Municipal de Salinas, en el artículo 1 refiere que este Patronato es una entidad de caridad con autonomía administrativa y financiera, adscrita al Gobierno del Cantón Salinas que tiene como objetivo prestar asistencia social en las áreas de salud.

Para cumplir con este propósito estará financiado por una asignación anual que constará en el presupuesto municipal, por las retribuciones que paguen los usuarios de los servicios, ordenanza que fue discutida en las sesiones del 1ro. de Julio y 3 de Agosto del 2000.

Por otra parte la Ley Orgánica del Régimen Municipal en el párrafo 4to. De Higiene y Asistencia Social, en el artículo 164 literal a dispone que la administración municipal cuidará de la higiene y salubridad del cantón.

El Gobierno del Cantón Salinas en febrero del 2001 desarrolló un Plan Estratégico Participativo (PEP) de carácter Urbano Cantonal cuyo objetivo era lograr la participación de la comunidad en la gestión e instrumentación de proyectos identificando sus problemas hasta el establecimiento de posibles soluciones.

Para la responsabilidad y los compromisos que la población podría asumir fue necesario efectuar un diagnóstico situacional utilizando técnicas diversas como: diálogo, entrevistas, grupos focales y visitas a instituciones, comprometiendo la participación social, se identificaron los problemas, buscando alternativas de soluciones para las mismas.

Se concluyó que sus problemas radican a nivel de unidad socio – cultural de índole ambiental, así como también una alta morbilidad infantil.

Este plan estratégico de desarrollo urbano cantonal de Salinas ha venido solucionando en parte los problemas de salud de la comunidad salinense.

Pero el nuevo concepto de salud incluye aspectos biológicos, ambientales educativos, económicos, estilo de vida y eficiencia en los servicios de salud, esto obliga a buscar nuevos modelos de atención de salud fundamentados en la integridad e integración de los procesos de modo que el trabajo conjunto de las instituciones de los diversos sectores presentes en un área determinada, tenga como campo de acción al individuo, la familia, la comunidad y el medio ambiente en todos sus contextos.

El modelo de salud debe responder a las necesidades propias de la población con eficacia, equidad y calidad.

No existen modelos únicos y rígidos, por el contrario, las necesidades cambiantes del mundo moderno obliga a que las propuestas sean flexibles, no obstante deben incorporarse en su estructura, algunos elementos básicos comunes, especialmente técnicos gerenciales.

Durante el Post grado en Gerencia de Administración de Hospitales, hemos aprendido que lo más importante es la utilización de herramientas en nuestras propias unidades de trabajo.

Nuestro grupo de trabajo presenta como alternativa un modelo de atención integral – integrada con las siguientes características:

- Responsabilidad en el diagnóstico situacional de base.
- Generación y liderazgo de las acciones de salud con capacidad resolutoria, articulación integración y coordinación de todos los recursos, compartiendo responsabilidades.
- Suficiencia médico – tecnológica en base a objetivos y normas de calidad.
- Generación de condiciones para ordenar y priorizar los problemas de salud, a través de un sistema de información adecuada, oportuna y confiable.
- Cobertura total y equitativa a la comunidad.
- Prioridad al trabajo en equipo.
- Incorporación de la comunidad y del equipo de salud en el proceso de diagnóstico, programación, control y evaluación del servicio. Para que en el futuro pueda realizarse una evaluación del modelo gerencial formulamos diferentes indicadores de demanda ofertas y resultados.
- Finalmente anotamos nuestras conclusiones y recomendaciones, encaminadas a resaltar las necesidades de un cambio en el modelo biológico local.

Estos argumentos refuerzan el concepto de que la salud de los ciudadanos sea una permanente prioridad de las instituciones y organizaciones de la sociedad civil, así considerado este modelo de atención integral en el SC de Sta. Rosa plantea convertir un mejoramiento de la atención de sus servicios alcanzado los objetivos propuestos en este trabajo, con el fin de que la administración tenga una guía para la dirección política de la salud en la parroquia de Sta. Rosa y el resto del Cantón Salinas.



BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

1. INTRODUCCIÓN

Todos los países de América Latina han iniciado procesos de reformas a sus políticas de salud pública. El derecho a la salud de todo ciudadano, aparte de ser un servicio constitucional en toda nación no es tomado con seriedad y responsabilidad por parte del estado, a tal punto que sus instituciones salientes desde los Ministerios hasta los centros de salud se han convertido en los más deficientes servicios públicos por lo tanto el sector de salud en este contexto debe experimentar serias transformaciones destinadas a mejorar y prevenir la salud de los pueblos.

Pocos son los que gozan de salud, pero todos merecemos este privilegio, la enfermedad no es fruto del azahar ni un hecho fatídico o fortuito, sino toda perturbación de la salud que se expresa en un desequilibrio bio – social ambiental del hombre que se revela cuando las agresiones y abusos van mas allá de la capacidad para tolerarlos.



El presente trabajo propone un modelo gerencial de atención integral de la salud en la parroquia de Sta. Rosa por parte del equipo de salud del Subcentro Municipal cuyo enfoque básico será: las áreas de promoción prevención curación y rehabilitación como también la integración de los diferentes programas que lleva a cabo el Ministerio de Salud Publica. (MSP).

De manera técnica se realizará un diagnóstico del Subcentro de salud, recursos humanos, físicos y materiales con los que cuenta la Unidad operativa (oferta), se determinará la situación de salud de la población del área de influencia del Subcentro, estableciendo perfiles demográficos y epidemiológicos conociendo sus necesidades y priorizando sus problemas (demanda).

Se establecerán niveles socioeconómicos culturales e inventario de obras de cerramiento básico, finalmente se propondrán alternativas de soluciones coherentes y prácticas que ayuden a resolver los principales problemas de salud locales con plena participación de la comunidad persiguiendo equidad, eficiencia y eficacia a un costo accesible, comprometiendo la participación multisectorial.

2. JUSTIFICACIÓN

El proceso de descentralización y participación social constituye la forma más relevante de la gestión del Ministerio de Salud Pública (MSP) en los últimos 15 años. Ha permitido la organización territorial de la atención de salud en las denominadas *Áreas de Salud*.

Sin duda este proceso que en gran parte ha sido más bien de desconcentración eliminando a las Unidades de salud del MSP, ha mostrado las ventajas de la gestión local participativa en términos de procurar una mayor equidad y eficiencia en el uso de los escasos recursos disponibles.

El nuevo proyecto del MSP que promueve la modernización de los servicios de salud (MODERSA) y que cuenta con financiamiento del Banco Mundial, está orientado a crear un sistema descentralizado de cobertura universal con la participación de los diversos actores institucionales del sector salud a través de la conformación de redes plurales de atención y al manejo de sistemas de gestión y financiamiento local donde el Municipio tiene un rol importante al incorporar a la salud como parte de sus planes de desarrollo local.

La desconcentración y descentralización en salud es uno de los puntos vitales para la reforma del sector salud cuyo avance permitirá el desarrollo de nuevos modelos de gestión para elevar la capacidad resolutoria de los servicios con el objeto de satisfacer las demandas prioritarias de la población y construir un sistema de salud nacional sólido dinámico y flexible sobre la base de los sistemas cantonales y provinciales de salud que se vayan conformando en el territorio nacional.

En respuesta a esta realidad, el proceso de reforma del estado cuenta con leyes que facilitan la modernización tal es el caso de la descentralización que constituye un factor esencial de dicha reforma, definida como “la transferencia definitiva de funciones, atribuciones y recursos de las entidades titulares de la función ejecutiva hacia los gobiernos seccionales autónomos a efectos de redistribuir recursos y servicios de acuerdo a las necesidades de las respectivas circunscripciones territoriales” por lo tanto constituye un potente instrumento para acercar la toma de decisiones al nivel local para contribuir eficazmente a la solución de las necesidades prioritarias de la población.

También nos sentimos en la obligación moral de retribuir la beca otorgada por el Gobierno del Cantón Salinas a través del convenio con la Escuela Superior Politécnica (ESPOL) en cumplimiento a lo establecido en el decreto ejecutivo N° 2186 Registro Oficial 545 de Octubre 11/1.994 que promulgan las normas que permitieron la alianza: ESTADO ECUATORIANO, ESPOL y la Compañía Geresa de Combustible (CGC) para la concesión y operación de los campos petroleros de Ancón que invierte parte de las utilidades, en proyectos de desarrollo de la Península de Sta. Elena mediante la ejecución de diferentes estudios provisión de equipos creación de becas. Etc.



3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

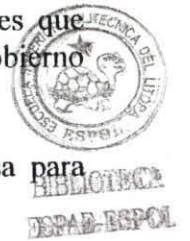
Poner en marcha un modelo nuevo de atención integral de salud basado en la equidad, calidad, eficiencia y eficacia para incrementar la cobertura y la satisfacción de usuarios y profesores.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

3.2.1. Mejorar la gestión del S.C.S de Sta. Rosa, mediante estrategias gerenciales que respondan a las filosofías y normas básicas del Ministerio de Salud Pública y del Gobierno del Cantón Salinas.

3.2.2. Presentar una propuesta de modelo de atención en el S.C.S. de Sta. Rosa para mejorar su capacidad resolutive.

3.2.3. Gestionar su implementación.



4. SITUACIÓN SOCIO DEMOGRAFICA POBLACIONAL Y TERRITORIAL

La Parroquia de Sta. Rosa es una de las Parroquias Urbanas del Cantón Salinas la misma que está ubicada en la parte Nor- Occidental de la Provincia del Guayas que a su vez forma parte del Consorcio Municipal de la Península de Santa Elena, el mismo que fue merjado en su territorio y población con la creación del Cantón "La Libertad" en 1.994

La Parroquia de Sta Rosa fue creada mediante ordenanza municipal transcrita en el Registro Oficial N° 333, del 24 de Mayo del 2.001, en el mismo se establecen los límites de la mencionada parroquia.

Al Norte limita con la Parroquia Urbana: Carlos Espinoza Larrea, al Oeste el Océano Pacífico, al Este con la intersección de la Calle 53 conocida como carretero Salinas- La Libertad y en la parte Sur Oeste el sector Petrópolis y la Ciudadela Italiana (ver anexo 1) y mapas.

4.1. POBLACIÓN DE STA. ROSA SEGÚN GRUPOS

EDAD AÑO 2.005

Menores de 1 año	112	2.32 %
De 1 a 4 años	428	8.89 %
De 2 a 4 años	304	6.31 %
De 5 a 9 años	498	10.3 %
De 10 a 14 años	504	10.47 %
De 15 a 19 años	468	9.72 %
De 20 y más años	2802	58.22 %
TOTAL	4.812	100 %

Fuente de información INEC: Resultados definitivos de los censos 1990 y 2001 de población.

El porcentaje de la población en relación con la población total asignada es de 1990 al 2001 y el INEC año a año aumenta en lo mínimo su población por ejemplo en el 2.004 la población menores de 1 año fue de 108 y en el 2.005 112, son cálculos matemáticos de aproximación.

En menores de 1 año tenemos que el 2.32 % corresponde de la población general de Sta. Rosa y así sucesivamente estos porcentajes especifican su relación con la población total en la Parroquia de Sta. Rosa.

4.2 INFORMACIÓN SOCIODEMOGRAFICA.

La parroquia urbana Sta. Rosa se constituye con Anconcito en los dos principales puertos del Cantón Salinas, por ende la población en su mayoría esta dedicada a las labores de pesca que se constituye en su principal fuente de ingreso económico.

Los cambios más importantes de esta parroquia están relacionados con:

- Uso del suelo: ocupación de la orilla del mar para construcción de viviendas, deterioro del área de playa.
- Pesca: Principal actividad económica que se desarrolla en esta zona.
- Demográfica: hacinamiento y alta densidad. Movimientos migratorios hacia otros lugares de la península.
- Social: alcoholismo, prostitución femenina y homosexual.

Se considera que los más acuciantes problemas son.

- El 30% tiene agua potable por tubería.
- El 20% tiene alcantarillado
- Desorganización de pescadores
- Chancheras domiciliarias.
- Deficiente infraestructura física en centros educativos.
- Falta de áreas verdes y centros de recreación.
- Basura
- Mal uso del dinero.
- No hay infraestructura pesquera.
- Inseguridad
- Contaminación del mar.

5. SITUACIÓN DE SALUD.

5.1. CONTEXTO NACIONAL

El Ecuador, como muchos países que afrontan los problemas de la pobreza y la exclusión social de gran parte de sus habitantes, no puede al momento atender las necesidades básicas de estos en términos de servicios de salud pública y de atención médica, alrededor 4.5 millones de ecuatorianos, el 22 % de la población del país no cuenta con cobertura efectiva de servicios de salud privado, el Ministerio de Salud Pública cubre el 30 %, la Junta de beneficencia y SOLCA el 4 %, son seculares la alta prevalencia de *desnutrición, avitaminosis, deficiencia de hierro y otros minerales*, especialmente entre niños y embarazadas, permanecen y recrudecen enfermedades transmisibles como tuberculosis, malaria, dengue; últimamente han emergido problemas globalizados como el VIH - SIDA al mismo tiempo que se incrementa la prevalencia de enfermedades no trasmisibles como diabetes, hipertensión y cáncer cérvico - uterino, que coinciden con la violencia intrafamiliar y los accidentes de tráfico.

Muchos documentos dan fe de este perfil de la salud / enfermedad y destacan las especificaciones regionales y de los sectores urbano y rural. Las mujeres y los niños tienen mayores riesgos de enfermar o morir que la población general, de la misma manera los indígenas y habitantes de las zonas rurales periurbanas de Guayaquil, Quito y otras ciudades que convocan a las inmigraciones internas.

