



T
614
BRI

ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DEL LITORAL

**ESCUELA DE POSTGRADO EN ADMINISTRACION
DE EMPRESAS**

**PROGRAMA DE GERENCIA EN SERVICIOS DE
SALUD**

PRIMERA PROMOCION

TRABAJO DE GRADUACION

**ANALISIS DE LA OFERTA DE LOS SERVICIOS DE
ATENCION MEDICA DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
EN LA CIUDAD DE CUENCA**

**REALIZADO POR : Mariana Brito Solano
Miguel Peñaflor Ochoa**

DIRIGIDO POR : Dr. Ernesto Torres Terán

GUAYAQUIL, DICIEMBRE 1996

DEDICATORIAS

A mi Esposo Gerardo y a mis hijos María Paz y Gerardo Andrés, quienes han sacrificado momentos valiosos de vida familiar para comprenderme y ayudarme a llegar a la meta propuesta.

Mariana

A mi esposa Beatriz, a mis hijos Gabriela, Víctor Miguel y Luis Daniel, a mis queridos padres y a Graciela a quienes les debo los sacrificios realizados para poder culminar mis aspiraciones de superación científica e intelectual.

Miguel

AGRADECIMIENTOS

Culminar el Postgrado de Gerencia en Servicios de Salud, es un hecho que encierra gran satisfacción por todo el esfuerzo realizado, el mismo que es el resultado del apoyo incondicional de todo un equipo de instituciones y personas que directa e indirectamente colaboraron para cumplir con esta misión; es por esta razón que es menester mencionar a cada uno de ellos:

En primer lugar debo agradecer a Dios por todas las bendiciones recibidas en este año y durante toda mi vida.

A la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), en la persona del Sr. Jack Galloway y al Proyecto APOLO, representado por el Dr. Iván Palacios, organizaciones de quienes he recibido el apoyo económico.

Agradezco de una manera muy especial a la Familia Jaramillo Crespo, personas de inmejorables valores humanos, quienes mencionaron mi nombre para este postgrado y depositaron su confianza en mi persona, apoyándome constantemente en tiempo y recursos, tanto en el desarrollo de los estudios como en el manejo de la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo Crespo, Institución a la cual me une un profundo compromiso cristiano.

Debo agradecer también a todas mis compañeras de labores, especialmente a Clarita y Marcia por su valiosa ayuda en el desarrollo de todos los trabajos presentados en la ESPAE.

A todos los profesores de la ESPAE, que compartieron con nosotros sus conocimientos científicos; a mis compañeros; amigos y familiares; que aportaron con su ayuda en los momentos más oportunos y sobre todo a las personas de escasos recursos que acuden a la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo Crespo buscando solución a sus problemas de salud, quienes incentivaron mi superación.

Mariana Brito Solano

Al término de este postgrado es menester presentar mi profundo agradecimiento a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) de manera especial al Sr. Jack Gallogay, dignísimo caballero, y luchador incansable por el progreso de las comunidades. Así mismo quiero hacer llegar mi cálido agradecimiento a todos los maestros de la Escuela Superior Politécnica del Litoral (ESPOL) y de manera especial a los de la Escuela de Postgrado en Administración de Empresas (ESPAE), que desinteresadamente han sabido compartir sus sabios conocimientos en forma generosa y profesional. Finalmente vayan mis agradecimientos para aquellas abnegadas personas que sin escatimar esfuerzos me apoyaron física y moralmente para poder culminar con todas las obligaciones adquiridas como estudiante. No me queda más que decirles que Dios los bendiga.

Miguel Peñafiel Ochoa

PRESENTACION

La Escuela Superior Politécnica del Litoral (ESPOL) a través de la Escuela de Postgrado en Administración de Empresas (ESPAE), en acciones conjuntas con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y la Asociación de Universidades con Programas en Administración de Salud (AUPHA), inició en Enero de 1996 el Postgrado de Gerencia en Servicios de Salud, aporte valioso a la comunidad ecuatoriana, cuyo principal objetivo ha sido la formación de recursos humanos capaces de gerenciar las organizaciones de salud; difundiendo de esta manera los conocimientos técnicos y científicos de la administración pública para afrontar la realidad nacional que cada día es más obsoleta y deficiente afectando a la población de escasos recursos económicos.

El Título que otorga la ESPAE a los estudiantes que participan en este programa, es de Especialista en Gerencia de Servicios de Salud, previo al cumplimiento de los requisitos que rezan en los reglamentos de la Universidad, uno de ellos es la elaboración de un trabajo de tesis. Dentro de este contexto, el grupo conformado por Mariana Brito Solano y Miguel Peñafiel Ochoa, seleccionó el tema "Análisis de la Oferta de los Servicios de Atención Médica del Ministerio de Salud Pública (MSP) en la ciudad de Cuenca"; poniendo especial atención al número de instituciones existentes y a los recursos humanos que trabajan en la consulta externa.

Hubiera sido muy interesante analizar la oferta y la demanda de los servicios de salud, como un proceso dinámico difícil de separar, pero considerando factores limitantes de tiempo y de recursos se analizó únicamente la oferta en cuando a los servicios ambulatorios del MSP; sin embargo se aspira que el presente trabajo sirva de base para futuras investigaciones.

RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio es un trabajo de tesis presentado a la ESPOL - ESPAE, previo a la obtención del título de Especialista en Gerencia de Servicios de Salud. El tema es “Análisis de la Oferta de los Servicios de Atención Médica del Ministerio de Salud Pública en la ciudad de Cuenca”. Sus objetivos son: conocer la realción actual de la oferta de atención médica del sector público y la estructura poblacional, con el fin de aportar a las decisiones gerenciales de los entes rectores de la salud en la ciudad de Cuenca.

De todo lo que abarca la oferta este estudio tomó el número de las unidades operativas y de recursos humanos asignados a la atención ambulatoria como médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería; se incluye también al personal administrativo de estas unidades, en el cual se analiza la pertinencia de su formación para el desempeño de su cargo.

Para alcanzar los objetivos se empieza caracterizando a través de la historia de la medicina en el Ecuador y en la Provincia del Azuay a las instituciones de salud del sector público, luego a través del diseño metodológico se operacionalizan las variables y se elaboran siete instrumentos para la recolección de la información que fue tabulada con la ayuda de los programas Excel y Epi-Info.

El cruce de variables permitió determinar que la infraestructura física del MSP en Cuenca es adecuada; no así en cuanto a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, cuyo número es deficitario. En relación al personal administrativo se puede verificar la pertinencia de su formación para el desempeño de sus funciones.

Al final se presentan las conclusiones y recomendaciones, dejando abierta la posibilidad de realizar futuras investigaciones sobre otros elementos de la oferta y la demanda que puedan complementar el proceso de atención de la salud en la ciudad de Cuenca.

CONTENIDO

	Pag.
1. INTRODUCCION	1
2. DEFINICION DEL PROBLEMA	2
3. OBJETIVOS	4
3.1. OBJETIVO GENERAL	4
3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	4
4. MARCO CONCEPTUAL	5
4.1. SISTEMAS DE SALUD	5
4.2. SISTEMA NACIONAL DE SALUD	6
4.3. OFERTA	6
4.4. OFERTA DE SERVICIOS DE ATENCION MEDICA	6
4.5. ATENCION MEDICA	7
4.6. ESTRUCTURA POBLACIONAL	7
4.7. CONSULTA EXTERNA	7
4.8. RECURSO HUMANO EN SALUD	7
4.9. MEDICOS	8
4.10. ENFERMERA	8
4.11. AUXILIAR DE ENFERMERIA	8
5. MARCO CONCEPTUAL	8
5.1. RESEÑA HISTORICA DE LA MEDICINA EN EL ECUADOR	8
5.2. RESEÑA HISTORICA DE LA SALUD EN LA PROVINCIA DEL AZUAY	14
5.3. SISTEMAS DE SALUD Y POBLACION	19

5.4.	ORGANIZACION DE LA ATENCION MEDICA	32
5.4.1.	NIVEL DE AREA DE SALUD	33
5.4.2.	NIVEL PROVINCIAL	33
5.4.3.	NIVEL NACIONAL	34
5.5.	AREAS DE SALUD DEL MSP EN LA PROVINCIA DEL AZUAY	35
5.6.	OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD	41
6.	DISEÑO METODOLOGICO	47
6.1.	TIPO DE ESTUDIO	47
6.2.	UNIVERSO	47
6.3.	UNIDAD DE ANALISIS Y OBSERVACION	48
6.4.	UBICACION DEL UNIVERSO	48
6.5.	OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	48
6.6.	TECNICAS E INSTRUMENTOS	54
6.7.	PRUEBA DE INSTRUMENTOS	55
7.	ANALISIS Y TABULACION DE LA INFORMACION	55
7.1.	UNIDADES OPERATIVAS	55
7.2.	MEDICOS	58
7.3.	ENFERMERAS	65
7.4.	AUXILIARES DE ENFERMERIA	70
7.5.	PERSONAL ADMINISTRATIVO	72
8.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	78
	BIBLIOGRAFIA	83
	ANEXOS	88

1. INTRODUCCION :

El presente trabajo parte de identificar los diferentes factores que hacen que los problemas de la salud en el Ecuador, sean cada vez más críticos y dentro de estos los del MSP que por falta de gestión muestran servicios deficientes y sin mayores niveles de coberturas.

El planteamiento de los objetivos permite ver que el estudio busca cuantificar a las instituciones de atención médica del MSP y los recursos humanos que lo componen. Se establecen ciertos parámetros de comparación que dan paso al análisis de la oferta de estos recursos con relación a estándares aceptados a nivel provincial.

En el marco teórico se realiza una reseña histórica de lo que ha sido la salud en el Ecuador y la Provincia del Azuay, destacando las creaciones de entidades públicas que han formado el sector de la salud.

Por otro lado, dentro de las tendencias a la conformación del Sistema Nacional de Salud, fue interesante mencionar aspectos de lo que ha sido, hasta la fecha, la reforma del sector salud, tanto en el Ecuador como en la provincia del Azuay. Unido a este tema se presentan datos demográficos de la provincia y de la ciudad de Cuenca.

Al ubicarse en el tema central del estudio se analiza la organización del MSP por áreas de salud, la oferta en este campo y dentro de esta los recursos humanos.

La segunda parte corresponde al diseño metodológico, a la presentación y análisis de cuadros. Por último se espera que las conclusiones emitidas sirvan de base para futuras investigaciones relacionadas al cambio de las estructuras institucionales del MSP y del sector salud que permitan reorientar el funcionamiento de los servicios bajo nuevos modelos.

2. DEFINICION DEL PROBLEMA :

El continuo aumento de la población y sobre todo la crisis económica, fiscal y social, repercuten de manera directa en la situación de salud del Ecuador, que pese a los esfuerzos realizados por distintos sectores se mantiene en niveles deficitarios, perjudicando a un significativo porcentaje de la población.

Este panorama se refleja en las elevadas tasas de morbi-mortalidad. Así vemos que la mortalidad infantil registrada a nivel nacional indica que mueren 45 niños menores de un año por cada 1000 que nacen, existiendo grupos poblacionales en los cuales la mortalidad infantil duplica y a veces triplica la cifra anotada

El perfil epidemiológico del Ecuador se caracteriza especialmente por altos índices de enfermedades infecciosas agudas (intestinales y respiratorias), propias de un país en vías de desarrollo; sin embargo existen también otros problemas propios de países desarrollados como accidentes de tránsito, enfermedades cardiovasculares, cáncer, violencias y más recientemente daños asociados a la contaminación ambiental.

Se observa además un recrudecimiento de enfermedades transmitidas por vectores como el dengue, la malaria y otras como el cólera, que se consideraban erradicadas, consecuencia del insuficiente saneamiento básico y educación higiénico sanitaria.

Las limitaciones socio económicas de la población determinan la persistencia de desfavorables condiciones de salud que se reflejan, además, en la desnutrición que afecta a un 50% de niños menores de 5 años.

Dentro de este contexto los servicios públicos de salud no han sido los más adecuados, pues no han logrado niveles satisfactorios de cobertura, ni tampoco ha

existido la suficiente preocupación por mejorar la calidad en la atención médica a los usuarios. Este problema se generaliza a nivel de todas las provincias del país, a pesar de que la política de salud en los últimos años se orienta hacia el mejoramiento de la calidad de prestaciones del sector público.

El sinnúmero de problemas que afronta el MSP en cada uno de los servicios puede analizarse desde el enfoque sistémico, el que visualiza a las organizaciones estructuradas en cuatro componentes: insumos, procesos, salidas y retroalimentación.