Conviene, desde esta perspectiva, resaltar dos conceptos:

Polarización epidemiológica: los estratos sociales o poblaciones ubicados en los extremos de la escala social muestran perfiles epidemiológico distintos determinados por sus respectivos niveles de vida

Acumulación epidemiológica: Los estrato sociales y comunidades de menores ingresos sufren de las enfermedades asociadas a la pobrezas y de patologías coligadas al crecimiento económico y a la prolongación de la vida, tales como problemas de salud mental, enfermedades crónicas y de generativas, neoplasias, violencias y otras.

"La Existencia de desigualdades injustas y evitables en la población ecuatoriana en las condiciones de vida que determinan la salud, en el riesgo de enfermar y morir y en el acceso a servicio de salud de calidad, justifica la construcción e implementación de una política de estado por la posibilidad de enrumbar esfuerzos sociales hacia metas compartidas, por la oportunidad de definir conjuntamente prioridades en salud y trabajar en función de estas, por la imperiosa necesidad de unir voluntades, coordinar recursos, armonizar esfuerzos, cohesionar estrategias y aglutinar energías individuales y colectivas, del Estado y la Sociedad Civil, de la cooperación internacional y de cuantos actores e instituciones que desempeñan e intervienen desde sus respectivas ubicaciones y perspectivas en el campo de la salud para juntos lograr objetivos que sean definidos en provecho del todo el país en su unidad y también en su heterogeneidad "

La situación descrita podría resumirse de la siguiente manera:

- Problema del sistema: excluyente, desorganizado, fraccionado, sin planificación, radicalizado, ineficiente, etc.
- Problema del modelo de atención: bajas coberturas, excluyente y no solidario, biologicista, limitada participación de los usuarios, oferta desorganizada, indefiniciones geográficas - poblacionales, deficiente sistema de información, inexistencia de referencia / contrarreferencia, debilidad gerencial. etc.

5.2. CONTEXTO PROVINCIAL

Constituido por las direcciones provinciales de salud y los hospitales provinciales con jurisdicción técnica administrativa y de referencias de las áreas de salud que integran la provincia.

Los hospitales generales están implementados para resolver casos de mediana complejidad de salud.

La Dirección Provincial de Salud apoya, supervisa y evalúa a los establecimientos provinciales y a las áreas de salud de su jurisdicción.

5.3. CONTEXTO CANTONAL

El Cantón Salinas constituye el área de salud No. 26 de la provincia del Guayas. El desarrollo y fortalecimiento de la misma requiere de programas de Salud Pública integrales y permanentes así como también servicios asistenciales modernos, que tengan una capacidad resolutive determinada por el perfil epidemiológico de la morbimortalidad cantonal.

5.3.1 Medio ambiente y saneamiento básico

Las interrelaciones entre salud y medio ambiente son obvias pero no siempre lineales. Su complejidad, más que conceptuales son operativas por la visión sectorialista que suele prevalecer. En un taller realizado con la participación de funcionarios, técnicos y comunidad se establecieron los siguientes problemas ambientales que repercuten en la salud:

Contaminación del agua para uso humano.

Contaminación del agua de mar

- Contaminación del aire (por ruido especialmente)
- Contaminación del suelo por basuras orgánicas e inorgánicas, y excretas productos y sustancias químicas
- Sobreexplotación de las arenas férricas.

- Excesiva presencia de animales callejeros (perros, gatos, chivos e incluso vacunos en Muey).
- Falta de programa de educación en salud y medio ambiente.

Existen un 45 % de alcantarillado sanitario y pluvial, lo cual determina una alta prevalencia de enfermedades de origen hídrico como las diarreas, salmonelosis y parasitosis intestinales. La situación se agrava por el deficiente servicio de recolección de basura y por el aseo de calles que aunque diario, no brinda cobertura adecuada debido al reducido número de unidades de recolectores de basura y de personal asignado.

La presencia de procesadoras de pescado y mariscos causan la proliferación de insectos y roedores además de la contaminación por olores desagradables.

5.3.2 Organización de los servicios de salud.

De acuerdo a la Dirección Provincial de Salud del Guayas y al proceso de organización de sus recursos, el Cantón Salinas y su unidades de salud constituyen el área de salud No. 26. La misión de un área de salud es responsabilizarse por la Salud Pública y la atención de salud (Prevención, Curación y rehabilitación) personal, familiar y comunitaria.

Desde el punto de vista orgánico - funcional, el área cuenta con una jefatura, que en este caso corresponde al hospital (el director del hospital es también jefe de área); la unidad de conducción del área, conformada por los principales funcionarios del hospital.

Además, existen aproximadamente 20 unidades de salud de diferentes subsectores: Ministerio de Salud Pública, Fuerzas Armadas (Las 3 Ramas), Cruz Roja y Privados.

Las unidades del municipio (SCS Santa Rosa y J. L. Tamayo) operan con recursos municipales pero coordinan las actividades técnicas con el hospital, que es la jefatura del área 26; esto comprende la ejecución de los programas maternos - infantiles y la correspondiente dotación de los insumos básicos de los mismos, como vacunas sales de rehidratación oral, etc. Sin embargo, en estas unidades municipales como en las del MSP, el equipamiento es mínimo.

5.3.3. Definición Conceptual y Capacidad Resolutiva

Unidad de salud que brinda atención ambulatoria en: Medicina general, Medicina Interna, Gineco-Obstetricia y Pediatría, cumple acciones de fomento y recuperación de salud médico-odontológica, dispone de medios de diagnóstico como Laboratorio Clínico y cuenta con una farmacia de expendio de medicamentos.

Opera con recursos municipales y coordina actividades de información de producción con la Jefatura de Área, en lo que concierne al programa de Maternidad Gratuita atención a la infancia en menores de 5 años y programas de tuberculosis con poder de resolución en el tratamiento.

10 Primeras causas de morbilidad por consulta ambulatoria del S.C.S año 2.004

CAUSAS	Nº	5	TASA X 1000 H
Infección respiratoria	537	14.0	115.7
Parasitosis	191	5.0	41.2
Enfermedades Diarreica	149	3.9	32.1
Infección Vías U.	82	2.1	17.7
Desnutrición grado 1	78	2.0	16.8
Escabiosis	62	1.6	13.4
Gastritis	37	1.0	8.0
Anemia Ferropénica	32	0.8	6.9
Hipertensión Arterial	22	0.6	4.7
Artritis	16	0.4	3.4
Las demás	2641	68.7	569.1
Total	3847	1000.0	828.9



BIBLIOTECA
ESPAL-ESPOL

Fuente de información. Departamento de estadística del Hospital de Salinas

En cuanto a la morbilidad predominan las enfermedades respiratorias que son eventos estacionales.

Las parasitosis y las enfermedades diarreicas ocupan el 2do. y 3er. Lugar respectivamente y explican que son latentes en esta parroquia.

Las infecciones de vías urinarias se producen por el hacinamiento y promiscuidad.

La desnutrición y la anemia se dan por el bajo nivel socioeconómico, de igual manera podemos mencionar a la escabiosis.

La hipertensión arterial a pesar de ser una enfermedad que se produce con más frecuencia en las grandes ciudades sin embargo en Sta. Rosa comienza a elevarse su frecuencia y se ve explicada en el tipo de alimentación y trastornos metabólicos de la población.

Capacidad Resolutiva del S.C.S. de Sta. Rosa

Problemas de Salud	Capacidad Resolutiva
1.- Patologías infecciosas y parasitarias	1.- Disponibilidad de medios de diagnóstico y terapéuticos, laboratorio básico con capacidad para: hematológica básica, examen elemental y microscópico de orina. Química urinaria mediante tiras activas. Examen coproparasitario.. Disponibilidad de medicamentos básicos.
2.- Patologías inmunoprevenibles	2.- Disponibilidad programa de biológicos Personal capacitado tanto médicos como de enfermería
3.- Desnutrición	3.- Programa PANN 2000 y micro nutrientes del MSP
4.- Enfermedades de la piel	4.- Disponibilidad de medicamentos básicos
5.- Problemas Crónicos: Hipertensión arterial, Artritis.	5.- Medico Internista y disponibilidad de medicamentos básicos.
6.- Enfermedades epidérmicas. Dengue y Paludismo	6.- Medico Internista y disponibilidad de medios de diagnóstico. Brigadas medicas
7.- Anemia Ferropénicas	7.- Programa de maternidad gratuita y atención a la infancia, menores 5 años.
8.- Las demás: Regulación de la fecundidad	8.- Programa de Maternidad Gratuita

5.3.4 Recursos humanos.

Personal de Planta

- Un médico director
- Un médico general
- Dos auxiliares de estadística
- Un medico rural
- Una auxiliar de enfermería
- Dos guardianes conserjes

Personal Contratado

- Una Obstetrix
- Un Odontólogo
- Un tecnólogo laboratorista
- Dos Auxiliares de enfermería
- Una asistente administrativa

5.3.4 PRODUCCION COBERTURAS Y RESULTADOS

PRODUCTIVIDAD

- Un Director Médico de 8 horas, 4 de Administración y 4 de Consultas, atiende 15 pacientes diarios (adultos y niños) de Martes a Sábados .
- El Medico General: 8 horas, atiende 10 pacientes diarios (adultos y niños), trabaja de Lunes a Viernes.
- Obstetrix: 8 horas diarias atiende 10 pacientes diarios, realiza control Prenatal y Planificación Familiar, como también atiende partos, trabaja de Lunes a Viernes realiza profilaxis, curación y exodoncia, trabaja de Lunes a Viernes.
- Tecnólogo Laboratorista: 8 horas diarias, realiza un promedio de 10 a 12 exámenes al día.
- Médico Rural: Trabaja 6 horas al día Martes Miércoles y Jueves con los programas del MSP.

➤ Cobertura de población

$$\frac{\text{Total Ieras cons.}}{\text{Pobl. Total Unid. Operat}} \times 100 = \frac{4884}{4641} = 105.2\%$$

➤ Cobertura de Atención Prenatal Médico

$$\frac{\text{Total Iras. Cons. Embaraz. Por medico}}{\text{Pobl. Total Embaraz Unid. Opert.}} \times 100 = \frac{79}{135} = 58.5\%$$

➤ Cobertura de Atención Obstetrix

$$\frac{\text{Total Iras. Cons. Embaraz. por Obstetrix}}{\text{Pobl. Total Embaraz Unid. Opert}} \times 100 = \frac{0}{135} = 0\%$$

➤ Concentración de Consulta Prenatal: Medico y Obstetrix

$$\frac{\text{Total.Cons. en Embaraz (Iras y Subs.)}}{\text{Iras Con.en Embaraz}} = \frac{305}{79} = 3.9$$

➤ Cobertura de Atención del Parto y Otro.

$$\frac{\text{Total partos atend.por med. Y otros}}{\text{Pobl. Total embaraz Unid. Opert}} \times 100 = \frac{29}{135} = 21.5\%$$

➤ Coberturas de Fomentos en Menores de 1 Año				
<u>Total Iras Cons. Fom- 1 año</u>	X 100	<u>122</u>	113.0%	
Pobl. - 1 año		108		
➤ Concentración de Fomentos en Menores de 1 Año				
<u>Total.Cons.Fom. - 1año(1ras + sub.)</u>		<u>270</u>	2.2	
Total Iras Cons. Fom. - 1 año		122		
➤ Cobertura de Atención de la Morbilidad Med-Obst.				
<u>Total Ira.cons.morb.x med-obst.</u>	X 100	<u>3847</u>	82.9%	
Pobl. Total Unid Operat		4641		
➤ Concentración de Atención de la Morbilidad Med-Obst.				
<u>Total de Iras y sub.- cons. Morb. X med.-obst</u>		<u>4199</u>	1.1	
Total Iras.cons.morb.		3847		
➤ Cobertura de Vacunación BCG en Menores de 1 Año				
<u>Menores de un año vacunados con BCG</u>	X 100	<u>146</u>	135.2%	
Pobl. Menores de 1 año		108		
➤ Cobertura Antipolio en Menores de 1 Año				
<u>Menores de un año vacunados con Atíp</u>	X 100	<u>149</u>	138.0%	
Pobl. Menores de 1 año		108		
➤ Cobertura SRP en Niños de 12 a 23 meses				
<u>Numero de niños vacunados con RSP</u>	X 100	<u>244</u>	249.0%	
Pobl. de 12 a 23 meses		98		
➤ Cobertura en DOC				
<u>Numero de muestras cervicales tomadas</u>	X 100	<u>23</u>	3.7%	
Pobl. Para DOC 35 a 64 años		627		
➤ Cobertura de Planificación Familiar				
<u>Numero de Iras usuarias cualquier método</u>	X 100	<u>144</u>	11.4%	
Pobl. MEF (15-49 años)		1262		
➤ Cobertura de Salud Oral				
<u>Iras cons. Salud Oral</u>	X 100	<u>3025</u>	65.2%	
Pobl. Total Unid Operat		4641		

- La cobertura de población de 105.2 se explica por: el numero de sus recursos humanos y las brigadas medicas realizadas en el año 2004, en dicho año el Subcentro médico contaba con 5 médicos para la población asignada, este indicador refleja que la utilidad que se hizo de la parte médica fue exitosa, en el momento actual el centro médico cuenta solamente con 3 médicos por lo cual este porcentaje seguramente disminuirá este año 2005.

- Relacionado a la cobertura de atención prenatal obstétrica y a la cobertura de atención del médico y otras: 21.5 %. Se explica en la carencia de Obstetiz por cuyo motivo esta cobertura fue realizada por los médicos generales.

- El indicador de fomento en menores de 1 año es: 113% tenemos que ver la población asignada a esta edad con la población atendida, este porcentaje se explica porque es Sta. Rosa existen 3 guarderías en las que el médico realizó la atención y sus resultados están considerados como primeras consultas, actualmente existen 270 niños que serán controlados en el 2.005.

- En relación a las coberturas de vacunación. BCG, antipolio y SRP que tienen respectivamente: 135, 2%, 136% y 249%, estos resultados se deben a los siguientes factores:
 - 1. campañas de vacunación realizada en el 2.004.
 - 2. Mayor actividad del Subcentro que atiende a pacientes de otras parroquias del Cantón Salinas.