La entrada al proceso tiene dos áreas, que son la oferta y la demanda, las mismas que deben ser estudiadas con sumo cuidado, ya que de la calidad de los insumos depende la calidad de los procesos, de los resultados e impacto.

Uno de los elementos de la oferta, quizá el de mayor importancia y complejidad según las nuevas tendencias de la administración, es el recurso humano, elemento que en términos generales presenta múltiples problemas a nivel local, provincial y nacional.

Es por esta razón que el presente estudio realizado en la ciudad de Cuenca, abordó el análisis de los recursos humanos con los que cuenta el Ministerio de Salud Pública en los servicios ambulatorios.

Los aspectos objeto de análisis son: el número y ubicación de las unidades operativas de atención ambulatoria y las características del personal profesional y de apoyo que tienen relación directa con la atención al usuario.

Los resultados de este análisis permitirán orientar posteriores estudios sobre otros elementos de la oferta, la demanda y los procesos, igualmente podrían constituir el insumo básico para emprender las actividades, dirigidas a poner en marcha el

proceso de reforma del sistema de salud en esta provincia. Por otro lado proporcionará elementos para optimizar los recursos existentes, logrando servicios integrados de buena calidad para toda la población.

Por otra parte es bien conocida la interacción existente entre la oferta y la demanda y en rigor los estudios sobre este tema no deberían separarse; sin embargo debido a las limitaciones de tiempo y recursos en el presente trabajo nos limitaremos al estudio de la oferta en lo que respecta a recursos humanos e infraestructura física (unidades de salud) del MSP.

3. OBJETIVOS :

3.1. OBJETIVO GENERAL

Conocer la relación actual de la oferta de atención médica del sector público y la estructura poblacional, con el fin de aportar a las decisiones gerenciales de los administradores de los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública en la ciudad de Cuenca.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS :

3.2.1. Cuantificar el número de unidades operativas de atención médica del MSP en la ciudad de Cuenca.

3.2.2. Identificar la ubicación geográfica de las unidades operativas de atención médica del MSP en las seis áreas de salud de la ciudad de Cuenca.

3.2.3. Cuantificar el número de profesionales y personal asignado a la atención médica (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) de la consulta externa de las unidades operativas del MSP.

- 3.2.4.** Establecer una relación cuanti-cualitativa de la oferta de profesionales de la consulta externa de las unidades operativas de las áreas de salud del MSP en la ciudad de Cuenca.
- 3.2.5.** Establecer la relación entre el número de médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería de la consulta externa de las unidades operativas del MSP, con la estructura poblacional de la ciudad de Cuenca, a partir de estándares aceptados para la decisión epidemiológica y gerencial.
- 3.2.6.** Establecer una relación cuanti-cualitativa de la oferta de profesionales de la consulta externa de las unidades operativas de las áreas de salud del MSP en la ciudad de Cuenca.
- 3.2.7.** Cuantificar el número de recursos humanos asignados a la gestión administrativa de las unidades operativas del MSP.
- 3.2.8.** Establecer la pertinencia de la formación de los recursos humanos asignados a la gestión administrativa de las unidades operativas del MSP, para el adecuado desempeño de sus funciones.

4. MARCO CONCEPTUAL :

Se definen los principales términos relacionados con el análisis de la oferta de los servicios de atención médica del Ministerio de Salud Pública en la ciudad de Cuenca:

4.1. Sistemas de Salud :

Muchos autores utilizan este término como:

- Denominación de una institución u organismo particular que desarrolla una actividad o presta un servicio de salud.

- El conjunto de servicios de salud de un país.
- Forma o modelo universal de atención de salud (sistema público, sistema privado, seguridad social, etc.).

4.2. Sistema Nacional de Salud :

Según Cordera-Bobenrieth, sistema de salud es un todo complejo integrado por una variedad de elementos diversos, sociales, políticos, económicos, administrativos, tecnológicos, etc., con interrelaciones directas o indirectas que dan por resultado un estado de bienestar bio-psico social de la población en su conjunto.

Conjunto de instituciones, normas y procesos políticos, jurídicos y administrativos que articulan a todas las personas naturales y jurídicas, públicas o privadas que realizan acciones de promoción, prevención, atención y recuperación de la salud, así como aquellas que desarrollan actividades de rehabilitación, al igual que las instituciones académicas investigativas y organizaciones sociales que capacitan y organizan los recursos humanos destinados a ejecutar dichas acciones.

4.3. Oferta :

Según la Real Academia de la Lengua Española, es una propuesta de contrato sobre un objeto, mercancía o servicio en condiciones concretas que estipula el oferente, implicando para ello la previa valoración del artículo o servicio que se ofrece, conforme a un precio límite establecido por el mercado o por disposiciones estatales.

4.4. Oferta de Servicios de Atención Médica:

Es un análisis económico de la propuesta social organizada para proveer servicios médicos a una comunidad. Dentro de la prestación de servicios se incluye la dinámica de factores tales como la productividad, el equipamiento, la tecnología y

los esquemas de organización y funcionamiento; todos éstos dentro de una economía de escala que varía de acuerdo a las situaciones políticas y económicas de un estado.

4.5. Atención Médica :

Es el conjunto de actividades realizadas por médicos, enfermeras y otro personal calificado de salud, apoyado casi siempre por medios de diagnóstico (laboratorio, rayos X, ecografías, etc.), con el objeto de rehabilitar y conservar la salud de las personas.

4.6. Estructura Poblacional :

Se refiere a la composición de la población de acuerdo a grupos de edad y sexo.

4.7. Consulta Externa:

Es una área de servicio médico de una institución de salud, cuyo objetivo principal es la revisión de pacientes para identificar su estado de salud y es la base sobre la cual se genera la actividad de una especialidad.

Es el lugar idóneo donde diagnosticar, orientar y establecer la estrategia terapéutica de la enfermedad de las personas.

4.8. Recurso Humano en Salud :

Son las personas admitidas en una institución de salud, que tienen un contrato o nombramiento amparado en la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa o en el Código del Trabajo.

4.9. Médico :

Es un profesional capacitado en las ciencias médicas, que cumple con el deber de mantener la salud de las personas. En nuestro país para obtener el título de médico, se debe aprobar un pensum de estudios durante 7 años, en los cuales se cumple actividades teórico prácticas; además realiza un año de medicatura rural, que consiste en trabajar en áreas rurales dirigiendo subcentros de salud, en donde se realizan actividades eminentemente comunitarias.

4.10. Enfermera :

Es una profesional con conocimientos sobre habilidades y destrezas médicas y sirve de apoyo a las actividades de curación y prevención de la salud de las personas. En nuestro país para obtener el título de enfermera se debe aprobar un pensum de estudios teórico prácticos durante 5 años

4.11. Auxiliar de Enfermería :

Es un recurso humano paramédico cuya función es la ejecución y elaboración de tareas variadas de atención a pacientes y su especificación de clase es un título otorgado por la Escuela de Enfermería u otra institución autorizada.

5. MARCO TEORICO :

5.1. RESEÑA HISTORICA DE LA MEDICINA EN EL ECUADOR :

Los datos sobre la medicina primitiva en el Ecuador, según el Dr. César Hermida Piedra en su libro Historia de la Medicina Ecuatoriana, se basan en hallazgos arqueológicos y en la tradición, por lo tanto es imposible, para esa época, describirla cronológicamente. Cuenta la historia que muchos peligros rodeaban al hombre primitivo, haciendo su vida infeliz y trágica, atribuyendo a los espíritus malignos las causas de las enfermedades y muertes; en tales condiciones la religión y

la magia eran los medios para aplacar las fuerzas del mal; es por esta razón que la medicina y la religión tienen un origen común en el Animismo*. El diagnóstico en esta forma primitiva de la medicina la emitía el Shaman que era sacerdote, hechicero y médico . (1)

Una reseña histórica importante es que los españoles encontraron una tradición médica de milenios mezclada luego con la de los Incas, cuyo conocimiento sobre prácticas de curaciones era muy adelantado, aunque muchas veces lo negaron sus propios descubridores.

Con el advenimiento de la Colonia en nuestro continente, se impone un nuevo sistema económico que busca la captación de una mayor cantidad de excedente tanto para la corona española como para el mismo conquistador y colonizador español. La despiadada explotación ejercida por los españoles y la presencia de enfermedades desconocidas hasta entonces en América, diezmo a los indios, reduciendo considerablemente la mano de obra. Si la población del imperio Tahuantinsuyo, antes de la conquista, era de alrededor de 8 millones de habitantes en 1530, fue reducida a 1.3 millones en 1590; se puede comprender que esta reducción en más del 80% desorganizó completamente las estructuras tradicionales de la sociedad. (2) De manera semejante la influencia ideológica española fue determinando que la práctica médica aborigen sufra un proceso de cambio y busque establecer una nueva relación médico-paciente.

Aunque la medicina aborigen aún persiste en el país, cronológicamente podemos hablar de ella a partir del año 1565 (31 años después de la fundación de Quito), cuando se funda el primer hospital de Quito cuya medicina era empírica porque no contaba con un médico graduado.

* Según Freud el Animismo es la teoría de las representaciones del alma en el sentido amplio, la teoría de los seres espirituales en general. El Animismo es la raíz de las religiones y de la medicina.

1 Hermida, Piedra, César, Dr., Historia de la Medicina Ecuatoriana, Segunda Edición, Publicaciones y Papeles, Cuenca, 1979.

2 Suárez, José; López, Raúl; Laspina, Iván; Barrionuevo, Carlos; de Jiménez, Marta; Paredes, Luis; Páez, Rubén; Moreta, Enrique; Darquea, Luis, La Situación de la Salud en el Ecuador, Segunda Edición, Quito, 1999.

En 1600 aparece oficialmente la medicina académica con el nombramiento del médico español Dr. Adolfo Valdéz, Bachiller, Licenciado y Doctor, graduado en la Universidad de Sevilla.

La organización del sistema colonial tuvo una marcada importancia en la determinación del estado de salud colectivo, así como en la práctica médica que se desarrolló. Encontramos que frente al gran deterioro de la salud que amenazaba la existencia de la fuerza de trabajo, base de la economía colonial, se construyen varios hospitales de caridad destinados a los menesterosos, regidos por la iglesia católica y apoyados por familias acaudaladas. Sus efectos más importantes estuvieron en el carácter político, religioso y económico, antes que en el mejoramiento del estado de salud de la población.

En 1693 se funda la cátedra de medicina en la Universidad de Santo Tomás de Aquino y a partir de 1694, comienza a otorgarse títulos de médicos. Solamente en 1827, en la Gran Colombia, se reorganiza la Facultad de Medicina, la misma que existe hasta la actualidad.

La educación médica colonial es eminentemente teórica separada de la práctica y con limitadas posibilidades de dar a los alumnos una comprensión adecuada de la situación de salud de su población.

Al inicio de la República, la práctica médica sufre un importante cambio con el establecimiento del Hospital Militar, que se crea para atender la demanda de servicios de los soldados de la luchas independentistas. Se dividió desde entonces, la atención médica institucional en civil y militar . (3)

En 1893 ocurre un hecho importante en la historia de la salud pública en nuestro país, al crearse en Quito la Sociedad de Beneficencia Olmedo que es la primera institución que asume la responsabilidad de un problema de salud pública como es

3 Suárez, José; López, Raúl; Laspina, Iván; Barrionuevo, Carlos; de Jiménez, Marta; Paredes, Luis; Páez, Rubén; Moreta, Enrique; Darquea, Luis; La Situación de la Salud en el Ecuador, Segunda Edición, Quito, 1988.

el caso de la tuberculosis. Este hecho, constituye el inicio de un cambio de denominación de la práctica médica ecuatoriana, de curativa a otra de beneficencia, aunque en la realidad siga siendo curativa.

La beneficencia adquiere un estatus oficial con el Decreto Ejecutivo del 22 de junio de 1896, mediante el cual Eloy Alfaro crea la Junta Central de Beneficencia, institución encargada de administrar y velar por el buen funcionamiento de sus hospitales, lazaretos, cementerios, etc. Se crean las juntas de Beneficencia en casi todas las provincias del país.

Es importante anotar que la medicina estatal surge vinculada al desarrollo capitalista agroexportador, que impuso una nueva visión en la organización de las actividades vinculadas a la estructura socioeconómica. Refleja además un interés por las enfermedades que afectan al comercio internacional.

Esta nueva orientación de la práctica médica en nuestro país de ninguna manera es un hecho aislado, sino que se enmarca dentro de las tendencias que se fueron imponiendo en la mayoría de los países latinoamericanos, bajo la influencia de los países industrializados.

Posteriormente, y con la inversión de capital extranjero destinado a la producción de materias primas y alimentos, cobra desarrollo la sanidad interna o terrestre, para lo cual se crearon dependencias estatales orientadas a desarrollar actividades en el sector salud. Así, en 1925 se crea el Ministerio de Previsión Social que incluye las ramas del trabajo, sanidad y asistencia social. En 1926 se promulga la ley de asistencia pública, que sustituye a la Junta Central de Beneficencia por las Juntas Centrales y Provinciales de Asistencia Pública; posteriormente en 1943 cambia de nombre a Junta de Asistencia Social, que se mantienen hasta el año de 1973.

En 1926, con la creación de la Inspectoría General del Trabajo, que pretende asegurar la aplicación de las leyes y decretos referentes a las condiciones laborales y a la protección de los trabajadores en sus actividades profesionales, surge el

concepto de seguridad social que procede de Europa y ha sido aplicado extensivamente a la reducida pero creciente población industrial, con el fin de aumentar su capacidad productiva y reducir los costos de producción de la fuerza de trabajo. Siguiendo esta política, a mediados de la década de los 20 se crea el Seguro Social Ecuatoriano que brinda servicios de salud a sus afiliados; para cumplir con su finalidad abre los primeros dispensarios y posteriormente inicia la construcción de las clínicas de la institución. En 1937 se creó el departamento médico del Seguro Social.

De todo lo expuesto anteriormente se resume que la práctica médica estatal en el Ecuador, a partir de los años 20, toma una característica específica de acuerdo al grupo social al que iba dirigida. Así encontramos la medicina asistencial organizada por el Ministerio de Previsión Social dirigida a las clases más desamparadas; la Seguridad Social orientada a la población empleada y asalariada, y la medicina militar al personal militar y su familia. Por otro lado la práctica médica privada con un relativo desarrollo, ha estado orientada a los grupos económicamente más altos, que podían pagar las consultas. Estas formas de proporcionar salud se mantienen, con algunas modificaciones, hasta nuestros días. (4)

Algunas acciones en el campo de la salud fueron desarrolladas también, por diversas agencias internacionales, entre ellas se destaca la Misión Andina de la Naciones Unidas, la misma que inició sus acciones en el país en 1956, en poblaciones rurales. A partir de 1963, se transforma la Misión Andina del Ecuador en una entidad de derecho privado y luego en 1970, se convierte en entidad de derecho público, adscrita al Ministerio de Previsión Social y Trabajo. Prestó servicios en las áreas de salud, educación, mejoramiento sanitarios, etc. Los programas emprendidos por esta entidad, marcan el inicio de la medicina comunitaria en nuestro país, siguiendo así el ejemplo de países industrializados como los Estados Unidos. (5)

4 Suárez, José, López, Raúl, Laspina, Iván, Barrionuevo, Carlos, de Jiménez, Marta, Paredes, Luis, Páez, Rubén Moreta, Enrique, Darquea, Luis, La Situación de la Salud en el Ecuador, Segunda Edición, Quito, 1988.

5 Idem

Para el año de 1965 se crea el Instituto Ecuatoriano de Obras Sanitaria (IEOS), una institución autónoma encargada de llevar adelante la construcción de la infraestructura sanitaria. De lo anterior se puede concluir que las acciones de salud estuvieron realizadas por diversas dependencias, como la Dirección de Sanidad, encargada de las acciones de fomento y protección; las Juntas de Asistencia Social, encargadas de las acciones de recuperación de la salud; el IEOS, encargado de las construcción de la infraestructura sanitaria. Paralelamente a estas entidades trabajaban el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y la Sanidad Militar.

Las actividades realizadas por todas estas instituciones, no tenían una planificación integral, pues trabajaban incoordinadamente. Esta situación reactivó la discusión nacional de la creación de un Ministerio de Salud, que se encargue de coordinar las distintas acciones desarrolladas en el sector salud, lo cual llevó a que la Asamblea Legislativa, mediante decreto 084 del 16 de Junio de 1967, creara el Ministerio de Salud Pública, para desarrollar todos los aspectos relacionados con la sanidad, asistencia social, nutrición y vivienda de los ecuatorianos. El decreto de creación mantiene la existencia de la Dirección Nacional de Salud, con una sede diferente a la del Ministerio, y las Juntas Centrales y Provinciales de Asistencia Social, que con carácter autónomo administraban el 45% de las camas hospitalarias del país. (6)

La infraestructura de salud en el país había sido limitada si consideramos que existieron 8.3 establecimientos públicos de salud y 227 camas por 100.000 habitantes, de las cuales 18 correspondían al sector privado. El Ministerio de Salud incorporaba menos de 2000 médicos, número insuficiente si consideramos que el volumen poblacional era de 4'500.000* habitantes aproximadamente, pues existían 3 médicos por 10.000 habitantes.

Las actividades cumplidas por el personal de salud fueron igualmente limitadas, apenas alcanzó a 0.1 consultas de fomento y menos de 0.5 consultas de recuperación

6 Idem

* Fuente. II Censo de Población, INEC, 1962.

por habitante/año, poniendo de relieve la orientación curativa de las acciones en el sector salud. (7)

La limitación de coberturas se refleja en los nacimientos y defunciones atendidas por profesionales, así encontramos que en 1962, el 35% de las defunciones y el 17.4% de los nacimientos tenían certificación médica y asistencia profesional respectivamente, los cuales se incrementaron para 1970 a 45.1% y 28.1% respectivamente; siendo aún bajos.

Entre 1970 y 1975, el crecimiento de los servicios de salud, tanto estatales como privados es importante. Se inició un amplio programa de construcciones de unidades operativas, especialmente a nivel estatal, con el cual se produjo un crecimiento importante en el número de establecimientos del Ministerio de Salud y paralelamente a este hecho, se incrementó también el número de profesionales de la salud.

Uno de los objetivos del MSP ha sido la extensión de su cobertura, es así que en 1980, la Atención Primaria de Salud fusiona la participación de la comunidad para satisfacer las necesidades prioritarias de salud en las familias, buscando la integración del sistema informal al desarrollo de acciones de salud pero apoyadas en el sistema formal y dentro de una adecuada regionalización de servicios.

5.2. RESEÑA HISTORICA DE LA SALUD EN LA PROVINCIA DEL AZUAY:

Los servicios de salud en la provincia del Azuay, tienen su inicio a fines del siglo pasado, con la Conferencia San Vicente de Paúl, a la que le sucede la Junta de Beneficencia del Azuay, creada mediante decreto en 1904 y presidida por el Gobernador de la provincia. Luego, de acuerdo a los esquemas nacionales, en 1926

7 Suárez, José, López, Raúl; Laspina, Iván; Barrionuevo, Carlos; de Jimenez, Marta; Paredes, Luis; Páez, Rubén; Moreta, Enrique; Darquea, Luis; La Situación de la Salud en el Ecuador, Segunda Edición, Quito, 1988.

se conforma la Junta de Asistencia Pública que en 1943 se denominó Junta de Asistencia Social.

Esta Junta de Asistencia Social del Azuay financiaba sus servicios con ingresos provenientes del arrendamiento de haciendas donadas a la institución por comunidades religiosas. Con los fondos recaudados se elaboraba el presupuesto de la institución que permitía el funcionamiento de sus dependencias como eran: el Hospital San Vicente de Paúl, que ejercía acciones de recuperación de la salud y atención odontológica; el Leprocomio Mariano Estrella, que se dedicaba al cuidado de los enfermos del mal de Hanssen; el Dispensario Gota de Leche, que estaba al servicio de los pacientes pediátricos indigentes y de escasos recursos; el Hospital Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, dedicado al tratamiento de pacientes con enfermedades neoplásicas malignas.

Los servicios que ofrecían estas instituciones eran de atención médica curativa, atención pediátrica y servicio dental; posteriormente surge la primera especialidad como es la obstetricia. Con el retorno de Europa de profesionales médicos, se introducen nuevas técnicas y procedimientos en las áreas de cirugía, laboratorio, asepsia, anestesia, etc. (8)

Es importante mencionar que el presupuesto de la Junta de Asistencia Social del Azuay, permitía, además, el funcionamiento de los hospitales de los cantones de la Provincia, como son el Moreno Vázquez del cantón Gualaceo, San Sebastián del cantón Sigüig, José Félix Valdivieso del cantón Santa Isabel. De igual forma con respecto al funcionamiento de los dispensarios de los cantones Girón y Paute.

Las haciendas que constituían el patrimonio de la Junta Central de Asistencia Social en el Azuay eran Bullcay, El Carmen, La Cofradía, La Playa, Santa Rita, Challuabamba, Jordán, Lalcote, San Andrés, Pichicay.

8 Correa, Díaz, Efraín, Dr., *Reseña Historia de la Dirección Provincial de Salud del Azuay*, Cuenca, 1991.

Con la participación del Instituto de Reforma Agraria y Colonización, muchas de estas propiedades fueron intervenidas y entregadas a guasipungueros. Las no intervenidas fueron lotizadas en una de las administraciones de la Jefatura Provincial de salud y subastadas a los mejores postores. De esta manera se liquidó el patrimonio de la Junta.

Del Hospital San Vicente de Paúl se conoce que nace en 1861 como Hospital en el Ejido, esto sucede en el Gobierno de Gabriel García Moreno, quien ve como una necesidad la organización de un hospital de la caridad para recoger y curar a enfermos pobres de la Provincia del Azuay. Posteriormente en 1868, mediante un contrato con la Municipalidad se inicia la construcción del edificio en donde funcionaría el hospital; se dispone además que sea la Conferencia San Vicente de Paúl, la que se haga cargo de las pertenencias de esta institución y del Lazareto. (9)

Dentro de esta organización, en el año de 1870 se proyecta la venida de las Hermanas de la Caridad, para lo cual se firma en París, el contrato de establecimiento de estas religiosas en el Ecuador; un grupo de ellas regentaría el hospital. Así el 29 de diciembre 1872 se inaugura el nuevo edificio. Para 1875 se daba a conocer el movimiento de enfermos y en 1892 se tenían datos sobre morbilidad registrada en la institución. En este mismo año la Legislatura Ecuatoriana decretaba la asignación económica para el funcionamiento de las instituciones de salud del país.

Entre 1900 y 1945, se registran grandes innovaciones tanto en los conocimientos médicos como en tecnología, además del incremento del personal médico, que para esa época ya disponía de un sueldo digno a su labor. Se crea la Botica Popular de Asistencia Pública y se inaugura el pabellón de la maternidad, nominada Enrique Malo.

En resumen, lo descrito corresponde a la evolución de los servicios de atención médica curativa, que es la que ofrecía la institución inicialmente llamada

9 Idem

Conferencia San Vicente de Paúl, que diera origen a la Junta Nacional de Beneficencia, llamada posteriormente Junta Central de Asistencia Pública, la que al tiempo de su integración a la Jefatura Provincial de salud del Azuay, se denominaba Junta Central de Asistencia Social, dentro de la que se incluían los servicios del Hospital San Vicente de Paúl. La integración de la Junta a la Jefatura, ocurre el 14 de Abril de 1972.

En Abril de 1975, el Hospital San Vicente de Paúl cerró sus puertas, tras 105 años de actividad y sus servicios se trasladaron al nuevo Hospital Vicente Corral Moscoso.

Dentro de los servicios de salud en la Provincia del Azuay, tiene importancia citar algunos datos de SOLCA, entidad que funcionó adscrita al Hospital San Vicente de Paúl, y que continuó prestando sus invaluable servicios en el Hospital Vicente Corral Moscoso y hoy en su moderno edificio, equipado con tecnología de punta.

El Núcleo de SOLCA en Cuenca, se organizó en 1958, tras una larga gestión iniciada en 1953 con motivo del Primer Curso Internacional de Cancerología. Inició sus actividades como una Institución encargada de la ilustración a la población y de la motivación al cuerpo médico hacia el diagnóstico precoz de la enfermedad. Su primer presupuesto fue cubierto por una colecta pública. En la evolución de este servicio se creó el Departamento de Anatomía Patológica y se dictaron varias conferencias sobre la enfermedad del cáncer.

Otra de las instituciones que formaban el grupo de entidades de salud en el Azuay es la Dirección Regional de Salud de la Zona Austral, creada en el año de 1926 en el Gobierno del Dr. Isidro Ayora. Su denominación inicial fue Sanidad Fiscal, que disponía de tres dependencias regionales en las ciudades de Quito, Guayaquil y Cuenca y funcionaban bajo la dependencia de la Dirección General de Sanidad, cuya sede era la ciudad de Guayaquil.