- En cuanto a la cobertura de salud oral se justifica por la atención del niño de guarderías, escuelas y por las brigadas médicas.

5.3.5. Tiempo y Distancia al Hospital Cantonal

La distancia del subcentro es de 1500 metros y el tiempo de recorrido 5 minutos en vehículo público.

6.- MARCO TEORICO

El MSP del Ecuador presentó a la asamblea constituyente una propuesta de reforma constitucional en salud, en la cual consagra el derecho de las personas a la salud integral, mas allá de los servicios médicos, involucrando corresponsablemente a la ciudadanía.

La asamblea Nacional, tomando como referencia básica esta propuesta, aprobó el siguiente texto:

6.1. BASE CONSTITUCIONAL:

Art. 42. El estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección por medio del desarrollo de la seguridad alimenticia, la provisión de agua potable, saneamiento básico, fomento de un ambiente saludable en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido al servicio de la salud, conforme a los principios de equidad universal y solidaria con calidad y eficacia.

Art. 43. Los programas y acciones de Salud Pública serán gratuitos para todos. Los servicios públicos de atención médica serán para las personas que lo necesiten. Por ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos y privados.

Art. 44. El estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la educación alimenticia y nutricional de madres y niños, en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social.

Art. 45. El estado organizará un sistema nacional de salud, que integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector. Funcionará de manera desconcentrada, descentralizada y participativa.

Art. 46. El financiamiento de las entidades públicas del Sistema Nacional de Salud provendrá de aportes obligatorios, suficientes y oportunos de presupuestos general del estado, de personas que ocupen su servicio y que tengan capacidad de contribución económica y de fuente que señale la ley.

La asignación fiscal para la Salud Pública se incrementará anualmente en el mismo porcentaje en que se aumente los ingresos corrientes totales del presupuesto del Gobierno central. No habrá reducciones presupuestarias en esta materia.

Los artículos descritos, pese a no abarcar la totalidad de la problemática del sector de la salud, proporcionan sustentación jurídica para iniciar una progresiva implementación de un sistema con efectividad y capacidad para cubrir a la población, de manera universal, garantizando que los servicios de salud sean de calidad, sostenibles y equitativos.



6.2 LEY DE DESCENTRALIZACIÓN

Mediante decreto 1634 de la Función Ejecutiva y Legislativa expídase el estatuto del Régimen Jurídica Administrativa de la Función Ejecutiva, Descentralizada, Desconcentración, Delegación y Avocación.

Art. 54.- DE LA DESCENTRALIZACIÓN: Mediante la descentralización administrativa se transfiere de manera definitiva funciones que desempeñan órganos de la administración central a favor de entidades de derecho público, de la administración pública institucional (descentralización funcional) o del régimen seccional autónomo (descentralización territorial).

6.3. PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN Y PARTICIPACION SOCIAL.

Constituye el proceso más relevante de la gestión del Ministerio de Salud Pública en los últimos quince años. Ha permitido la organización territorial de la atención de salud en las denominadas áreas de salud. Sin duda este proceso que en gran parte ha sido *mas bien de desconcentración y limitado a las unidades de salud del MSP, ha mostrado las ventajas de la gestión local participativa en términos de procurar una mayor equidad y eficiencia en el uso de los escasos recursos disponibles.*

El nuevo proyecto del Ministerio de Salud que promueve la modernización de los servicios de salud (MODERSA) y que cuenta con financiamiento del Banco Mundial, esta orientado a crear un Sistema Desenraizado de Cobertura Universal con la participación de los diversos actores institucionales del Sector Salud a través de la conformación de redes plurales de atención y el manejo de sistemas de gestión y financiamiento local donde el municipio tiene un rol importante al incorporar a la salud como parte de sus planes de desarrollo local.

La desconcentración y la descentralización en salud es uno de los puntos vitales para la reforma del sector de salud cuyo avance permitirá el desarrollo de nuevos modelos de gestión para elevar la capacidad resolutoria de los servicios con el objeto de satisfacer las demandas prioritarias de la población y construir un Sistema Nacional de Salud sólido dinámico y flexible, sobre la base de los sistemas cantonales y provinciales de salud que se vayan conformando en el territorio nacional.

6.4. PROCESO DE MODERNIZACIÓN INSTITUCIONAL

Los procesos de cambio no solo exigen decisión política, viabilidad social y factibilidad financiera, sino que requieren a su vez una nueva institucionalidad que permita su adecuada aplicación y sostenibilidad.

Es por ello que la modernización de las instituciones claves como el Ministerio de Salud Pública, el Consejo Nacional de Salud, el Seguro Social, son fundamentales dentro de este proceso, en el marco de la reforma y modernización del estado.

Con esta premisa, el Ministerio de Salud Pública, como entidad responsable de salud colectiva, a quien le corresponde liderar estos procesos de cambio sectorial, tiene la

urgencia da adecuar su organización y funcionamiento a los nuevos roles del estado de la salud, el fortalecimiento de su capacidad de rectoría, la creación da nuevas capacidades institucionales (política, normas, regulaciones, financiamiento, etc.), una mayor eficacia de las acciones de Salud Pública y sin duda la introducción de nuevos enfoques para la toma de decisiones, gestión descentralizada y control gerencial.

6.5. OBJETIVOS DEL PROCESO DE CAMBIO

- a) Combatir desigualdades de acceso a las condiciones de salud y a los servicios de salud, efectivizando el derecho garantizado por la constitución.
- b) Disminuir los riesgos psicosociales que afectan a la salud y lograr la cobertura universal con servicios de salud de calidad.
- c) Desarrollar modelos de atención, organización y financiamiento que respondan a las necesidades epidemiológicas, socio económicas, étnico culturales y de género.
- d) *Fortalecer el rol rector del estado y los procesos de modernización institucional y de gestión descentralizada de la atención de salud.*

6.6. LEY DE DESCONCENTRACIÓN

Art. 55.- DE LA DESCONCENTRACIÓN.- La titularidad y el ejercicio de las competencias atribuidas a los órganos administrativos, podrán ser desconcentradas en otras jerárquicamente dependientes de aquellos, cuyo efecto será el traslado de la competencia al órgano desconcentrado. La desconcentración se hará por decreto Ejecutivo o Acuerdo Ministerial.

6.7. LA NECESIDAD DE TRANSFORMAR EL SECTOR SALUD

Fundamentalmente por tres razones:

- a.- Porque la superación de la grave crisis en el país no es responsabilidad institucional exclusiva del Ministerio de Salud Pública, sino que requiere la participación y compromiso de todas las instancias públicas y privadas que conforman el Sector Salud incluyendo las organizaciones sociales formales y relacionadas con la salud.
- b.- Porque la Salud en su más amplia concepción constituye el factor sustantivo de los procesos de cambio social y económico, en tanto contribuya a mejorar las capacidades individuales y colectivas para enfrentar los desafíos del desarrollo y su acción sinérgica con la educación, la protección ambiental, la producción, la creatividad y el compromiso ético con el bien común.
- c.- Porque el sector Salud como uno de los más complejos y dinámicos de la sociedad, demanda profundas transformaciones institucionales en el marco de los procesos de modernización y de reforma del Estado para el cumplimiento efectivo de sus roles.

Actualmente el país enfrenta un conjunto de problemas de cuya solución dependerá su futuro a mediano y largo plazo. A los signos más apremiantes de la crisis económica que arrastramos desde hace varios años, se unen problemas coyunturales de diversos tipos que configuran un panorama en el que las únicas alternativas son salidas innovadoras y creativas en el marco de un proceso de reforma y modernización general que no puede soslayarse más.

En el Ecuador a pesar de los logros obtenidos e indicadores de salud, tales como la disminución de la tasa de mortalidad y del aumento de esperanza de vida, la crisis política, social y económica del país en la última década ha agravado tanto los problemas estructurales de la pobreza como la salud estrechamente vinculada a estos.

Uno de los grandes problemas que presentan los servicios de salud es su disminuida capacidad de respuesta para resolver la demanda de la sociedad civil con eficiencia, equidad, eficacia y solidaridad.

Entre las transformaciones más importantes se percibe la tendencia creciente a separar las funciones de provisión de servicio y el financiamiento de los mismos, la institucionalización del aseguramiento en salud y el hecho de asumir papeles de liderazgo y rectoría por parte del Ministerio de Salud.

Con el avance de los procesos de descentralización y de modernización la Provisión de Servicios, sobre todo la atención a las personas, tiende a dejar de ser una responsabilidad directa del Ministerio de Salud para ser transferida a nuevos actores públicos y privados locales.

En consecuencia es estos momentos de transición política es indispensable sentar bases sólidas para establecer un nuevo marco para la formulación y gestión de políticas de salud, recuperando el rol rector del Estado “Como indiscutible garante de la salud de la población” y revalorizando el principio ético de la equidad como eje del accionar en salud porque el sistema vigente a demostrado su ineficiencia en la resolución de los problemas de salud de la población en su conjunto.

Es un imperativo nacional la construcción de políticas de Estado en salud, a fin de crear las condiciones para la continuidad de los procesos de cambios emprendidos que apuntan a mejorar la situación de salud del país a través del impulso a la promoción de la misma, reforma del sector, la descentralización de los servicios y la modernización institucional del MSP, en función de su rol de rectoría.

En respuesta a esta realidad, el proceso de reforma del Estatuto cuenta con leyes que facilitan la modernización tal es el caso de la descentralización que constituye un factor esencial de dicha reforma, definida como la “transferencia definitiva de funciones, atribuciones y recursos de las que son titulares las entidades de la función ejecutiva hacia los Gobiernos Seccionales Autónomos, a efectos de redistribuir recursos y servicios de acuerdo con las necesidades de las respectivas circunscripciones territoriales”, por lo tanto, constituye un potente instrumento para acercar la toma de decisiones al nivel local para contribuir eficazmente a la solución de las necesidades prioritarias de la población.

En esta misma línea, el Ministerio de Salud está llevando adelante un proceso de Reforma Sectorial con la actual coyuntura política, para el efecto, ha impulsado la definición y aplicación de políticas de salud de Estado que apuntan a reafirmar su rol

rector en el sector salud, y el desarrollo de nuevos modelos de prestación, gestión y financiamiento de servicios de salud que incluyen la desconcentración y participación social como ejes fundamentales.

6.8 DESCONCENTRACIÓN EN SALUD

El Ministerio de Salud Pública (MSP) de acuerdo con el proceso de organización de sus recursos ha conformado en el país las áreas de salud, constituidas por un espacio geográfico poblacional y administrativo definido, que cuentan con unidades de atención, los Subcentros de salud, iniciados desde 1.992 con un hospital cantonal de referencia y contrarreferencia, en el caso de Salinas esto se cumple.

Sin embargo obstáculos han complicado la implementación de las áreas de salud, entre ellas podemos mencionar las progresivas restricciones presupuestarias del (MSP) que han provocado disminuir sus actividades con servicio de calidad mínimo dirigida a sus usuarios. Por la inapropiada costumbre de no realizar economía, bajo el lema de que “La salud no tiene precio”.

La sensibilidad nacional de mantener y hacer de la gerencia una administración excesivamente burocrática, no ha permitido un desarrollo de las áreas para que estas funcionen de manera satisfactoria.

Las dos unidades municipales en Sta. Rosa y José Luis Tamayo forman parte del área de Salud N° 26 Salinas, no han podido conseguir por parte del MSP ningún tipo de implementación en beneficio de los mismos, sino lo mínimo, que se relaciona con los programas que el MSP lleva a cabo en la Jefatura de Área a pesar que aporta la información productiva al Hospital Cantonal. El Subcentro de Salud de Sta. Rosa que cuenta con una estructura física adecuada tiene que continuar atendiendo a esta comunidad con un modelo de atención de accesibilidad, eficacia, eficiencia y oportunidad.

El Registro Oficial N° 670 del 25 de Septiembre del 2.002 da fe que el Congreso Nacional legisla la ley Organiza del Sistema Nacional de Salud, en la cual se determinan la creación, entre otros puntos importantes, de los Consejos Cantonales de Salud, CCS.

Por otra parte desde 1.998, se ejecuta en el país el proyecto de Modernización de Servicios de Salud, MODERSA, quien de manera firme ha impulsado el establecimiento y desarrollo de los sistemas Descentralizados de Salud y de los Concejos Cantonales de salud, mecanismos operativos y de gestión de aquellos.

El 15 de Abril del 2.003 el Municipio de Salinas solicita al MSP y al proyecto Modersa ser incluido como área demostrativa para el diseño e implementación de un Subproyecto de sistema descentralizado de salud, esta solicitud es atendida y el 10 de Diciembre ambas partes firman un convenio sobre dicho tema particular.

Finalmente el Municipio de Salinas, mediante ordenanza municipal del 19 de Diciembre del 2.003, crea el Consejo Cantonal de salud de Salinas, CONCASS

7. NUEVO MODELO DE ATENCIÓN

7.1 ASPECTOS GENERALES

De manera paradójica nuestra sociedad aun experimenta el *desequilibrio entre los altos niveles que la ciencia y la tecnología han alcanzado y el mantenimiento de necesidades básicas insatisfechas de un amplio segmento de la población ecuatoriana.*

Frente a esta situación las organizaciones poblacionales e instituciones de orientación social han generado respuestas con estrategias que pueden calificarse como alternativas para mejorar las condiciones de vida y también en la esfera de los servicios incluidos de la salud.

Un modelo de atención en salud es el resultado de las políticas de salud y de la organización gestión de sus recursos y en consecuencia muestran las fortalezas y debilidades del sistema nacional de salud.

Constituye la gama de actividades y prestaciones que de acuerdo al estado del arte y mejores prácticas de salud se aplican atención a la orientación, estructura recursos, funcionamiento y articulación que tienen las unidades operativas y las estructuras administrativas de un sistema de salud y mediante los cuales se busca proteger, restaurar la salud de la población.