Las tres regiones se identificaban como Zonas Central, Litoral y Austral; de ésta última dependían las Provincias de Azuay, Cañar, Loja, Morona Santiago y Zamora Chinchipe. Sede de esta zona fue la ciudad de Cuenca.

La Sanidad Fiscal incluía el Servicio Sanitario Nacional, que en el año 1945 cambia su denominación a Inspectoría Técnica de Sanidad de la Zona Austral, que subsiste hasta 1963 en que es designada como Dirección Regional de Salud de la Zona Austral, con el que mantiene hasta 1975 en que pasa a ser parte integrante de la Jefatura Provincial de Salud del Azuay. (10)

Las actividades que cumplía esta institución, estaban orientadas al control y prevención de las enfermedades infectocontagiosas, como el tifus exantemático, tifoidea, viruela, peste bubónica, etc.; que eran las que diezaban a la población de la Región Interandina. Dichas actividades en las áreas rurales, se cumplían a través de las llamadas brigadas sanitarias, cuyos responsables eran los profesionales médicos y personal de auxiliares; muchos de ellos murieron a consecuencia de ser contagiados de tifoidea y tifus exantemático.

Paralelamente, a estos servicios, se habla de haberse procedido a la administración de vacunas para prevenir, en los contactos la aparición de nuevos casos, específicamente cuando se trataba de viruela o tifoidea. Además ejercía control de los alimentos en los mercados, abacerías, salones, bares, etc.; se trataba de cuidar la higiene personal realizando visitas a locales escolares.

En el año de 1975, por Decreto del Ministerio de Salud, desaparecen en el país la Direcciones Regionales de Salud, debiendo la administración de la Zona Austral, incorporarse a la Jefatura Provincial del Azuay que es un ente rector hasta la fecha.

10 Idem

5.3. SISTEMAS DE SALUD Y POBLACION :

Las definiciones de sistema de salud, planteadas en el marco conceptual, nos muestran a un sistema de salud ideal, que debería ser la visión del futuro, pues sus características son la universalidad, integralidad, equidad, efectividad, eficiencia, calidad, etc. Pero la vivencia del sector salud en los países de América Latina y específicamente del Ecuador, es de una crisis profunda producto de la creciente insatisfacción de la población por los servicios que reciben, de una realidad aparente de recursos escasos y costos crecientes, además la población está sufriendo una transformación de su perfil demográfico y epidemiológico que genera nuevos desafíos tendientes a conformar un sistema de salud y enfrentar con éxito y a un nivel de eficiencia adecuado, las soluciones a los problemas de salud de la población.

En el Ecuador no existe un Sistema de Salud, pues el sector no responde a las necesidades de la población, si consideramos -según fuentes oficiales- que el 35% de los ecuatorianos son pobres y el 17% está en la línea de vulnerabilidad de la pobreza y según datos del Banco Mundial, el 80% del total de la población es pobre y de ésta el 30% es indigente; ésta situación se debe a que el sector salud en nuestro país está politizado, sin coordinación, es ineficiente, tiene muchos problemas de calidad, está fragmentado, carente de visión a largo plazo, falta de liderazgo; características que han sacudido a los gobernantes y han impulsado a que se empiece a hablar de la necesidad de regularlo.

El primer paso para conformar el sistema de salud en nuestro país, se dio entre 1980 y 1984, cuando el Plan Nacional de Desarrollo destaca la necesidad de la integración del sector salud, lo cual es viabilizado con la creación del Consejo Nacional de Salud (Decreto No. 56 del 3 de enero de 1980), como punto de partida para materializar el concepto de integridad de la función a través de la coordinación de las instituciones del sector salud. Las estrategias empleadas están dirigidas a la creación, organización y puesta en marcha del Sistema Nacional de Salud, del Sistema de Regionalización de Servicios, de la reorganización técnica,

administrativa y financiera del sector salud, que no ha llegado a implementarse en su integridad.

Posteriormente el 17 de Febrero de 1981 se declara la gratuidad de los servicios de salud (Decreto No. 915). Entre las reorganizaciones parciales que sufre el Ministerio de Salud se puede señalar, la creación de la Subsecretaría de Salud en la Región II en la ciudad de Guayaquil, y la derogación de la existencia de la Subsecretaría de Saneamiento Ambiental. (11)

Durante el período de 1979 y 1984 se trataron de desarrollar programas que priorizaron a los grupos poblacionales más vulnerables en términos biosociales y de patologías más frecuentes de la enfermedad y muerte en el país, tales como: el materno infantil, Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), Programa de Asistencia Alimentaria Materno Infantil (PAAMI), control de enfermedades diarreicas, control de la tuberculosis, control de las enfermedades respiratorias agudas, desarrollo comunitario, salud bucal, programas de control de enfermedades transmisibles endémicas o epidémicas, control de las enfermedades crónicas y degenerativas, de las enfermedades zoonóticas, incluyéndose en este grupo por pertenecer a una misma Dirección Nacional el programa de salud mental, programa de administración de servicios de salud, control sanitario y programas de rehabilitación.

En lo internacional tenemos la gran programación de la estrategia de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de "Salud para todos en el año 2000", tendiente a disminuir las diferencias existentes en las regiones y en parte del marco conceptual de la estrategia de Atención Primaria definida por la "Declaración de Alma-Ata", suscrita por casi todos los países del mundo, señala como su primer objetivo la reestructuración y expansión de servicios de salud para mejorar su efectividad, eficacia y eficiencia. A partir de ella, se establecieron las metas mínimas a alcanzar

11 Suárez, José; López, Raúl; Laspina, Iván; Barrionuevo, Carlos; de Jimenez, Marta; Paredes, Luis; Páez, Rubén; Moreta, Enrique; Darquea, Luis; La Situación de la Salud en el Ecuador, Segunda Edición, Quito, 1988.

por los países de la región de las Américas, que entre otras son las siguientes: incrementar la esperanza de vida al nacer a más de 70 años, reducir la mortalidad infantil a menos de 30 por 1.000 nacidos vivos, la mortalidad preescolar a menos de 2,4 por 1.000 niños de 1 a 4 años, incrementar las inmunizaciones al 100% de los niños menores de 1 año contra las principales enfermedades de la infancia, (meta que debió alcanzarse hasta 1990), expandir el acceso a los servicios de abastecimiento de agua potable y evacuación de los desechos al 100% de la población, y el acceso a los servicios de salud al 100% de las población. (12)

En esta línea los países americanos han manifestado la intención de unir esfuerzos, intercambiar experiencias y movilizar la cooperación externa con el propósito de apoyar a los procesos nacionales de reforma del sector salud.

Una de las bases para generar el cambio ha sido el Plan de Acción decidido por los Jefes de Estado y de Gobierno, en la Cumbre de las Américas, celebrada en Miami del 9 al 11 de diciembre de 1994, plan que incluye una resolución sobre acceso equitativo a los servicios básicos de salud.

Para la toma de las resoluciones se analizó los informes presentados por los Gobiernos Miembros, sobre las condiciones de salud y el estado de desarrollo de los procesos nacionales de reforma del sector salud, así como un importante documento preparado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial (BM), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Fondo de Población de la Naciones Unidas, la Organización de los Estados Americanos (OEA) y el Gobierno del Canadá. Las principales resoluciones que se tomaron son las siguientes: (13)

12 Suárez, José, López, Raúl; Laspina, Iván, Barrionuevo, Carlos; de Jiménez, Marta; Paredes, Luis; Páez, Rubén; Moreta, Enrique; Darquea, Luis; La Situación de la Salud en el Ecuador, Segunda Edición, Quito, 1988.

13 OPS/OMS, Hacia una agenda regional para la reforma del Sector Salud, 1995

- Reafirmación del compromiso adquirido en 1990 en la Cumbre Mundial, en favor de la infancia, del Acuerdo de Naríño de 1994 y de la Conferencia de Población y Desarrollo de 1994, de reducir la mortalidad infantil en un tercio y la mortalidad materna a la mitad hasta el año 2000.
- Endoso a un paquete básico de servicios clínicos, preventivos y de salud pública, conforme a las recomendaciones de la OMS, la OPS, el Banco Mundial y la Conferencia sobre Población y Desarrollo, destinado a atender la salud infantil, materna y reproductiva, incluyendo atención prenatal, durante y después del parto, información y servicios de planificación familiar y prevención del HIV/SIDA, las inmunizaciones y el combate a otras causas de mortalidad infantil.
- Mantener el compromiso de desarrollar, de acuerdo a los mecanismos definidos por cada país, reformas destinadas a alcanzar las metas de salud infantil, materna y reproductiva; el acceso universal y no discriminado a los servicios básicos de salud; la atención a los pobres, discapacitados y poblaciones indígenas; una infraestructura de salud pública más sólida; alternativas de financiamiento, administración y prestación de servicios; garantía de calidad y una mayor participación de actores y las Organizaciones No Gubernamentales (ONG).
- Fortalecimiento de la Red Interamericana de Economía y Financiamiento de la Salud, como foro para compartir conocimientos, información y experiencias, fortalecer la capacidad nacional y fomentar la cooperación hemisférica sobre la reforma, incorporando a funcionarios gubernamentales, representantes del sector privado, instituciones y las ONGs, donantes y expertos.
- Establecer el marco de referencia para la reforma, definir el papel de la OPS en el monitoreo regional de los planes y programas nacionales de reforma y planificar el fortalecimiento de la red.

La declaración de Principios de la Cumbre insta a las organizaciones internacionales a apoyar el cumplimiento de los acuerdos del Plan de Acción, que los países se

comprometen a cumplir sin demora. El sector privado y el público, los partidos políticos, las instituciones académicas, las ONGs y demás actores interesados, fueron invitados a cooperar y participar en los esfuerzos nacionales y regionales, fortaleciendo así los vínculos entre los gobiernos y la sociedad y creando un pacto para el desarrollo y la prosperidad en las Américas.

Dentro de este contexto, el Ecuador ha emprendido ya el camino a la reforma del sector salud, sabiendo que es un proceso complejo, cuyo desarrollo involucra no solo componentes técnicos y gerenciales, sino también políticos, económicos, sociales y culturales, y que no se tiene fórmulas únicas para su desarrollo.

El 1 de junio de 1995, se reunió por primera vez el Consejo Nacional de Salud para tratar sobre la reforma del sector. Se analizó que el sistema vigente determina que la mayoría de la población ecuatoriana se encuentra desprotegida y que apenas alrededor del 17% de ecuatorianos recibe una cobertura deficiente, desactualizada tecnológicamente, inequitativa y arbitrariamente fraccionada. Hasta la fecha se ha logrado avanzar en la definición de principios de este proceso, así como en sus mecanismos, formas, instituciones y alternativas.

Se considera al Consejo Nacional de Salud como el organismo más adecuado para liderar este proceso de cambio, en consideración a que está integrado por representantes de todos los sectores que trabajan en el área, tanto públicos como privados. Estos son: Ministerio de Salud Pública, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Junta de Beneficencia de Guayaquil, Sociedad Ecuatoriana de Lucha Contra el Cáncer, Fuerzas Armadas, Policía Nacional, Instituciones Privadas, Organizaciones No Gubernamentales.

Con el concurso del Consejo Nacional de Salud y el Banco Mundial se ha confirmado el diagnóstico del sector salud, su baja cobertura, su ineficiencia y se han trazado las líneas maestras de la estrategia que permitirá realizar una profunda reforma, cuyos principios son los siguientes:

Universalidad, que se refiere al incremento paulatino de la cobertura de la población nacional, hasta llegar a su universo total, lo cual debe ser considerado como un proceso y no como un acto que puede cumplirse en forma inmediata.

Eficiencia, consiste en mejorar la prestación de servicios, mediante una adecuada coordinación de las acciones que desarrollan actualmente los diferentes subsistemas, la actualización tecnológica; el mejoramiento de la educación y la reformulación de los paquetes de atención; la inclusión de una red nacional de emergencias y un programa de farmacias básicas.

Este principio contempla además la definición y creación de un Seguro Universal que cubra a toda la población, estrategia que conlleva una acción sostenida a través del tiempo, pero que constituye la única solución viable para garantizar el derecho a la salud consagrado en la Constitución Política del Estado.

Equidad, significa que a futuro todos los ecuatorianos recibirán una atención de la salud similar, sin importar el estado al que se pertenecen.