De los documentos de la OPS y OMS se desprende que un nuevo modelo de atención, es un proceso de cambio fundamental en los procedimientos técnicos de prestación de servicios en el uso de tecnologías disponibles, en la integración de los recursos y en la forma de concretarse la participación social.

En cuanto a los requisitos generales que debe tener un modelo de atención se puede especificar lo siguiente:

Garantizar integridad, cobertura y calidad en la atención de salud mediante la determinación del número y capacidad de los recursos según el volumen de población asignada a cada unidad con claros límites geográficos poblacionales.

Garantizar su aplicabilidad en el ámbito nacional y su replicabilidad en cualquier zona o región mediante un diseño e implantación de validez universal y por tanto de amplia flexibilidad.

Garantizar su inserción en la institucionalidad estatal para lograr permanencias y cambios, mediante el impulso aplicación y ejecución desde el interior de la instancia estatal responsable de la atención a la salud.

Garantizar la presencia deliberante, decisoria de la población en todo lo relacionado con el servicio y las acciones de salud mediante la determinación de mecanismos que inserten al personal de salud en la problemática social comunitaria y a la comunidad en los servicios.

La presencia del estado ha buscado modelos de atención alternativos que respondan a la Epidemiología Nacional y sus variaciones regionales y locales, basándose en los principios universales apareciendo como estrategia la atención primaria de salud.

En el marco de compromiso de la comunidad internacional suscrito el Alma-ata en 1.978 se aprobó la atención primaria de salud como una estrategia para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2.000 como parte del desarrollo general, conforme al espíritu de la justicia social, a su vez puntualiza que todos los gobiernos deben formular: políticas estrategias y planes de acción nacionales con el objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en comunicación con otros sectores.

El MSP en años recientes ha realizado ingentes esfuerzos para constituir un modelo de atención sustentado en la estrategia de atención primaria de salud.

Con este modelo alternativo de atención centrado en la familia y la comunidad surge la creación de las áreas de salud, equivalente a los sistemas locales de salud propugnados por la OPS, estableciéndose los lineamientos del plan de salud para la década de 1990 – 2000.

La fase siguiente se centro en una rápida expansión de la atención ambulatoria en el país con la creación de un significativo número de Centros y Subcentros de Salud y desde Marzo de 1.989 se amplía la red de servicios ambulatorios.

Sin descuidar la atención hospitalaria los nuevos modelos de atención ambulatoria buscan fortalecer el primer nivel de atención como planes la atención primaria de salud, la promoción de la salud y la participación social por ende perfeccionar los componentes básicos de la atención primaria de salud son capacidad gerencial y el desarrollo de sistemas de gestión educativa y la capacitación intensiva y permanente de los recursos humanos.

7.2. ELEMENTOS CONCEPTUALES CONSTITUTIVOS DEL MODELO

- Integrar: que implica organizar las actividades de diagnósticos en, fomento, recuperación, rehabilitación y prevención para la población asignada, priorizando población con mayores riesgos biológicos, económicos o sociales y los grupos más vulnerables.
- Elementos operativos: tener proveedores de atención primaria en medicina General y las especialidades: Gineco – obstétricas y Pediátricas para buscar incrementar las coberturas de los servicios básicos de salud a la población o mantener las coberturas obtenidas en el 2.004.
- Manejar los recursos con equidad, calidad eficiencia y eficacia, con una buena coordinación administrativa gerencial con el Gobierno del Cantón Salinas para la satisfacción de los usuarios y proveedores

8. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCIÓN EN EL S.C.S DE STA. ROSA

Creemos que para alcanzar los objetivos e implementar este modelo de atención, es menester dar énfasis a la administración gerencial que debe poseer cualquier institución que se precie de serlo, en tal virtud nuestra propuesta es brindar un servicio de salud basado en *lineamientos gerenciales*.

De manera especial las entidades de salud se encuentran afectadas por los cambios permanentes generados en el entorno, por lo cual los modelos de atención en las instituciones requiere que sean suficientemente flexibles y con capacidad para anticipar y generar cambios en su desempeño, con el fin de conservar su capacidad de respuesta a las necesidades de los usuarios.

En consecuencia este modelo se desarrollará con elementos de una planificación estratégica, orientados a mejorar significativamente la satisfacción del usuario, quien finalmente constituye la razón de ser y el esfuerzo desarrollado por las unidades de salud.

En los últimos 20 años, ninguna palabra ha sido mencionada tanto en administración como estrategia.

Un breve examen en obras importantes de administración que la palabra o concepto de estrategia sirve hoy en día para calificar todas las funciones administrativas.

8.1 ESTRATEGIAS

8.1.1. ESTRATEGIAS GERENCIALES.

El administrador de este centro de salud debe tener un perfil educativo con título de Gerencia en Salud o Gerencia en Servicios Hospitalarios, con el fin de garantizar la calidad de atención del Subcentro de Salud, además debe ser ecuatoriano y residente en el cantón Salinas, de preferencia médico y haber tenido experiencia administrativa en Salud por lo menos 4 años.

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL SC. DE STA ROSA



8.1.2. ESTRATEGIA DE INTEGRACION DEL EQUIPO DE SALUD

- Planificar y ejecutar un programa educativo y de incentivo del desarrollo humano, se establecerán programas de educación permanente para todo el personal de la Institución, las temáticas propuestas deben responder indefectiblemente a las necesidades y expectativas tanto del usuario externo como del interno, siendo nuestra idea fundamental generar un cambio de actitud del personal, de tal forma que el talento humano de la institución esté siempre a favor de los usuarios del servicio.
- Cantón Salinas la colaboración para la implementación de planes de capacitación.
- Para lograr este objetivo con el propósito de incrementar el rendimiento cuantitativo y cualitativo del usuario interno que permita obtener la excelencia o por lo menos llegar cerca de este objetivo.
- Se realizará capacitación mediante conferencias y talleres.

Relacionados con:

- El liderazgo
- Trabajo en grupo
- Educación continúa
- Relaciones humanas

8.1.3. ESTRATEGIA EN INMUNIZACIÓN

El principio fundamental del programa de inmunización es el de prevenir la presencia de patologías graves y potencialmente mortales y limitantes por su secuela, siendo uno de los elementos de mayor efectividad en el campo de la prevención, y como una de las de mayor costo – beneficio entre las estrategias aplicables en el campo de la salud.

Las acciones de vacunación que se han llevado a cabo en el subcentro de Sta. Rosa se han coordinado al momento directamente al Programa ampliado de inmunización (PAI) a nivel provincial, por lo cual sugerimos continuar con este programa y convenio.

Nuestras acciones serán las siguientes:

1. Planificar, programar, organizar, supervisar y evaluar el programa de vacunación a nivel del Subcentro Trimestralmente.
2. Realizar en forma coordinada y solicitar a través de la jefatura de área retroalimentación de capacitación para el personal que lleva este programa en el Subcentro semestralmente

3. Establecer y mantener un sistema ágil de información para nivel provincial y una copia a la jefatura de área.
4. Manejar en forma técnica, bajo normas establecidas la aplicación y el uso de vacunas, evitando el desperdicio de la misma y por ende se establecerán horarios específicos de este servicio en el subcentro de salud.
5. Se planificarán y coordinarán las campañas de vacunación con la jefatura de área.
6. Se evaluará trimestralmente con el personal de la Unidad el porcentaje de meta con el fin de valorar cuantitativamente los resultados y entablar estrategias para conseguir las en caso de no haber obtenido lo óptimo del trimestre.
7. Se publicará de igual manera los logros conseguidos con el fin de que el personal y la comunidad se entere de la producción de esta actividad.
8. Actualizar el convenio entre la municipalidad y el departamento de inmunización de la Provincia del Guayas.

8.1.4. ESTRATEGIA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

- Se coordinará con programas y normas dirigidas a facilitar y favorecer las opciones que propician la salud promoviendo la construcción de parques en escuelas y barrios.
- Impulsar la creación de ambientes saludables, evitando la contaminación ambiental y proponiendo a nivel municipal el manejo de los desechos en la comunidad e implementar el saneamiento básico para las zonas marginales.
- Realizar reuniones de convivencia de padres, hijos y docentes para fortalecer *la vinculación afectiva de la familia*.
- Fortalecer la participación activa de la comunidad en la gestión y el control del quehacer de la salud.
- Crear un programa radial con énfasis en la promoción de riesgo y la enfermedad en el marco de la creación de espacios saludables.
- Promover la equidad fortaleciendo el acceso a los servicios de salud, conforme a las necesidades epidemiológicas de género, sociales y culturales, priorizando a los grupos vulnerables.

8.1.5. ESTRATEGIAS EPIDEMIOLOGICAS

- Se aplicará (SIVI alerta – acción) que es el subsistema de vigilancia Epidemiológica Alerta – Acción que son los instrumentos más importantes en Salud Pública.

La mitigación de efectos de desastres y la interrupción de transmisión de las enfermedades que se constituye en una actividad primordial. Por esta razón la Vigilancia Alerta Reacción, privilegia las oportunidades de detección de los eventos, la rapidez de la respuesta y la investigación epidemiológica para la identificación de los modos de transmisión y fuente de infección.

- *Elaboración del mapa epidemiológico.*
- Identificar, notificar, confirmar, investigar, analizar y controlar oportunamente casos brotes y epidemias de enfermedades transmisibles de potencial epidémico y otros eventos de emergencia de Salud Pública.

8.1.6. ESTRATEGIA EN EL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

- Implementar el sistema de referencia y contrarreferencia a fin de garantizar la atención de salud en esta unidad, con criterio de calidad, eficacia, eficiencia y oportunidad, al hospital de 2do. o 3er. Nivel.
- Realizar las gestiones para la obtención de una ambulancia ante los organismos gubernamentales y no gubernamentales.
- Difusión de la información básica a través de informativos de los servicios que presta el Hospital y especialistas con los que cuenta.
- Mejoramiento de la calidad técnica y humana del personal.
- Se implementara un programa de salud sexual reproductiva para adolescentes de los colegios (4to., 5to. y 6to. año)
- Informar, educar y aconsejar a los usuarios tanto grupal como individualmente sobre las señales de riesgo del embarazo, parto y puerperio y las necesidades de ser contratadas en el nivel que les corresponda, capacitar al personal para el cumplimiento y actualización de las normas de salud sexual reproductiva.
- Cumplir las normas establecidas del programa de maternidad gratuita y atención a la infancia en menores de 5 años para lo cual se solicitará a la Jefatura de Área por medio del CONCASS para conseguir tal objetivo.
- Se solicitará una Obstetriz rural a través de la Jefatura dE Área, la presencia de una Obstetriz rural que labore 8 horas diarias, 5 días a la semana.

- Se hará control prenatal bajo normas establecidas por el MSP. y por ende se lo hará por escrito.
- Se solicita un mejoramiento de la implementación de la sala de partos.
- Se incrementará el programa del DOC (Detección oportuna del cáncer Cervico – uterino), también se implementará el DOC mamario (diagnóstico clínico) bajo la responsabilidad de la obstetrix y se enviará semanalmente las muestras recogidas al laboratorio de citología del Hospital de Salinas.
- Se implementarán charlas educativas a las mujeres embarazadas trimestralmente y por ende se formará el comité de madres embarazadas.



BIBLIOTECA
BSPA-E-ESPOL

8.1.7. ESTRATEGIA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA.

Esta propuesta esta encaminada en 3 conceptos tradicionales en política de salud: equidad, eficiencia y eficacia.

Equidad: Se entiende como atención de salud para cada grupo social según necesidades. La eficiencia como el poder para lograr los procesos de salud trazados.

La equidad se logrará en la medida que implique una disminución de las desigualdades entre los grupos humanos y la superación de estructuras socio políticas de denominación y apropiación.

Tendrá por ende características de una atención continua integrada y comprensiva, es decir que la atención de base debe ser continua no debe limitarse al momento de la consulta sino que supone responsabilidad por el individuo, hasta que termine el episodio de enfermedad o riesgo y a su vez nos permitirá la evaluación necesaria para obtener calidad en la atención.

La integración de la atención es un todo y es necesario elegir a cada momento o recuperarla. Por lo tanto deben combinar acciones de prevención en el mismo lugar.

Esta integración en el tiempo hará que todos los servicios estén abiertos *simultáneamente para que de esta manera exista la confianza que el destino de los recursos utilizados, es decir el esfuerzo invertido en dinero recursos y tiempo.*

La eficacia estará acorde al resultado de nuestros objetivos que pueden ser resultados inmediatos y mediatos.