Descentralización, Otorga poder efectivo a los organismos provinciales, cantonales y locales para que con autonomía administrativa y financiera puedan resolver los problemas y lograr un desarrollo integral.

El proceso de reforma del sector salud se encuentra, en los actuales momentos, en una fase de definiciones, pues en base al estudio presentado por el grupo de California, contratado con recursos del Banco Mundial, se está elaborando el marco general en el que constarán las diferentes alternativas que encausarán este proceso.

El Dr. Alfredo Palacio G., Ex-Ministro de Salud Pública, se empeñó en dejar iniciado este proceso que es vital para el futuro del Ecuador, para ello facilitó la

realización de diferentes discursos y seminarios en el seno del Consejo Nacional de Salud, en los que participaron alrededor de 1.500 profesionales y trabajadores del sector salud en el país. Así culminó la primera fase crítica del proceso de transformación y se obtuvo un documento que contiene los elementos conceptuales, operativos y las diferentes alternativas que tiene el país para avanzar en el consenso de una propuesta nacional de reforma del sector salud.

En la Provincia del Azuay, también ha surgido un sentimiento de unión y concertación para ampliar los horizontes, desarrollar los esfuerzos institucionales y las voluntades personales para convertirse en acciones que se están consolidando en la denominada "Reforma Provincial de Salud".

La Dirección de Salud del Azuay acogiendo los planteamientos de reforma de salud, hizo suya la necesidad de implementar acciones que permitan abrir los espacios necesarios para producir cambios y transformaciones dejando de ser pasiva para convertirse en protagonista de la reforma.

En este contexto, en enero de 1996, con el apoyo del Ministerio de Salud y del Consejo Nacional de Salud, la Dirección invita a varias instituciones públicas y privadas a participar en el "Taller de coordinación interinstitucional del sector salud de la Provincia del Azuay". En esta reunión se discuten los principales problemas del sector que afectan a la Provincia y que requieren de soluciones interinstitucionales para ejecutarlas en forma coordinada y enmarcadas en las políticas, funciones y acciones de cada una de ellas dentro de los planteamientos de reformas del sector salud. (14)

Los objetivos del taller fueron:

- Discutir los problemas y soluciones en el sector de salud,
- Coordinar acciones interinstitucionales en la Provincia, y
- Conformar un Comité Interinstitucional de Salud.

14 Consejo Provincial de Salud del Azuay, Reforma de Salud en Azuay, Cuenca, 1996

Participaron en el taller las siguientes instituciones: Ministerio de Salud Pública, Consejo Nacional de Salud, Dirección de Salud del Azuay, IESS Región 3, Universidad de Cuenca, Universidad Católica de Cuenca, Municipalidad de Cuenca, Sanidad Militar, Etapa, SOLCA, INH, Arquidiócesis, Defensa Civil, Representante de la clínicas privadas, Colegio de Médicos, de Enfermeras y Odontólogos, Cruz Roja, ONGs.

Se conformaron grupos de trabajo y se discutió sobre diversos temas de importancia como son la atención ambulatoria, la atención hospitalaria y referencia de pacientes, docencia, medio ambiente y salud, capacitación, etc.

Para viabilizar el proceso de trabajo interinstitucional es necesaria una organización que facilite, motive, analice, discuta y tome decisiones que representen actividad operativa en la comunidad azuaya. La organización propuesta y aceptada es: (15)

1. Conformar un Consejo Provincial de Salud con representación de todas las instituciones de salud involucradas y de otros sectores.
2. Conformar un Comité Ejecutivo Interinstitucional de Salud del Azuay como entidad operativa del Consejo Provincial de Salud e integrado por: Dirección Provincial de Salud (Director Provincial), IESS Región 3 (Subdirector médico regional), Universidades (Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca y Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Cuenca), Municipalidad de Cuenca (Director de sanidad municipal), III Zona Militar (Director del Hospital de Teatro), Atención privada (Presidente de la asociación de clínicas privadas), ONGs (presidente de la asociación de organizaciones no gubernamentales), Gremios profesionales (Presidente del Colegio de Médicos) y Secretario general (Persona designada por el Director de Salud).

3. Conformar subcomites operativos para ejecutar acciones coordinadas específicas, propuestas de convenios, proyectos, etc.
4. Ejecutar inmediatamente la coordinación interinstitucional en actividades, programas, proyectos y prioridades que se encuentren en desarrollo, recibiendo la apertura institucional y el apoyo respectivo.
5. Evaluar las actividades de coordinación en la instancia operativa (subcomites), ejecutivo-técnica (Comité Ejecutivo y política (Consejo Provincial de Salud).
6. Realizar talleres para conocer los puntos de vista de los trabajadores y de sectores populares organizados.
7. Implementar acciones para desarrollar el proceso de reforma local.

Con el fin de dar continuidad a las decisiones, es indispensable proponer y desarrollar mecanismos de reforma en el sector salud. Para esto el Comité Ejecutivo reunido en mayo de 1996 y con el apoyo de la OPS/OMS y del CEPAR decidió organizar el Seminario taller "Contenidos y acciones de la reforma del sector salud en la Provincia del Azuay, en el cual se recomendó desarrollar los siguientes aspectos: (16)

- Desarrollar el Proyecto Provincial de Reforma Local, establecer los mecanismos de interrelación con CONASA y los de cooperación técnica y financiera con OPS/OMS, CIAR, CEPAR y otras agencias de apoyo.
- Constituir el Consejo Provincial de Salud y asignarle funciones de acuerdo a un reglamento específico.
- Realizar eventos mensuales bajo la responsabilidad de diferentes instituciones para implementar cambios.

16 Idem

- **Elaborar una propuesta para conformar el Sistema Provincial de Salud y luego organizar su funcionamiento.**
- **Realizar un seminario taller para elaborar la propuesta de desarrollo del Hospital Vicente Corral Moscoso.**
- **Apoyar los Proyectos de Reforma Local, como el de "Salud, Ambiente y Turismo en Gualaceo (SATAGU) u otros integrales de salud.**
- **Difundir la Reforma Local a través de los medios de comunicación.**

El Comité Ejecutivo del Salud del Azuay, considerando la perspectiva del taller, las recomendaciones y preocupaciones, se reúne el 18 de julio de 1996 y toma las siguientes decisiones: (17)

1. **Declarar a la Reforma Provincial como proceso permanente de cambio en el sector salud.**
2. **Elaborar y firmar el acta constitutiva del Consejo Provincial de Salud en el siguiente bimestre de 1996 (agosto-septiembre) con todas las instituciones participantes.**
3. **Elaborar el reglamento de funcionamiento del Consejo Provincial de Salud, considerando las sugerencias del Comité Ejecutivo, el reglamento de CONASA y el criterio de los departamentos jurídicos de las instituciones, para luego ser discutido y aprobado. Esto creará mecanismos de acción interinstitucional.**
4. **Solicitar a las instituciones públicas y privadas en un plazo de 30 días, la documentación técnica de sus servicios de salud, para conformar la base del**

17 Idem

Sistema Provincial de Salud que será **analizado, estructurado y aprobado** en un seminario específico.

5. Realizar una reunión en el Hospital Vicente Corral Moscoso el día 1 de agosto para concretar acciones encaminadas a definir la propuesta de desarrollo del Hospital. Se Aplicará previamente una encuesta de opinión a los usuarios que será considerada en la reunión.
6. Realizar durante los días 7 y 8 de agosto el Seminario Taller: “Desarrollo del Proyecto Salud, Ambiente y Turismo en el Area de Gualaceo (SATAGU) en la perspectiva de la Reforma Local de Salud”, para elaborar subproyectos a los que apoyará el nivel Provincial y gestionará apoyo nacional o internacional de acuerdo al caso.
7. Elaborar un documento que recoja las propuestas y conclusiones del seminario taller, para que convierta en una guía de trabajo de los compromisos adquiridos.

El fortalecimiento del poder en salud desde lo provincial, posibilitaría trascender el estrecho y tradicional ámbito de la salud y la construcción de políticas en este campo con carácter de Estado y no solo de gobierno. Además con un estado democrático y localmente fortalecido, la presencia del mercado se vería modulada y se potencializaría aquellos aspectos que ayuden a mejorar la eficiencia, eficacia, calidad, calidez e impacto de las políticas de salud.

Se espera que todo el esfuerzo realizado hasta el momento, haya caído en terreno fértil y que exista continuidad y empeño del nuevo Ministro de Salud, Dr. Marcelo Cruz, para que amplíe y profundice el debate y propicie los cambios que el sector salud demanda de una manera impostergable.

Para el proceso de reforma del sector salud, es necesario contar con información y datos básicos que permitan un conocimiento aproximado de la realidad de cada provincia y cantón. Desafortunadamente, no toda la información que se dispone es

actualizada y real, pues por un lado existe un importante subregistro general en el país y por otro, no se cuenta con un sistema de información nacional, de ahí que se recurre a aquella información disponible en fuentes oficiales como el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), el Ministerio de Salud Pública y del CEPAR que actualmente presenta información muy certera.

El CEPAR para 1996 calcula que la provincia del Azuay tiene un total de 588.014 habitantes, lo que corresponde al 5% del total nacional (11'968.4496 hab.). Es la quinta provincia más poblada del país. Los puestos anteriores ocupan Guayas, Pichincha, Manabí y Los Ríos. Azuay tiene un superficie de 8.125 Km², lo que da una densidad poblacional de 72 habitantes por Km², es decir, cerca del doble de la densidad nacional (43). Ocupa el sexto lugar entre las provincias más densamente pobladas.

Según las últimas estimaciones y proyecciones, la población de la provincia del Azuay para el año 2000, será de 626.857 habitantes, con una tasa de crecimiento de alrededor del 1,8% anual, determinada principalmente por el crecimiento de las ciudades.

Azuay se divide en 13 cantones que son: Cuenca, Girón, Gualaceo, Nabón, Paute, Pucará, San Fernando, Santa Isabel, Sigsig, Ofiá, Chordeleg, El Pan y Sevilla de Oro.

Cuenca, llamada también Santa Ana de los Cuatro Ríos, es una ciudad tradicionalmente turística y entre los atractivos más sobresalientes destacamos la Catedral de Cuenca, la loma de Turi, las Lagunas del Cajas, el Portete de Tarqui, las riberas de los ríos Tomebamba, Yanuncay, Machángara y Tarqui, el Claustro de las Conceptas, el Museo Remigio Crespo Toral, la Antigua Catedral, etc.

La población de la ciudad de Cuenca es de 388.765 habitantes, con una superficie de 3.129 Km² y una densidad poblacional de 124 habitantes por Km². Según datos del CEPAR, Cuenca alberga al 86% del total de la población urbana de la provincia del

Azuay. La tasa actual de crecimiento es del 2,1%; el índice de masculinidad es de 88 hombres por cada 100 mujeres.

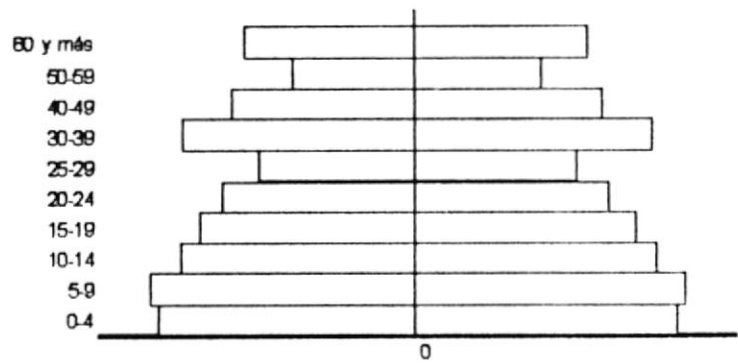
Los gráficos 1 y 2 muestran la pirámide poblacional por grupos etáreos de la provincia del Azuay y de la ciudad de Cuenca:

POBLACION POR GRUPOS DE EDAD AZUAY 1996

G. EDAD	1996
0-4 A	73,959
5-9 A	75,816
10-14 A	68,167
15-19 A	63,820
20-24 A	55,262
25-29 A	45,862
30-39 A	67,434
40-49 A	51,686
50-59 A	35,878
60 y más	50,130
TOTAL	568,014

Fuente : CEPAR 1996

**GRAFICO No. 1
PIRAMIDE POBLACIONAL AZUAY 1996**



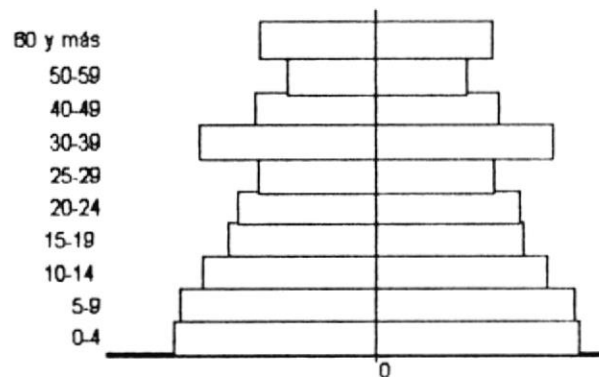
Fuente : CEPAR 1996

POBLACION POR GRUPOS DE EDAD CUENCA 1996

G. EDAD	POBLACION
0 - 4	52,223
5 - 9	51,468
10 - 14	45,790
15 - 19	39,491
20 - 24	37,437
25 - 29	30,964
30 - 39	46,519
40 - 49	31,898
50 - 59	22,705
60 y más	30,274
TOTAL	388,765

Fuente: MSP 1996

**GRAFICO No. 2
PIRAMIDE POBLACIONAL
CUENCA 1996**



Fuente: MSP 1996

5.4. ORGANIZACION DE LA ATENCION MEDICA:

Los servicios de salud, en nuestro país, se clasifican de acuerdo a sus fuentes de financiamiento en públicos, privados y mixtos (9).

Los servicios de salud públicos, enmarcados dentro del sistema nacional de salud del Ecuador, son los que cubren las necesidades de salud de la comunidad y dependen directamente de los fondos fijados en el presupuesto general del Estado.

Los servicios de salud privados, son los que funcionan independientemente de los fondos del Estado, es decir no disponen de financiamiento fiscal.

Los servicios de salud mixtos, cubren las necesidades de salud de la población, con fondos que provienen de dos o más fuentes (pago del usuario, contribuciones voluntarias, donaciones, etc.).

Al frente del sistema de salud público en el Ecuador, se encuentra el MSP, que de acuerdo al ordenamiento estructural, regional y funcional de los servicios de salud, sus unidades se distribuyen en tres niveles: primer nivel que corresponde a las áreas de salud o nivel local; el segundo nivel a las unidades Provinciales y el tercer nivel a las unidades nacionales.

El nivel de área de salud, constituye la unidad funcional del sistema regionalizado de servicios y está integrado por los subcentros de salud urbanos y rurales, los centros de salud y los centros de salud hospital, siendo estos dos últimos las sedes de las respectivas jefaturas del área. Representan en nuestro país, la propuesta de organización e implementación de los SILOS (Sistemas Integrales Locales de Salud).

El nivel Provincial está constituido por la Dirección Provincial de Salud y el Hospital Provincial General, con jurisdicción técnico-administrativa y de referencia, respectivamente sobre las áreas de salud que integran la Provincia.

El nivel nacional está constituido por el nivel central del Ministerio de Salud y los hospitales de referencia nacional (especializados y de especialidades) con jurisdicción técnico administrativa y de referencia respectivamente, sobre las provincias o regiones de salud.

5.4.1. Nivel de Area de Salud :

a) Estructura :

El área de salud está conformado, en las zonas rurales por subcentros de salud rurales y centros de salud o centros de salud hospital; y en las zonas urbanas por subcentros de salud urbanos y centros de salud.

b) Capacidad Resolutiva Técnica :

El área de salud está implementada para resolver problemas de salud más frecuentes y menos complejos.

c) Capacidad de Resolución Administrativa:

Estas unidades poseen una capacidad de administración de su propio ámbito, es decir la programación, organización, supervisión y evaluación de actividades de atención a la salud de su población asignada.

5.4.2. Nivel Provincial :

a) Estructura:

En este nivel se identifica a los hospitales Provinciales generales, y a la Dirección Provincial de Salud.

b) Capacidad Resolutiva Técnica:

Los hospitales Provinciales generales están implementados para resolver problemas de salud referidos de las áreas porque requieren de tecnología de mediana complejidad. Su ámbito de acción está sobre todas las áreas de salud de la Provincia.

c) Capacidad de Resolución Administrativa:

La Dirección Provincial de Salud apoya, supervisa y evalúa a los establecimientos hospitalarios Provinciales y a las áreas de salud de su jurisdicción. En caso de existir hospitales nacionales en su ámbito geográfico la jurisdicción administrativa se extenderá a ellos.

5.4.3. Nivel Nacional :

a) Estructura:

En este nivel se identifican unidades hospitalaria de referencia nacional.

b) Capacidad Resolutiva Técnica:

Los hospitales de referencia nacional están capacitados para curar, recuperar y rehabilitar al enfermo, están dotados de una capacidad tecnológica de alto nivel.

c) Capacidad de Resolución Administrativa:

El Ministerio de Salud y/o Dirección Nacional de Salud es la unidad técnico normativa, cuyo ámbito es a nivel nacional.

5.5. AREAS DE SALUD DEL MSP EN LA PROVINCIA DEL AZUAY :

El Ministerio de Salud Pública, en la Provincia del Azuay, según el Manual de Organización de las Areas de Salud, está estructurado de la siguiente manera:

A NIVEL PROVINCIAL:

- a) La unidad administrativa es la Dirección Provincial de Salud del Azuay.
- b) Existen dos unidades hospitalarias de Referencia Provincial:

TIPO DE UNIDAD JURISDICCION	NOMBRE	AREAS	DE
Hospital Provincial General	Docente Vicente Corral M.		Todas
Hospital Dermatológico	Leprocomio Mariano Estrella		Todas

A NIVEL DE AREA DE SALUD:**UNIDADES OPERATIVAS POR AREAS DE SALUD**

No.	AREA DE SALUD	UNIDADES OPERATIVAS	TIPO
001-1	AREA No. 1 JEFATURA Cuenca-Pumapungo	CENTRO SALUD No. 1	CSU
		Barrial Blanco	SCU
		Patamarca-Uncovía	SCU
		Checa	SCR
		Chiquintad	SCR
		Sinincay	SCR

001-2	AREA No. 2 JEFATURA Cuenca-Miraflores	CENTRO SALUD No. 2	CSU
		Cebollar	SCU
		San Pedro del Cebollar	SCU
		Virgen del Milagro	SCU
		Jesús del Gran Poder	SCR
		Manta Real	SCR
		Molleturo	SCR
		San Antonio de Chaucha	SCR
		San Gabriel de Chaucha	SCR
		Sayausí	SCR
		Miguir	SCR

001-3	AREA No. 3 JEFATURA Cuenca-Tomebamba	CENTRO SALUD No. 3	CSU
		Turi	SCU
		San Joaquín	SCU
001-4	AREA No. 4 JEFATURA Cuenca-Paraiso	CENTRO SALUD No. 4	CSU
		Tomebamba	SCU
		Totoracocha	SCU
		El Valle	SCR
		Quingeo	SCR
		Santa Ana	SCR
001-5	AREA No. 5 JEFATURA Cuenca-Machángara	CENTRO SALUD No. 5	CSU
		Jadán	SCR
		Nulty	SCR
		Octavio Cordero Palacios	SCR
		Paccha	SCR
		Ricaurte	SCR
		San Cristóbal	SCR
Sidcay	SCR		
001-6	AREA No. 6 JEFATURA Cuenca-Yanuncay	CENTRO SALUD No. 6	CSU
		Cunbe	SCR
		Gima	SCR
		Tarqui	SCR
		Victoria Portete	SCR
001-7	GUALACEO JEFATURA	MORENO VASQUEZ, GUALACEO	CSH
		Chordeleg	SCR
		Mariano Moreno	SCR
		Remigio Crespo	SCR
		Principal	SCR
		San Joaquín	SCR
001-8	PAUTE JEFATURA	PAUTE	CSH
		Amaluza	SCR
		El Pan	SCR
		Guachapala	SCR
		Guarainac	SCR
		Lazul	SCR
		Palmas	SCR
		San Vicente	SCR
Sevilla de Oro	SCR		

001-9	SANTA ISABEL	J.F. VALDIVIEZO, STA. ISABEL	CSH	JEFATURA
				CS
				SCR
				SCR
				SCR
				SCR

001-10	SIGSIG JEFATURA	SAN SEBASTIAN, SIGSIG		CSH
				SCR
				SCR
				SCR
				SCR
				SCR
				SCR

001-11	GIRON JEFATURA	AIDA LEON, GIRON		CSH
				SCR
				SCR
				SCR

001-12	OÑA JEFATURA	OÑA		CS
				SCR
				SCR
				SCR

001-12,1	SUBAREA NABON	NABON		SCR
				SCR
				SCR
				SCR

001-13	PONCE ENRIQUEZ JEFATURA	PONCE ENRIQUEZ		CS
				SCR

Es importante indicar que las seis primeras áreas corresponden a la ciudad de Cuenca por lo que a continuación detallamos sus límites:

AREA No. 1

NORTE

Límite Norte de la Provincia

OESTE	Benigno Malo Vega Muñoz Mariano Cueva Camino a Miraflores Límite Parroquial Oeste de Sinincay Cordillera Piricajas
SUR	Juan Jaramillo Hermano Miguel Río Tomebamba hasta el Vergel
ESTE	Av. Huaynacápac Av. Guapondélig Núñez de Bonilla Sebastián de Benalcázar Av. España Panamericana Norte (Puente de Machángara) Río Machángara Límite Parroquial Este de Checa
AREA No. 2	
NORTE	Límite Norte de la Provincia
OESTE	Límite Parroquial Oeste de Molleturo Límite Parroquial Oeste de Chaucha
ESTE	Benigno Malo Vega Muñoz Mariano Cueva Camino a Miraflores Límite Parroquial Este de Sayausí Cordillera de Piricajas

SUR

Juan Jaramillo
Calle Larga
La Condamine
Río Tomebamba
Límite Parroquial de Sayausí
Límite Sur del Cantón Cuenca

AREA No. 3

NORTE

Río Tomebamba
La Condamine
Calle Larga
Juan Jaramillo
Hermano Miguel
Río Tomebamba hasta el Vergel

OESTE

Límite Parroquial Oeste de San Joaquín

SUR

Río Yanuncay
Límite Sur de Gullamzhapa

ESTE

Límite Este de Gullamzhapa
Límite Parroquial Este de Turi
Camino a El Valla
Av. 24 de Mayo
Las Herrerías

AREA No. 4

NORTE

Av. España
Panamericana Norte
Río Machángara

OESTE

Sebastián de Benalcázar

	Núñez de Bonilla
	Guapondélig
	Las Herrerías
	Av. 24 de Mayo
	Camino a El Valle
	Límite Parroquial Oeste de El Valle
	Límite Parroquial Oeste de Quingeo
SUR	Límite Parroquial Sur de Quingeo
ESTE	Límite Parroquial Este Quingeo
	Límite Parroquial Santa Ana
AREA No. 5	
NORTE	Límite Provincial
OESTE	Río Machángara
	Límites Parroquia Oeste de Sidcay
SUR	Río Milchichig
	Río Tomebamba
	Límite Parroquia Sur de Paccha
	Límite Parroquia Sur de Jadán
ESTE	Límite Parroquia Este de San Cristóbal
AREA No. 6	
NORTE	Límite Parroquial Sur San Joaquín
	Río Yanuncay hasta camino a Turi
OESTE	Río Yanuncay
	Cordillera Occidental

SUR

Límite Sur del Cantón Cuenca

ESTE

Límite Oeste de Ludo

5.6 OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD :

Los cambios que se van dando en el sector salud, se deben en gran parte a los cambios del sistema económico, pues se pretende pasar de una economía centralizada a modelos descentralizados que tienen como base el mercado, el mismo que busca mediante la relación de la oferta y la demanda lograr la mejor asignación de los recursos para la sociedad.

Dentro de los planteamientos de cambio del sistema de salud vigente, el Estado asume un rol regulador que asegura el acceso equitativo de toda la población a un nivel básico de satisfacción de las necesidades de salud. Para cumplir con esta finalidad, en la oferta, por lo menos se identifican tres componentes fundamentales; un nivel de organización que promueve los servicios de salud (macrosistema), un nivel técnico administrativo de producción de servicios (microsistema) y el suministro de los servicios propiamente dichos, que es el nivel de interacción oferta demanda (cobertura).

Para Barnard (18), la organización es un sistema de actividades conscientemente coordinadas de dos o más personas. La cooperación, comunicación y contribución de acciones, con miras a cumplir un propósito común, es esencial para la existencia de la organización.