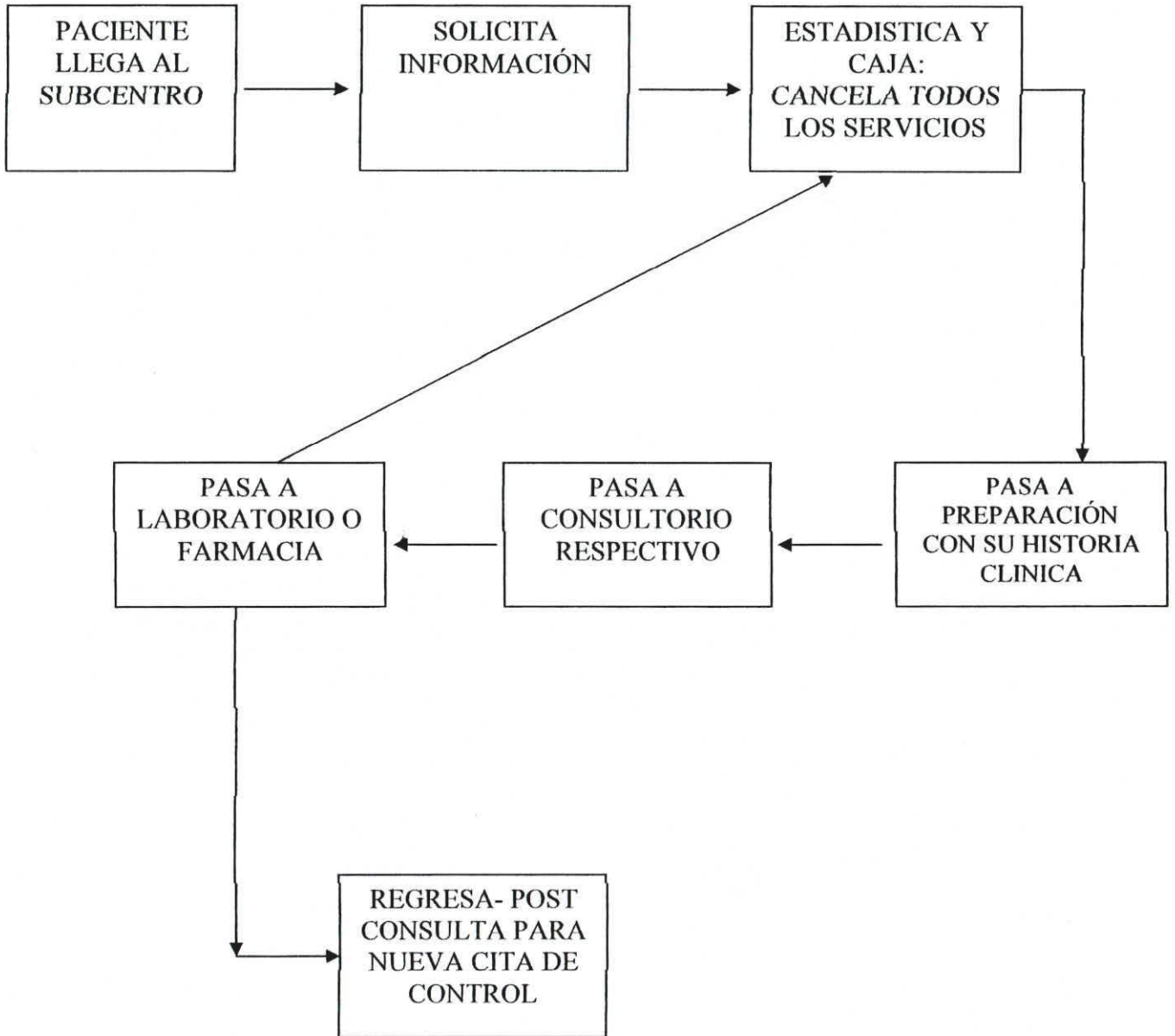
La atención medica.

Para mejorar nuestra calidad de atención se solicitará el contrato de un Pediatra.

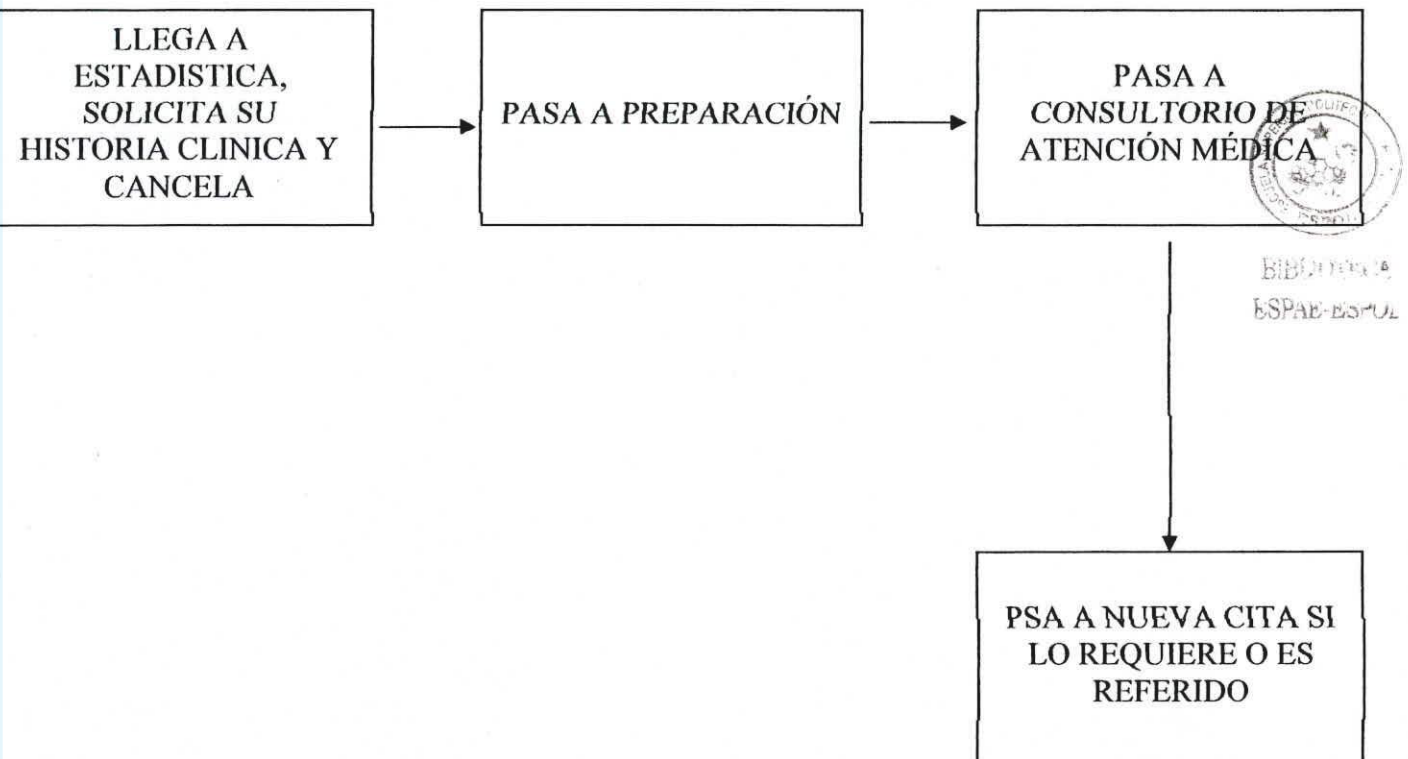
Se implementará la sistematización del expendio y manejo de los medicamentos y además el pago de todos los servicios de salud que ofrece el Subcentro con el propósito de llevar un control eficaz y oportuno en su información, el mismo tendrá una evaluación cuantitativa mensualmente por el Gerente que pasará su informe al Gobierno del Cantón Salinas.

Los servicios auxiliares de Laboratorio y Odontología serán igualmente sistematizados con evaluaciones periódicas.

FLUJOGRAMA DEL PACIENTE DE CONSULTA EXTERNA.



FLUJOGRAMA CON CITA PREVIA



8.1.8. ESTRATEGIA EN IRA-EDA Y PARASITOSIS

INFECCION RESPIRATORIA AGUDA (IRA)

Considerada como una de las primeras causas de enfermedad en la población de Sta. Rosa y la mayoría producidas en menores de 5 años, para disminuir el índice de las enfermedades respiratorias y mejorar la calidad de su atención proponemos lo siguiente:

Coordinar con la jefatura de área a través del CONCASS para que las medicinas del programa de maternidad gratuita y atención a la infancia se cumplan.

Realizar retroalimentación sobre el AIEPI (atención integral de enfermedades prevalentes en la infancia).

Solicitar la adquisición de 2 nebulizadores para realizar terapia respiratoria, de igual manera un tanque de oxígeno con manómetro y juego de mascarillas.

EDA

Coordinar con la jefatura de área para que se provea de sales de rehidratación oral (S.R.O).

Se aplicarán las normas establecidas según el grado de deshidratación de los pacientes sobre todo con el plan B, y la hidratación se la realizará en la Unidad de Salud

Fortalecer y mejorar la sala de hidratación.

Se brindará en el área de consulta externa, charlas educativas sobre consumo de agua, manejo de alimentos.

Se proporcionarán hojas de recomendación y prevención.

PARASITOSIS

Coordinación con Jefatura de Área para que nos proporcione antiparasitarios.

Será de carácter obligatorio el examen coproparasitario.

Se dictaran charlas educativas en el área de consulta externe con rota folios y cartillas educativas.

Se implementará como norma el examen coproparasitario en la ficha médica semestral, como también el tratamiento antiparasitario respectivo.

8.1.9 ESTRATEGIA EN EL PROGRAMA DE TUBERCULOSIS

Por ser Sta. Rosa uno de los lugares en donde se ha incrementado el índice de Tuberculosis en los últimos años, se fortalecerá el programa de Tuberculosis Pulmonar que lleva el MSP. a través del departamento de la Dirección de Salud del Guayas y por ende de la Jefatura de Área No.26.

Se realizará la detección de casos a toda persona mayor de 17 años con tos y expectoración por más de 2 semanas.

Fortalecimiento de la red de laboratorios de diagnóstico de Tb. Para la cual se solicitará la capacitación del laboratorista con el propósito de que se lleve a cabo en la misma unidad el examen respectivo de Tb. Pulmonar y garantizar la capacidad de diagnóstico y control de calidad.

Se realizará retroalimentación al personal de salud en el manejo gerencial del programa de control de la Tuberculosis, se continuará con la implementación de la estrategia DOTS (Tratamiento supervisado) para prevenir el desarrollo de resistencia a los medicamentos antituberculosos.

Se analizará trimestralmente el desarrollo de este programa.

Se formará el equipo de salud que se encargará de educar al paciente, familia y comunidad para fortalecer cambio de actitudes, conocimientos y prácticas en la prevención y tratamiento efectivo de la tuberculosis.

Se coordinarán actividades conjuntas con el programa de VIH, Sida existente en la jefatura de área No. 26 el (ITS).

CONCLUSIONES

El Subcentro de Salud de Sta Rosa se aprecia que una de las debilidades es la poca capacidad de gestión administrativa y gerencial y el poco compromiso con la jefatura de área y demostración de su personal por falta de una estabilidad laboral.

El Gobierno del Cantón Salinas ha descuidado el proceso de capacitación en el área Gerencial, de ahí la necesidad de manejar esta unidad como una empresa con calidad de atención en salud basado en la capacidad de su recurso humano y la implementación de *esta unidad de salud*.

En esta entidad de salud no existe una Sala Situacional para poner en práctica el SIVI – ALERTA y poner en marcha la eficiencia y eficacia y equidad.

No existe manual y normas de procedimiento de manejo de los derechos y retroalimentación de enfermedades como IRA, EDA etc.

El escaso desarrollo se debe a muchos desaciertos sobre todo de índole político a la hora de escoger el personal más idóneo lo cual repercute a corto y mediano plazo en el paciente máxime si este personal al buscar estabilidad laboral por simpatía política logra una estabilidad protegida por el código de trabajo.

Falta colaboración por parte de la Jefatura de Área en el cumplimiento de sus horas de trabajo, así como también en el cumplimiento de las leyes de maternidad gratuita y atención a la infancia que no refleja lo que esta Unidad de Salud produce para obtención de *materiales e insumos especificados en esta ley*, por ende la baja de cobertura en el indicador de planificación familiar y de salud sexual reproductiva.

Su producción dentro de los programas del MSP serán reflejados últimamente en la falta de designación de sus recursos humanos: Lic.En Enfermería, Obstetiz Rural y la continuidad y permanencia del Médico Rural.

El sistema de información es vertical, es decir obediente a las disposiciones de niveles superiores sin tomar en cuenta actualmente la información gerencial para que sea analizado el aspecto administrativo de su estructura organizacional.

Para promover un cambio significativo es necesaria la participación decidida del Gobierno del Cantón Salinas para garantizar una conducción gerencial, la continuidad de acciones, el apoyo interinstitucional y la implementación de estas estrategias.

10. RECOMENDACIONES

1. Que esta propuesta sea conocida por el Sr. Alcalde , el cuerpo edilicio y el personal que integra el Patronato Municipal para su aplicación.
2. Conseguir que mediante ordenanza Municipal se implemente la normalización de una administración gerencial en la Jefatura de Salud Municipal.
3. Que el presente proyecto tenga vigencia en las futuras administraciones del Gobierno del Cantón Salinas para ejecutar la evaluación y monitoreo del mismo.
4. Establecer la propuesta de la programación de educación continua para el personal del Sub-Centro, tomando en cuenta nuestros objetivos con el propósito de mejorar la calidad de atención que conlleve el cambio de actitudes.
5. Conformar un recurso humano con ventaja competitiva adquiriendo habilidades, conocimiento y capacidad.
6. Realizar la evaluación del proyecto a través de Standares de calidad en la producción de esta unidad operativa.
7. Realizar anualmente la PLIS basado en su perfil epidemiológico.
8. Realizar este proyecto en la pagina Web del Gobierno del Cantón Salinas.
9. Hacer conocer a la comunidad este nuevo modelo de atención basado en la planificación y programación.