Las organizaciones permiten satisfacer diferentes tipos de necesidades de los individuos: emocionales, espirituales, intelectuales, económicas, etc. En el fondo

18 Chester Y. Barnard, As Funcoes do Executivo, S. Paulo, Atlas, 1971.

las organizaciones existen para cumplir objetivos que los individuos aisladamente no pueden alcanzar (19).

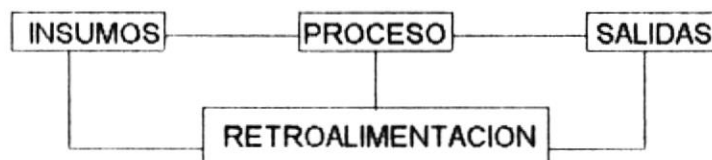
Las organizaciones pueden ser de diversos tipos: industriales; comerciales; de servicios como bancos, hospitales, educacionales, tránsito, hoteles, etc.; militares; religiosas; sociales; políticas; etc. Todas ellas ejercen un impacto sobre la vida de los individuos.

Mirando a la organización con un enfoque sistemático, la consideramos como un sistema abierto, en el que entran varios tipos de recursos (materiales, financieros, humanos) y del que salen productos o servicios. Este sistema abierto mantiene una continua y constante interacción con el ambiente externo.

Sobre esta base, la estructura organizacional parte de cuatro componentes que son insumos, proceso, salidas y retroalimentación; tal como muestra el Gráfico No. 3

GRAFICO No. 3

LAS ORGANIZACIONES COMO SISTEMA



La dirección de la flecha indica la interacción de los insumos en el área del proceso y la producción de salidas como resultado de éste, Las características de dichas salidas retroalimentan lo sucedido en las áreas de insumos y proceso.

Los insumos se componen de dos áreas de gestión que son la demanda y la oferta; el proceso en si mismo se comporta como una área y las salidas están formadas por otras dos áreas que son resultados e impacto. Lo dicho se explica en el Gráfico No.4

19 Chiavenato Idalberto, Administración de Recursos Humanos, Editorial Calypso S. A., México, D.F., 1988

GRAFICO No. 4
AREAS DE GESTION ORGANIZACIONAL



En gerencia de servicios de salud las áreas esenciales de la gestión organizacional son la demanda, oferta, proceso, resultados e impacto. La demanda permite el control del entorno organizacional identificando las variaciones que se producen en términos de necesidades de salud de la población y las variables ambientales que las condicionan.

La oferta controla la cantidad y calidad de los recursos institucionales, su organización y el ambiente laboral; todo en relación a la demanda.

El área de proceso hace relación a la interacción de la demanda y la oferta, que en el caso de las organizaciones de salud se la llama proceso de atención.

Los resultados se refieren a la cantidad de productos o servicios alcanzados, analizando las desviaciones que pudieron sufrir los objetivos de producción planificados.

El impacto analiza la efectividad de los productos o servicios alcanzados en términos de mejoramiento o deterioro de la situación de la salud de la población.

La oferta del MSP ha ido aumentando considerablemente en cuanto a su estructura física y a los recursos humanos; se conoce por estudios realizados por la Fundación Eugenio Espejo, que este Ministerio es una de las instituciones que cuenta con el

mayor número de recursos humanos, pero se indica además que este crecimiento es en mayor medida de otro tipo de personal, ya que en 1988 de los 25.476 empleados, solo 11976 correspondían a médicos, enfermeras, odontólogos y auxiliares de enfermería.

Dentro de los nuevos modelos que desarrolla el MSP, existe una orientación a fortalecer el nivel de atención primaria y especialmente de los servicios ambulatorios, es por esta razón que en el período 1987-1991, los centros y subcentros de salud aumentaron en un 128 y 46 por ciento, respectivamente.

En el análisis de oferta de los servicios de atención médica, es necesario tomar en cuenta un aspecto muy importante como es la demanda, la misma que esta ligada directamente con el crecimiento poblacional, que en los actuales momentos es más alto en el área urbana; esto influencia directamente en la oferta de los recursos humanos, que se concentran en un 90% en la ciudades, a pesar de que el 46% de la población vive en las zonas rurales.

Otro de los aspectos que influyen la oferta en estudio, es el mercado laboral, pues se observa una excesiva producción de personal de salud, que ha originado el desempleo o la subutilización del recurso. Esto se une a la falta de una política coordinada entre la producción de profesionales de la salud y su utilización por parte de instituciones prestadoras de servicios de salud.

El desarrollo de los recursos humanos es el motor de la dinámica de toda organización para el cumplimiento de sus objetivos, sin embargo en las instituciones públicas y en forma específica en el MSP, este aspecto no ha sido debidamente considerado, lo que ha repercutido desfavorablemente en el servicio a la población.

El recurso humano es el elemento central para mejorar los servicios de salud, sin él es imposible planear, organizar, hacer funcionar y administrar el resto de la estructura. Para ello se necesita personal de salud motivado, comprometido con la

institución y que trabaje en un ambiente organizacional que garantice su promoción y estabilidad y le permita desempeñarse productivamente.

Según el Dr. Fernando Sacoto en su libro *La Atención de la Salud en el Ecuador*, en los momentos actuales los procedimientos relacionados con los recursos humanos han sido concebidos y llevados a la práctica desde una visión tecnocrática. No se ha tomado en cuenta la experiencia y los intereses de los individuos, la organización y las comunidades a las cuales deben servir.

Indica que se concibe a los miembros de la institución como elementos pasivos antes que como protagonistas de las acciones. Así, el potencial de recursos humanos del MSP -en el marco de sus reducidos niveles remunerativos- no ha sido suficientemente valorado y en consecuencia, sus niveles motivacionales son bajos.

La formación de médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, se realiza en forma clásica es decir teórica más que práctica con poca integración docente asistencial.

La formación anual de médicos y enfermeras muestra tendencias decrecientes con altas tasas de deserción, especialmente de primero a segundo año, y bajas tasas de graduación. La limitación de recursos presupuestarios, incide en la calidad del proceso educativo, y conduce a la formación de un recurso humano poco creativo con un enfoque predominantemente biológico, individual y competitivo, cuya práctica es asistencial hospitalaria, ofertando finalmente al mercado de trabajo profesionales aptos para la práctica liberal, y curativa, elemento clave de la reproducción del modelo de atención vigente, que choca con los requerimientos de una atención de enfoque comunitario y participativo.

Otra importante reflexión que hace el Dr. Fernando Sacoto, tiene relación con la utilización de los recursos humanos en salud, la misma que tiene lugar en las instituciones prestadoras de servicios, que tienen diferente cultura organizacional (grado de desarrollo, orientación, objetivos, etc) y se organizan también bajo leyes y reglamentos propios que condicionan el trabajo de los recursos humanos en salud.

Uno de los elementos de esta problemática constituye el desfase entre la oferta y la demanda de los recursos humanos en salud: en la década de los 80, de cada 1000 aspirantes a médicos matriculados en primer año, 245 egresarían titulados, 122 podrán acceder a una residencia en cualquier institución de salud y únicamente 75 adquirirán un cargo definitivo o de planta. En lo referente a enfermería, de 1000 matriculados en primer año, 150 se graduarán y 141 accederán a un cargo definitivo.

Para el análisis del presente estudio es vital presentar las estadísticas oficiales que tienen que ver con la oferta de atención médica; según datos del CEPAR, en su Informe de la Provincia del Azuay, para 1994 son las siguientes:

• Establecimientos de salud	261
• Tasa de médicos (por 10.000 habitantes)	18.7
• Tasa de enfermeras (por 10.000 habitantes)	4.4
• Tasa de auxiliares (por 10.000 habitantes)	12.4
• Tasa bruta de natalidad (por 1.000 habitantes)	8.6
• Tasa bruta de mortalidad (por 1.000 habitantes)	5.4
• Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 niños nacidos vivos)	42
• Porcentaje de madres con asistencia profesional en el parto	51.3%

Otros recursos humanos en salud, son el personal administrativo, que sirve de apoyo a todas las acciones netamente médicas y que dentro del MSP representan, como ya dijimos anteriormente, un alto porcentaje del presupuesto de este Ministerio. En este trabajo se intenta analizar su pertinencia en sus funciones, por lo que se seleccionó

al personal administrativo con poder de decisión, contando entre ellos al administrador hospitalario, al analista de recursos humanos, al proveedor jefe; en cuanto al director de hospital y al director del centro de salud, por ser médicos se les contará entre la clase médica.

En este punto se consideró oportuno presentar los perfiles ocupacionales emitidos por SENDA, del recurso humano cuantificado; porque de esta manera se permitirá al lector ubicarse en las funciones de este personal. (Ver anexos del 1 al 9).

6. DISEÑO METODOLÓGICO :

6.1. TIPO DE ESTUDIO:

El presente trabajo es un análisis transversal porque estudia a las variables simultáneamente sin que el tiempo sea factor determinante. Es además descriptivo, porque pretende conocer :

- El número de unidades operativas y su ubicación.
- El número de médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y personal administrativo adscrito a la atención de salud y su distribución en las áreas.
- La oferta de especialidades médicas en relación a la estructura poblacional.
- Cuál es la real oferta ambulatoria que brinda el MSP en la ciudad de Cuenca.

6.2. UNIVERSO :

El universo de este estudio, está conformado por todas las unidades operativas que brindan atención de consulta externa, así como del total de médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y personal administrativo con poder de decisión que laboran en estas unidades.

6.3. UNIDAD DE ANALISIS Y OBSERVACION :

Serán cada una de las unidades operativas como hospitales, centros y subcentros de salud del MSP, que se encuentran funcionando en las seis áreas de salud, que corresponden al perímetro urbano y urbano marginal de la ciudad de Cuenca.

6.4. UBICACION DEL UNIVERSO :

Se refiere a las seis áreas, que de acuerdo al Manual de Organización de las Areas de Salud del MSP, se encuentran, estratégicamente distribuidos en la ciudad de Cuenca, desde el 4 de Junio de 1992, por Acuerdo Ministerial No. 14122 del 20 de Mayo del mismo año.

6.4. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES :**UNIDADES DE SALUD**

Variables	Definición Conceptual	Indicadores Definición Operacional	Dimensiones (Variables contenidas en la definición conceptual)
Unidad de Salud	Es aquella entidad u organismo social encargado de la producción y dar atención directa de salud a la población.	Hospital Area	Tipo de Unidad Tipo de Atención Tipo de Unidad

HOSPITAL

Variables	Definición Conceptual	Indicadores Definición Operacional	Dimensiones (Variables contenidas en la definición conceptual)
Hospital	Es una organización cuya misión es la de brindar atención médica integral a las personas mediante los servicios médicos que lo componen.	Hospital Cantonal Centro de Salud Hospital Provincial Hospital de Referencia Nacional	Hospitales Agudos Hospitales Crónicos Hospitales Especializados Hospitales Especialidades Hospital General Hospitales Agudos Hospitales Crónicos Hospitales Especializados Hospitales Especialidades Hospital General Hospitales Agudos Hospitales Crónicos Hospitales Especializados Hospitales Especialidades Hospital General

MEDICO

Variables	Definición Conceptual	Indicadores Definición Operacional	Dimensiones (Variables contenidas en la definición conceptual)
Médico	Es un profesional capacitado en las ciencias médicas que cumple con mantener la salud de las personas	Edad Funciones Título Sexo Años de Servicio Estabilidad Tipo de Especialidad Horas contratadas	20-30 Años 30-40 Años 50-60 Años 60 y más Operativo Administrativo y más General Especializados Msculino Femenino 0-5 años 5-10 años 10-20 años 20-30 años Planta Contratado Voluntario Medicina Interna Pediatría Gineco-obstetricia Cirugía Siquiatra 4 horas 6 horas

ENFERMERA

Variables	Definición Conceptual	Indicadores Definición Operacional	Dimensiones (Variables contenidas en la definición conceptual)
Enfermera	Es una profesional con conocimiento sobre habilidades y destrezas médicas y sirve de apoyo a las actividades de curación, promoción y prevención de salud.	Edad Título Especialidad Funciones Estabilidad Años de Servicio Sexo	20-30 años 30-40 años 40-50 años 50-60 años 60 y más Enfermera Lcda. en Enfermería Médico Interno Pediatra Gineco-obstetra Operativa Administrativa Planta Contratada Voluntaria 0-05 años 5-10 años 10-20 años 20 y años Masculino