BIBLIOTECA
ESPAN-ESPOL

ANEXOS

Equipamiento actual del S.C. S. de Santa Rosa	1
Listado de aparataje y reactivos del laboratorio	2
Mapas	3
Fotos	4
PLIS (Programa Local Integral de Salud)	5
Aspecto Financiero	6
Ordenanza Municipal para la creación del Patronato	7
Ordenanza Municipal de creación del CONCASS	8

ANEXO No 1

EQUIPAMIENTO ACTUAL DEL SUBCENTRO DE SALUD DE SANTA ROSA

Área Administrativa

JEFATURA: 1 escritorio
3 sillas
1 ventilador medio uso
1 dispensador de agua
1 vitrina

Carece: Aire acondicionado
Archivero
Teléfono

SECRETARIA: 1 escritorio
2 sillas
1 computadora (mal estado)

Carece: 1 computadora con programas actualizados e impresora nueva
2 archiveros
1 ventilador
1 teléfono

ESTADIATICA: 2 escritorios
3 archivero medio uso
1 maquina de escribir (mal estado)

Carece: 2 índice tarjetero
3 sillas
1 ventilador

AREA DE ATENCION MÉDICA

Consultorio N. 1

1 escritorio
1 chaise Long (mal estado)
3 sillas
1 lámpara mal estado

Carece: 1 ventilador
1 estetoscopio
1 tensiometro

1 equipo de diagnostico

Consultorio N. 2

1 escritorio
1 chaise Long
2 sillas
1 ventilador (mal estado)

Carece: 1 ventilador
1 silla
1 tensiometro
1 estetoscopio
1 equipo de diagnostico

CONSULTORIO GINECO-OBSTETRICO

1 escritorio
2 sillas plásticas
1 doppler en mal estado

Carece: 1 chaise long gineco-obstetrico
1 ventilador
1 estetoscopio
1 tensiometro
1 lámpara cuello ganso
1 electrocauterio

AREA DE PARTO: Esta dividida en 2 secciones

a) sala de parto

1 chailon de parto
1 cuna en regular estado
1 lámpara cuello de ganso en mal estado
2 equipos de parto

Carece: 1 lámpara cuello de ganso

b) sala de recuperación

1 cama hospitalaria
1 porta suero

CONSULTORIO ODONTOLOGICO

1 sillón odontológico (mal estado)
1 turbina y escupidero (mal estado)
1 lámpara de luz ultravioleta
1 escritorio (mal estado)
2 sillas
1 vitrina

Instrumental completo (regular condición)
Insumos (insuficiente)

Carece: 1 lavado en buen estado
1 ventilador
Insumos suficientes (jeringuillas, guantes, RX)

AREA DE ENFERMERIA

1 escritorio en mal estado
1 chailón en mal estado
1 vitrina en regular estado
1 pesa en mal estado
1 tallímetro en mal estado
3 equipos de curación regular estado
2 equipos de sutura en regular estado
1 autoclave en regular estado
1 congelador de vacunas (del MSP)
1 ventilador en mal estado

Carece: balanza pediátrica
bácula adulto nueva
Tallímetro
Aire acondicionado

AREA DE HOSPITALIZACION

1 cama hospitalaria en regular estado
2 porta suero en regular estado
2 Bidel
Ventilación e iluminación natural

Carece: 4 camas hospitalaria

AREA DE LABORATORIO CLINICO

Silla para extracción de sangre
1 escritorio (mal estado)
1 maquina de escribir manual
1 aire acondicionado en buen estado
1 nevera en regular estado

EQUIPAMIENTO

Esta en proceso de que cumpla el convenio con Medersa para la dotación de insumos y equipos médicos básicos.

EQUIPAMIENTO	EXISTENCIA	ESTADO	FALTA	PRECIO
ESCRITORIOS	6	1 mal estado	2	\$ 600
SILLAS	18	4 mal estado	4	400
VITRINAS DE EMERGENCIA	1	1 Regular estado	1	300
AIRE ACONDICIONADO	1	Bueno	4	2400
VENTILADORES	No hay	/	5	150
COMPUTADORES	1	1 Mal estado	3	3000
CHAISE LONG	3	3 Mal estado	4	1600
CAMAS HOSPITALARIAS	2	2 Regular estado	4	3200
MESA GINECOLOGIA	1	1 Mal estado	1	1200
CUNA	1	1 Regular estado	1	300
LAMPARAS CUELLO DE GANSO	1	1 Mal estado	4	600
EQUIPOS DE DIAGNOSTICO	1	1 Mal estado	2	400
ESTETOSCOPIO	1	1 Mal estado	4	80
TENSIOMETRO	1	Buen estado	4	120
BACULA ADULTO CON TALLIMETRO	1	1 Mal estado	1	300
BALANZA PEDIATRICA	1	1 Mal estado	1	150
TALLIMETRO PEDIATRICO	/	/	1	60
ELECTROCAUTERIO	/	/	1	200
PORTASUERO	2	2 Mal estado	4	120
DOPPLER PORTATIL	1	1 Mal estado	1	150
NEBULIZADOS	1	1 Buen estado	1	300
EQUIPOS DE CURACIÓN	2	2 Mal estado	2	40
BIDETS	2	2 Mal estado	4	80
CARRITO DE CURACIÓN	1	1 Mal estado	3	180
JUEGO DE ESPECULOS	1	1 Regula estado	1	70
EQUIPOS DE CIRUGIA MENOR	4	4 Malos estados	4	160
TANQUE DE OXIGENO	1	1 Regular estado	2	140
MANOMETROS	1	1 Regular estado	2	70
JUEGOS DE MASCARILLAS	1	1 Regular estado	2	25
SUCCIONADOR	/	/	1	200

ANEXO 2

Listado de aparataje y reactivo de laboratorio

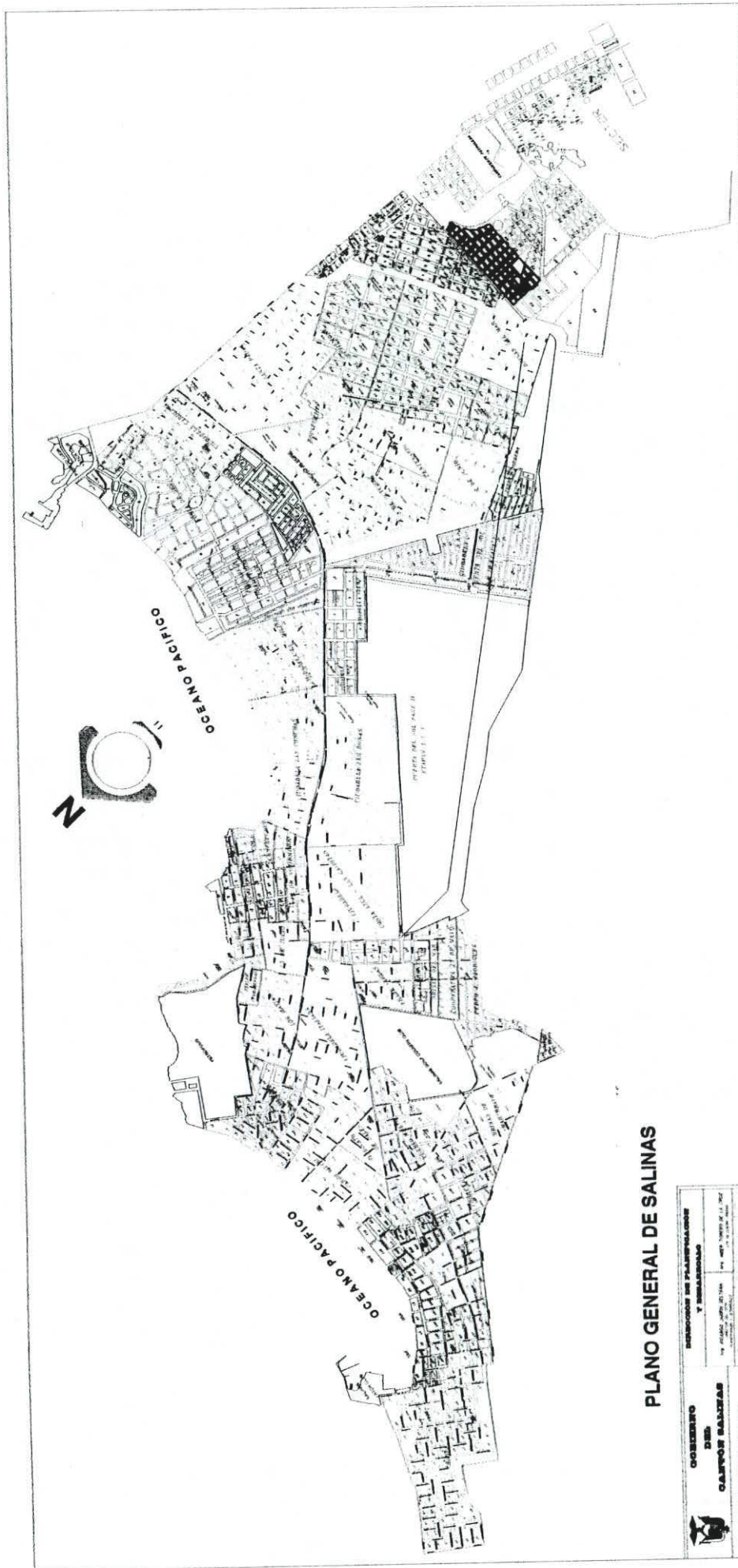
1 Microscopio Binocular Marca NIKON	\$ 980.00
1 Contador de Células Marca CKAY-ADAMS	\$ 250.00
1 Estafa Graduable a 37c para Bacteriología	\$ 600.00
1 Refrigeradora Marca SIERRA pequeña	\$ 300.00
1 Spectrophotometro Marca Milton Roy	\$ 1.600.00
1 Centrifuga Macro-micro de 8 tubos	\$ 800.00
1 Lámpara de grupo sanguíneo	\$ 1 90.00
2 Gradilla de plástico de 21 tubos	\$ 0,17 c/u
2 Gradilla de plástico pequeña de 12 tubos	
1 Baño María Marca PRECISION SCIENTIFIE	\$ 1.000.00
1 Bandeja para tinción de placas	\$ 110.00
2 Lápices grasa azul y rojo	\$ 5,60 c/u
5 Fundas de 100 frascos de agua destilada	
50 tubos de vidrio 15x 100	\$ 25.00
12 pipetas de 0.02 ml	\$ 3.66 c/u
12 pipetas de 1.00 ml	\$ 3.66 c/u
12 pipetas de 2.00 ml	\$ 3.66 c/u
12 pipetas de 5.00 ml	\$ 4.12 c/u
12 pipetas de 10.00 ml	\$ 5.00 c/u
1 lamina para la lectura de Widam	\$ 65.00
1 lamina para lectura de hematocrito	\$ 60.00
1 caja de laminas de porta objetos	\$ 40.00
1 caja de 50 laminas de cubre objetos	\$ 40.00
1 Disco para lectura de tramitancia Concentrac	\$ 30.00

Reactivo	bioquímicos	L.D.L. colesterol	\$ 42.00
Reactivo	bioquímicos	H.D.L. colesterol	\$ 42.00
Reactivo	bioquímicos	urea	\$ 40.00
Reactivo	bioquímicos	creatinina	\$ 30.00
Reactivo	bioquímicos	Triglicéridos	\$ 40.00
Reactivo	bioquímicos	Colesterol	\$ 40.00
Reactivo	bioquímicos	Acido Úrico	\$ 40.00
Reactivo	bioquímicos	Bilirrubina total	\$ 40.00
Reactivo	bioquímicos	Bilirrubina directa	\$ 40.00
Reactivo	bioquímicos	Bilirrubina Indirecta	\$ 40.00

Antígeno Grupo Sanguíneo Anti A	\$35.00
Antígeno Grupo Sanguíneo Anti B	\$ 35.00
Antígeno Widal Paratifico –A	\$ 35.00
Antígeno Widal Paratifico –B	\$ 35.00
Antígeno Widal Ebert –O	\$ 35.00
Antígeno Widal Ebert –H	\$ 35.00
Antígeno V.D.R.L	\$ 25.00
Rect. Bioquímico T.G.O	\$ 40.00
React. Antiestreptolisina –O	\$ 90.00
React. Proteína C. Reactiva	\$ 50.40

VALORES ACTUALES DE EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO

BHC- HEMOGRAMA	
Completo	\$ 2.00
ERIDROSEDIMENTACION	\$ 1.50
PLAQUETAS	\$ 1.00
T.S TIEMPO DE SANGRIA	\$ 1.00
T.S TIEMPO DE CUAGULACION	\$ 1.00
T.P TIEMPO DE PROTOMBINA	
T.P T TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA	\$ 1.50
P.C.R PROTEINA C. REACTICA	\$ 2.50
R.A TEST- ARTRITIS REUMATOIDEA TEST	\$ 2.50
PLASMODIUM- GOTA GRUESA	\$ 3.00
ANTIESTREPTOLISINA-O	\$ 3.00
WIDAL	\$ 3.50
V.D.R.L	\$ 2.00
GRUPOS SANGUINEOS	\$ 2.00
GLICEMIA	\$2.00
UREA	\$2.00
ACIDO URICO	\$2.00
CRETININA	\$2.00
COLESTEROL	\$2.00
TRIGLIOCERIDOS	\$2.00
H.D.L COLESTEROL	\$2.00
L.D.L COLESTEROL	\$2.00



PLANO GENERAL DE SALINAS

	GOBIERNO DEL BAJA CALIFORNIA SUR	SECRETARIA DE PLANEACION Y DESARROLLO	PROYECTO DE PLANO GENERAL DE SALINAS ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR	L-1
	UNICO VAGUAI VILLATA <small>ARQUITECTO</small>	<small>FECHA DE ELABORACION</small> <small>FECHA DE APROBACION</small>	<small>FECHA DE APROBACION</small>	<small>FECHA DE APROBACION</small>

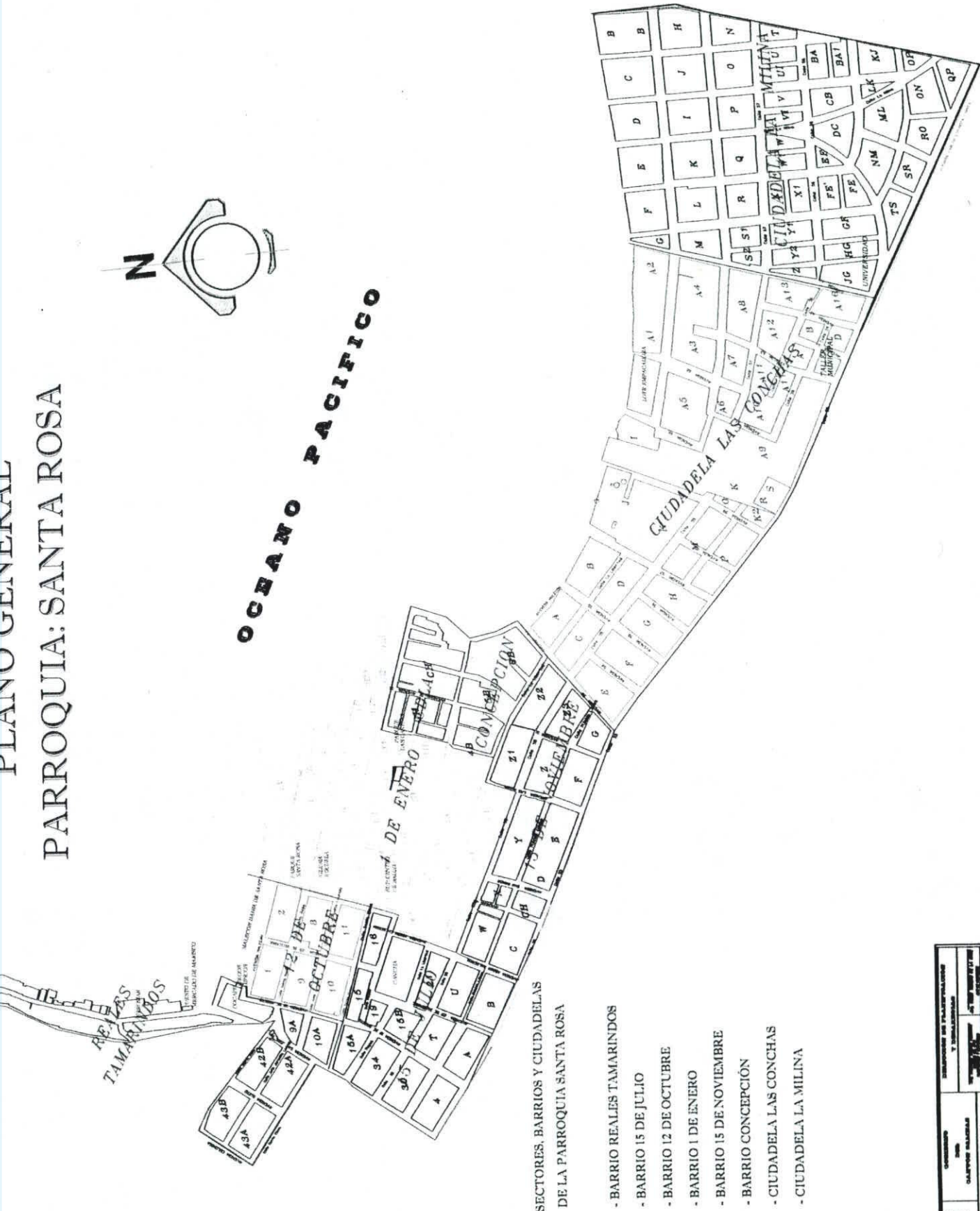


BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

PLANO GENERAL PARROQUIA: SANTA ROSA



OCEANO PACIFICO



SECTORES, BARRIOS Y CIUDADELAS
DE LA PARROQUIA SANTA ROSA

- BARRIO REALES TAMARINDOS
- BARRIO 15 DE JULIO
- BARRIO 12 DE OCTUBRE
- BARRIO 1 DE ENERO
- BARRIO 15 DE NOVIEMBRE
- BARRIO CONCEPCION
- CIUDADELA LAS CONCHAS
- CIUDADELA LA MILINA

	MUNICIPIO DE SANTA ROSA OFICINA GENERAL DE PLANEACION Y DESARROLLO URBANO
	CARTEA MUNICIPAL PLAN DE ORDENAMIENTO TERRITORIAL SECTOR SANTA ROSA ESCALA 1:10000

ANEXO N° 5

PLIS

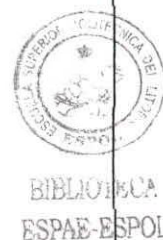
PROGRAMACIÓN DE ATIVIDADES Y RECURSOS PARA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

CAUSAS	ACTIVIDADES	META	COSTO DE LA ACTIVIDAD
A	B	C	D

Problema: Alta incidencia de enfermedades diabéticas tanto en la población de 5 años como en la de adultos.

Objetivo: Disminuir la incidencia de diarrea en la población de Santa Rosa.

A	B	C	D
1.- Manejo inadecuado en la preparación de alimentos y agua.	1.- Capacitar a expendedores de comida ambulantes.	1.- 2 Talleres educativos.	\$ 528
2.- Falta de conocimiento de normas	2.- Capacitar a personal del Subcentro sobre manejo de EDA. Taller educativo	2.- 1 Taller educativo	\$ 30



Problema: Baja cobertura de vacunación

Objetivo: Mejorar las coberturas de vacunación

A	B	C	D
1.- Falta de información al usuarios de los servicios que brinda la unidad de Salud en vacunación	1.- Difusión de las actividades del programa de vacunación en la Parroquia Sta. Rosa.	1 Difusiones radiales por espacio de 1 año.	\$ 80
2.- Desconocimiento de la comunidad respecto de la importancia de la inmunidad en los niños	2.- Talleres educativos dirigidos al usuario sobre la promoción y difusión de la vacunación.	2.- Talleres educativos incluye materiales didácticos informáticos	\$ 200

Problema: Baja concentración de atención a menores de 1 año y mujeres embarazadas.

Objetivo: Mejorar los indicadores de concentración de atención en menores de 1 año y mujeres embarazadas.

CAUSAS	ACTIVIDADES	META	COSTO DE LA ACTIVIDAD
A	B	C	D

A	B	C	D
1.- Falta de difusión sobre los servicios de salud que brinda la unidad.	1.- Difusión sobre los servicios que brinda la Unidad Operativa.	1.- Difusiones radiales.	\$ 528
2.- Desconocimiento de los usuarios acerca de estos servicios.	2.- Entrega de material educativo (Hojas volantes).	2.- 1000 Hojas volantes.	\$ 100
3.- Falta de materiales e insumos proporcionados por la Jefatura del N° 26 8Maternidad gratuita)	3.- Coordinación y comunicación con la Jefatura de área.	3.- Obtener los insumos y materiales indispensables	\$ 20

Problema: Aumento del índice de enfermedades febriles durante la época invernal (Dengue y Paludismo).

Objetivo: Disminución de los índices de enfermedades febriles durante la época infernal.

A	B	C	D
1.- Proliferación de vectores.	1.1.- Reunión con personal municipal y autoridades de la Parroquia.	1.- Reuniones.	\$ 30
	1.2.- Capacitación a líderes comunitarios y voluntarios de salud y estudiantes.	2 Cursos de capacitación. Diskettes (Capacitación)	\$ 120
		Cursos de capacitación y utilización de hojas de referencia y contrarreferencia.	\$ 40
	1.3.- Capacitación al personal medico y paramédico.		\$ 20
1.4.- Manejo de referencia y contrarreferencia.			

Problema: Alta incidencia de infecciones respiratorias agudas.

Objetivos: Disminución de los índices de las infecciones respiratorias agudas.

CAUSAS	ACTIVIDADES	META	COSTO DE LA ACTIVIDAD
A	B	C	D

A	B	C	D
No se aplican las noemas adecuadas de la AIEPI.	1.1.- Capacitación del personal medico y paramédico de la Unidad operativa	1.- Capacitación (incluye material didáctico) para 10 personas y capacitación.	\$ 420

PRESUPUESTO: COSTO TOTAL: \$ 1.668



BIBLIOTECA
ESPAE-ESPOL

PROGRAMACIÓN LOCAL DE ACTIVIDADES DE FOMENTO Y PROTECCIÓN.

PLAN OPERATIVO PARA EL 2.005

Población Total 4.641 Hbts.

Población total 2.005	Menores De 1 año	De 12 a 23 meses	De 1 a 4 años	De 5 a 14 años	Embarazadas	Mujeres en Edad fértil	DOC
4641	108	98	412	966	135	2724	627

GRUPOS	POBLACIÓN POR GRUPOS PARA 2.005	TIPO DE ACTIVIDADES	COBERTURAS SEGÚN NORMAS	PORCENTAJE EN COBERTURA PROGRAMADA
MEÑORES	108	1.- Control de Salud. 2.- Vacunación BCG 3.- Vacunación Antipolio y Pentavalente	80 % 100 % 100 %	113 % 100 % 100 %
1 A 4 AÑOS	412	1.- Control de salud 2.- Refuerzo de Polio	25 % 100 %	100 % 70 %
5 A 14 AÑOS	966	1.- Control de salud	80 %	90 %
EMBARAZADAS	135	1.- Control de salud 2.- Vacuna de salud 3.- Atención del Recién nacido 4.- Control de Post Parto	80 % 100 %	95 % 100 % 25 % 25 %
MUJERES EN EDAD FÉRTIL	2724	1.- Regulación de la fecundidad por gestión orales 2.- Regulación de la fecundación por DIV 3.- vacunación DT	1.6 % 2 % 100 %	2.2 % 1 % 100 %
DOC	627	1.- Detección oportuna del cáncer Cervico - uterino	20 %	100 %

ANEXO N° 6

ASPECTO FINANCIERO

**PROYECCION DE INGRESOS POR CONSULTA EXTERNA DE PACIENTES
EN AREAS MEDICO ODONTOLOGICAS**

AREAS	PACIENTES	TARIFA	TOTAL
MEDICA	2340	2	4.680
ODONTOLOGICAS	1040	3	3.120
		TOTAL	7.800

**PROYECCION DE INGRESO POR CONCEPTO DE OTROS SERVICIOS
MEDICOS Y DE ENFERMERIA**

SERVICIO	PACIENTES	TARIFA	TOTAL
Pequeñas	240	2	480
MEDIANAS Medianas	24	5	100
Grandes	1	10	120
HIDRATAACION	12	7	84
Drenaje de absceso	36	10	360
Extracción de cuerpo extraño	12	5	60
Onisectomia	12	10	120
Sondaje Vesical	6	5	30
Toma de Presión Arterial	480	0.25	120
Toma de peso			
Intoxicación y Envenenamiento	5	10	50
Epistaxis	2	5	10
Aplicación IM	500	0.25	125
De inyecciones IV	250	0.50	125
		Total	1784

**PROYECCION DE INGRESO POR CONCEPTO DE CERTIFICADOS
MUNICIPALES DE SALUD**

SERVICIO	PACIENTES	TARIFA	TOTAL
Certificados De Salud Municipal	300	5.00	1500

**PROYECCION DE INGRESOS POR CONCEPTO DE EXAMENES DE
LABORATORIO EN UN AÑO**

EXAMENES	PACIENTES	VALOR	RECOLECTADO
Hemogramas	600	2	1200
Glicemia	200	1,50	300
Reacción Vidal	100	2	200
Colesterol	450	1,50	675
Triglicéridos	450	1,50	675
Bilirrubina	200	0,80	160
B. Directa	200	0,80	160
B. Indirecta	200	0,80	160
TGO	200	2,00	400
TGP	200	2,00	400
ASTO	200	2,00	400
PC. Reactiva	200	2,00	400
RA. Test	200	2,00	400
Grupo Sanguíneo	50	1,50	60
Plasmodium	10	2,50	30
Urea	200	1,540	300
Creatinina	200	1,50	300
Test de Embarazo	20	2	40
Dengue	20	3	60
FQS. Orina	300	1	300
Coproparasitario	300	1	300
		Total	6920

ASPECTO FINANCIERO

INGRESOS	TOTAL AÑO
SERVICIOS	
Consultas Médica y Odontológica	7.800
Enfermería	1.784
Certificados de salud	1.500
Laboratorio	6.920
TOTAL	<u>18.004</u>

EGRESOS

Equipamiento	24.035
Plis	1.688
TOTAL	<u>25.688</u>

BALANCE

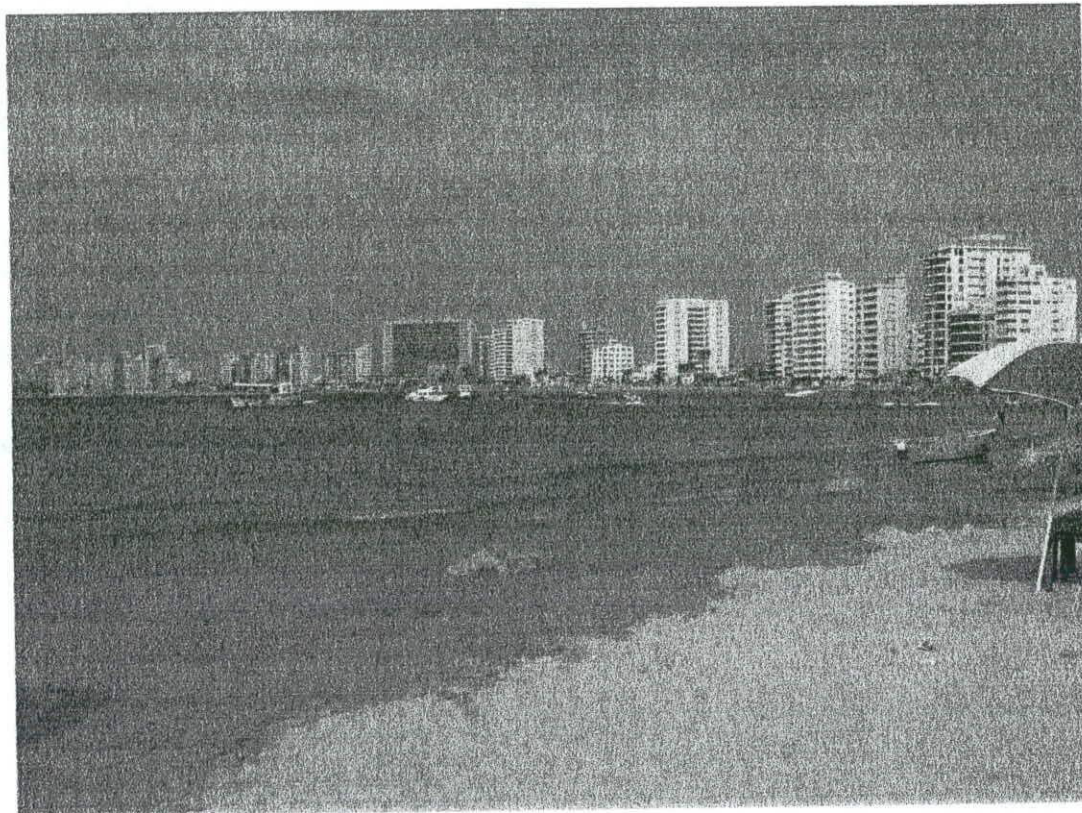
25.723
<u>18.004</u>
7.719



BIBLIOTECA
ESPAL-ESPOL

Hay que considerar que el total del equipamiento esta financiado a través de Modersa y su tramite esta en vigencia, por otro lado el propósito de esta evaluación financiera más que análisis se lo hizo para demostrar que siendo un servicio de salud por lo general costoso sin embargo el total que se recupera constituye un desahogo financiero para el Gobierno del Cantón Salinas.

Anexo N° 6



Playa del Cantón Salinas



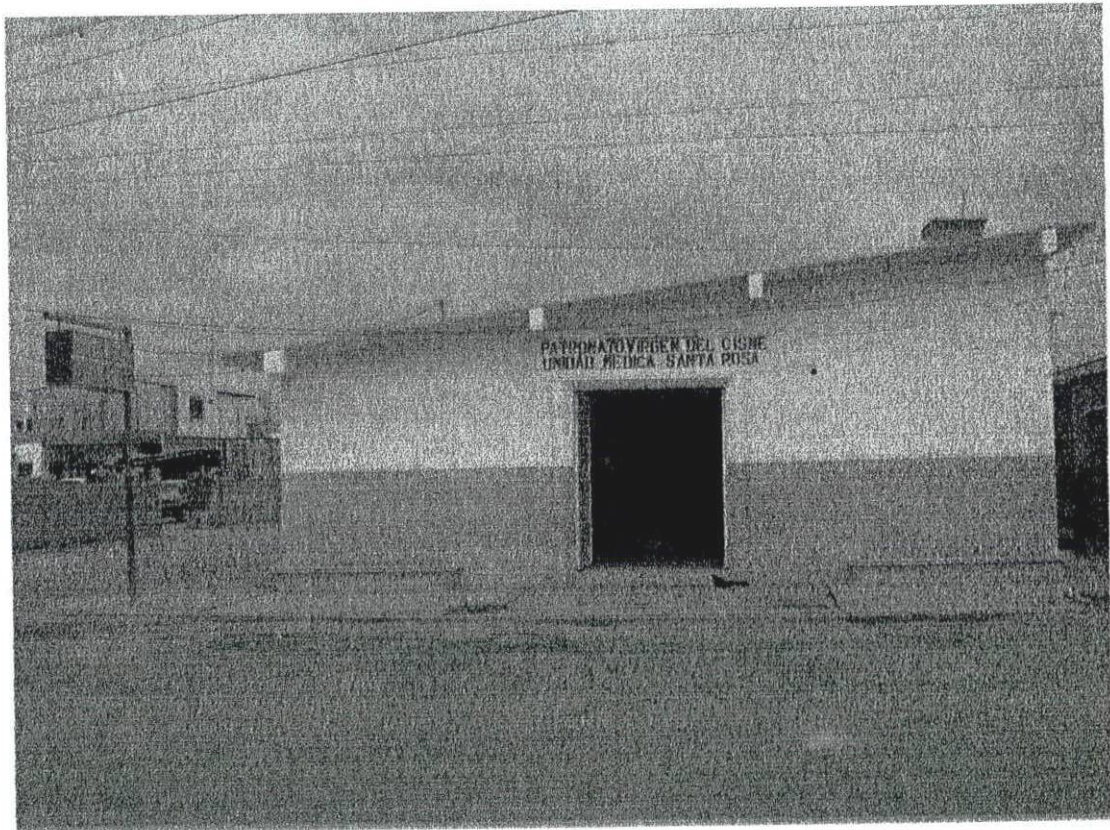
BIBLIOTECA
ESPAL-ESPOL



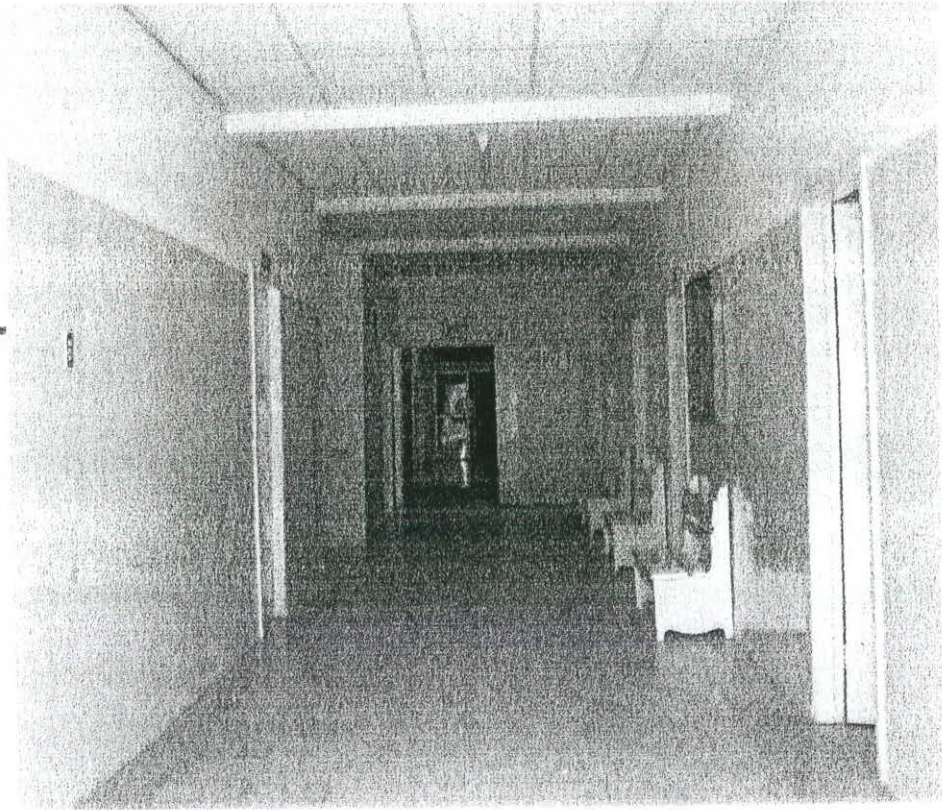
Puerto Santa Rosa- Salinas



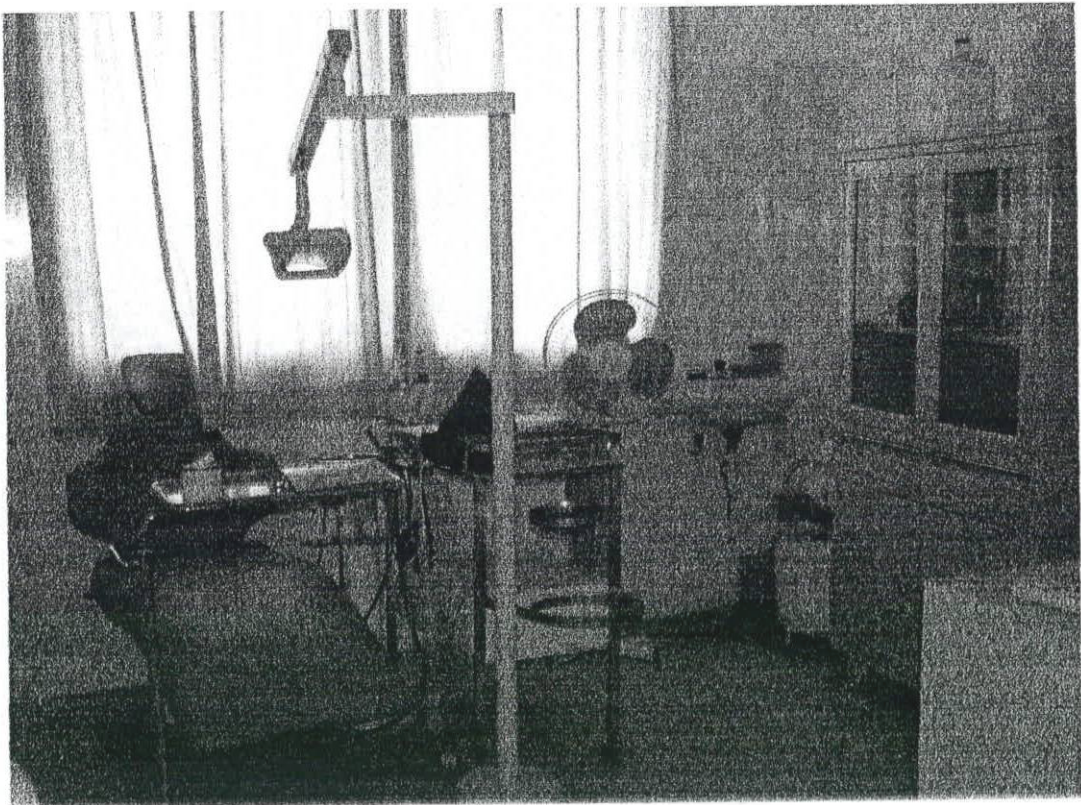
Avenida Principal de Santa Rosa



Sub. Centro de Salud de Santa Rosa



Sala de Consulta Externa



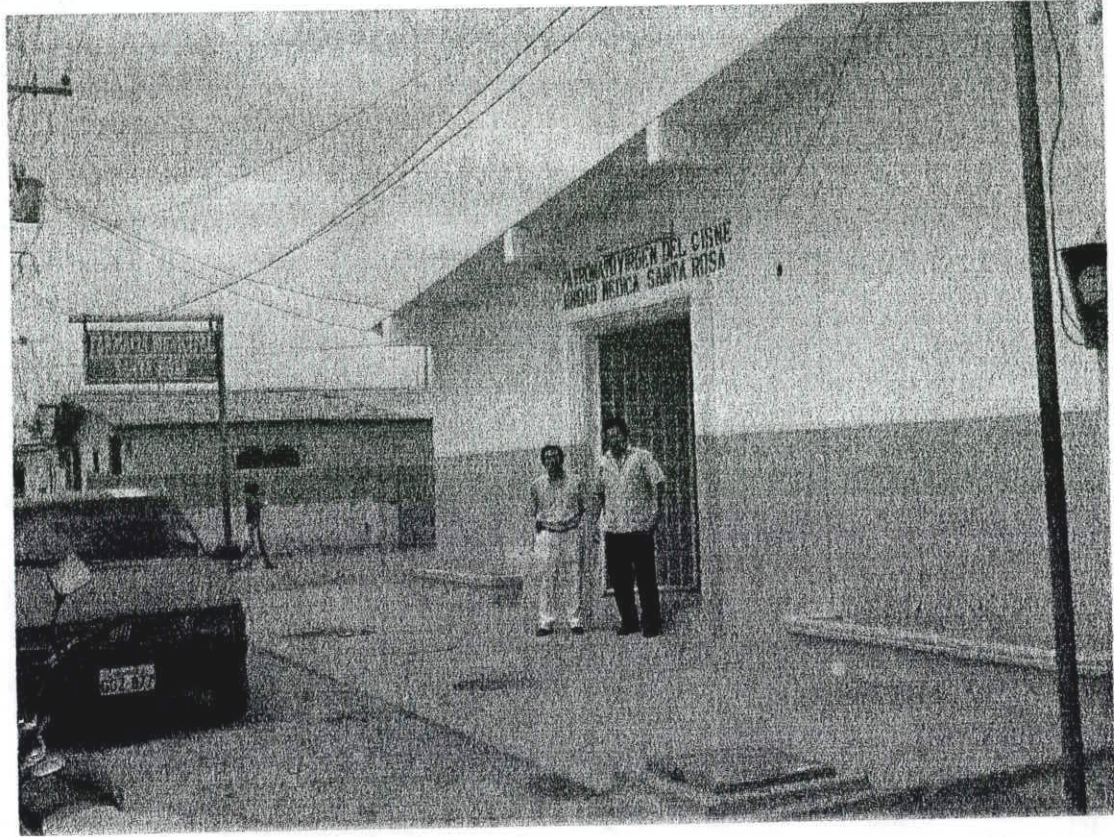
Consultorio de Odontología



Laboratorio Clínico



Farmacia



BIBLIOGRAFIA

1. Marco General de la Reforma estructural de la Salud en el Ecuador.....MSP.
Consejo Nacional de Salud, Octubre del 2002.
2. Plan estratégico de Desarrollo Urbano Cantonal del Cantón Salinas..... Es -
Pol – Municipio año 2001.
3. Módulo 4 Comportamiento Organizacional.....Dra.
Margarita Velasco. Año 2004.
4. Módulo 2 Bioestadística..... Dra. Caroline Chang.
5. Módulo 7 Administración de Recursos Humanos...Dra.Margarita Velasco.
6. Módulo 9. Servicios Hospitalarios y Servicios Ambulatorios...Dr.Ernesto Torres.
7. Información estadística del Hospital de Salinas.
8. Archivo Histórico Municipal.
9. Administración de Operaciones..... Lee J. Krajewski Larry P. Ritzma.
10. Manual de Normas de Licenciamiento.....MSP. 2004.
11. Metodología para la Calificación del Proceso de Licenciamiento en Salud...MSP.
12. Proyecto de Sistema Solidario de Salud QUI-SUR.....Tobar Katherine.
13. Rol del Estado, políticas Nacionales de Salud, y Reforma Institucional.....MSP.
14. Pensamiento & Gestión.....Revista de la División de Ciencias del Norte,
Colombia.
15. Gerencia de Procesos.....Braulio Mejía García MD-MSP.
16. Auditoría Médica..... Braulio García Mejía MD-MSP.