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Variables	Definición Conceptual	Indicadores Definición Operacional	Dimensiones (Variables contenidas en la definición conceptual)
Auxiliar de Enfermería	Es un recurso humano con conocimientos técnicos, y cuyas obligaciones son las de colaborar y ejecutar funciones variadas relacionadas con la función del paciente	Edad Título Instrucción Estabilidad Años de Servicio Sexo	20-30 años 30-40 años 40-50 años 50-60 años 60 y más Escuela de Enfermería Otras Instituciones Sin Título Primaria Ciclo Básico Bachiller Planta Contratada Voluntaria 0-05 años 5-10 años 10-20 años 20 y años Masculino Femenino

PERSONAL ADMINISTRATIVO

Variables	Definición Conceptual	Indicadores Definición Operacional	Dimensiones (Variables contenidas en la definición conceptual)
Personal Administrativo	Son las personas contratadas por una institución de salud para el desempeño de las funciones de dirección por lo tanto toman decisiones	Edad Funciones Instrucción Estabilidad Años de Servicio Sexo	20-30 años 30-40 años 40-50 años 50-60 años 60 y más Administrador Recursos Humanos Proveedor Servicios Generales Bachiller Superior Egresado Especialidad Nombramiento Contratada 0-05 años 5-10 años 10-20 años 20 y años Masculino Femenino

6.6. TECNICAS E INSTRUMENTOS

Se diseñó siete instrumentos, en base a la información que se pretendía obtener:

- El instrumento uno está orientado a recoger la información de las unidades de salud, su ubicación geográfica, el tipo de unidad, número de personal (médico, enfermera, auxiliar de enfermería y personal administrativo) que labora en estas unidades. (Anexo10)
- El instrumento dos recoge la información del personal médico que labora en la consulta externa de las unidades operativas en cuanto a número, edad, sexo, título, especialidad, años de servicio, función, estabilidad y horas contratadas. (Anexo 11)
- El instrumento tres recolecta la información del personal de enfermeras que labora en la consulta externa de las unidades operativas en cuanto a número, edad, formación básica, título, especialidad, años de servicio, función y estabilidad. (Anexo 12)
- El instrumento cuatro recepta la información del personal de auxiliares de enfermería que labora en la consulta externa de las unidades operativas en cuanto a número, edad, sexo, instrucción, diploma, años de servicio y estabilidad. (Anexo 13).
- Los instrumentos cinco y siete están dirigidos al personal administrativo que labora en las áreas de salud; la información que recoge datos sobre edad, sexo, título, profesión, cargo, años de servicio, cursos de capacitación y estabilidad. (Anexos 14 y 16)

- El instrumento seis recoge la información sobre la población de influencia de las áreas de salud urbano y urbano marginal y su clasificación por grupos de edad. (Anexo 15)

6.7. PRUEBA DE INSTRUMENTOS:

Los siete instrumentos fueron sometidos a una prueba mediante una aplicación en el área 4 de El Paraíso. Posteriormente se realizaron las correcciones necesarias y se procedió a imprimir para aplicar en el estudio.

7. ANALISIS Y TABULACION DE LA INFORMACION :

Para el análisis de los datos se utilizó los programas Epi-Info y Excel, cuadros de salida, herramientas y conceptos clásicos de la estadística descriptiva como: tasas y porcentajes; los mismos que se presenta a continuación:

7.1. UNIDADES OPERATIVAS :

El cuadro No. 1 muestra claramente que el MSP, en la ciudad de Cuenca, dispone de dos hospitales de referencia provincial, el Hospital Vicente Corral Moscoso y el Hospital Leprocomio Mariano Estrella, y seis áreas de salud ubicadas en las zonas urbana y urbano marginal de la ciudad.

El Hospital Vicente Corral Moscoso es una unidad operativa ubicada en el barrio de el Paraíso, una zona urbana de fácil accesibilidad de la ciudad de Cuenca; en cuya consulta externa se brinda atención médica en las cuatro especialidades básicas y en otras subespecialidades.

El Hospital Leprocomio Mariano Estrella ubicado en una zona urbano marginal de la ciudad brinda atención especializada a pacientes crónicos (enfermos de Hammsen).

El Area de Salud No. 1, ubicada en Pumapungo, barrio urbano de la ciudad, está constituido por el Centro de Salud No. 1, que desempeña las funciones de jefatura de área con poder de decisión técnico, administrativo y financiero, y de dos subcentros de salud urbanos cuya función es exclusivamente asistencial.

El Area de Salud No. 2, ubicado en Miraflores, zona urbana, está conformado por el Centro de Salud No. 2 que tiene poder de decisión técnico, administrativo y financiero y de tres subcentros de salud urbano marginales que brindan atención de consulta externa y actividades de fomento y protección.

El Area de Salud No. 3, ubicado en la Av. 12 de Abril, zona urbana, está constituida por el Centro de Salud No. 3 que al igual que las anteriores ejerce funciones de jefatura de área con poder de decisión técnico, administrativo y financiero; y tres subcentros de salud urbanos con actividades de atención ambulatoria.

El Area de Salud No. 4, está constituido por el Centro de Salud del Paraíso, como jefatura de área con poder de decisión técnico, administrativo y financiero y dos subcentros de salud urbanos, siendo uno de ellos el subcentro de salud Totoracocha, una unidad de salud mental para pacientes psiquiátricos ambulatorios.

El Area de Salud No. 5, está constituido por el Centro de Salud Machángara ubicado en una zona urbano marginal, con funciones de jefatura de área con poder de decisión técnico, administrativo y financiero.

El Area de Salud No. 6, está constituido por el Centro de Salud Yanuncay, ubicado en una zona urbano marginal y ejerce funciones de jefatura de área con poder de decisión técnico, administrativo y financiero.

Los recursos humanos de las unidades operativas se cuantifican también en el Cuadro No. 1, así vemos que son: 74 médicos, 14 enfermeras, 51 auxiliares de enfermería y 11 administrativos.

CUADRO No. 1
CLASIFICACION DE LAS UNIDADES OPERATIVAS
UBICACION GEOGRAFICA Y RECURSOS HUMANOS
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA-CUENCA
OCTUBRE DE 1996

UNIDADES OPERATIVAS	UBICACION	TIPO DE HOSPITAL	TIPO DE ATENCION	UNIDAD. OPER.	TIPO UNIDAD		PERSONAL			
					CS	SCS	Médico	Enferm.	Aux.Enf.	Adm.
Hospital Vicente Corral Moscoso	Urbana	General	Agudo	1			35	1	19	5
Hospital Mariano Estrella	Urb-Marg	Especialista	Crónico	1			1	0	4	1
Area 1	Urbana			3	1	2	6	3	12	1
Area 2	Urbana			4	1	3	7	4	5	0
Area 3	Urbana			4	1	3	4	1	7	1
Area 4	Urbana			3	1	2	11	2	2	1
Area 5	Urb-Marg			1	1		5	1	1	1
Area 6	Urb-Marg			1	1		5	2	1	1
TOTAL				18	6	10	74	14	51	11

Fuente: Investigación Oferta Servicios Atención Médica

Elaborado: Mariana Brito S-Miguel Peñafiel O/ESPAE-ESPOL

7.2. MEDICOS:

El cuadro No. 2 indica la distribución de los 74 médicos en las diferentes unidades operativas, así vemos que en el Hospital Vicente Corral Moscoso laboran 35 médicos que corresponde al 47% del total, este porcentaje mayor se explica por ser un hospital de referencia provincial.

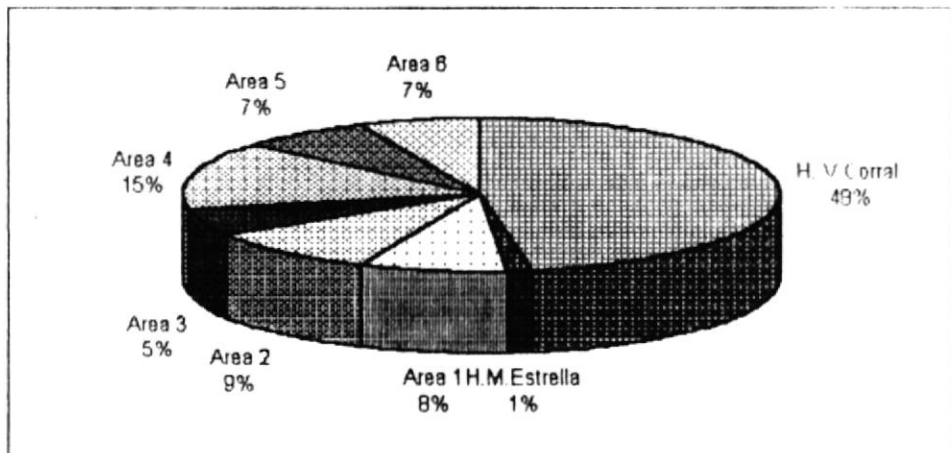
CUADRO N° 2
PERSONAL MEDICO ASIGNADO A CONSULTA EXTERNA
MINISTERIO SALUD PUBLICA - CUENCA
OCTUBRE DE 1996

AREAS DE SALUD	Número	%
H.V.Corral.	35	47%
H.M.Estrella	1	1%
Area 1	6	8%
Area 2	7	9%
Area 3	4	5%
Area 4	11	15%
Area 5	5	7%
Area 6	5	7%
TOTAL	74	100%

Fuente: Investigación Oferta Servicios Atención Médica

Elaboración: Mariana Brito S-Miguel Peñafiel O/ ESPAE-ESPOL

GRAFICO N° 5



Fuente: Cuadro N° 2

Elaboración: Mariana Brito S-Miguel Peñafiel O/ ESPAE-ESPOL

Los Cuadros 3 y 4 muestran que de los 74 médicos, 28 son médicos generales y 46 son especialistas. De los 46 especialistas el 46% corresponde a las especialidades de cirugía, medicina interna, gineco-obstetricia y pediatría y el 54% corresponde a otras especialidades; es decir existen 7 cirujanos, 5 gineco-obstetras, 4 especialistas en medicina interna, 5 pediatras y 25 con otras especialidades.

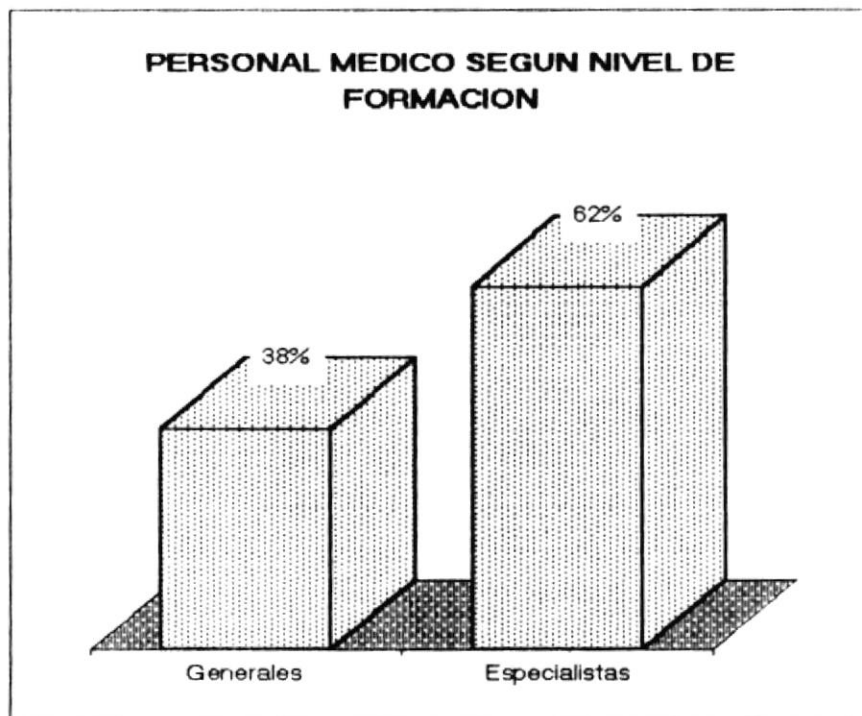
CUADRO N° 3
PERSONAL MEDICO SEGUN NIVEL DE FORMACION
MINISTERIO SALUD PUBLICA - CUENCA
OCTUBRE DE 1996

MEDICOS	Número	%
Generales	28	38%
Especialistas	46	62%
TOTAL	74	100%

Fuente: Investigación Oferta Servicios Atención Médica

Elaboración: Mariana Brito S-Miguel Peñafiel O/ ESPAE-ESPOL

GRAFICO N° 6



Fuente: Cuadro N° 3

Elaboración: Mariana Brito S-Miguel Peñafiel O/ ESPAE-ESPOL

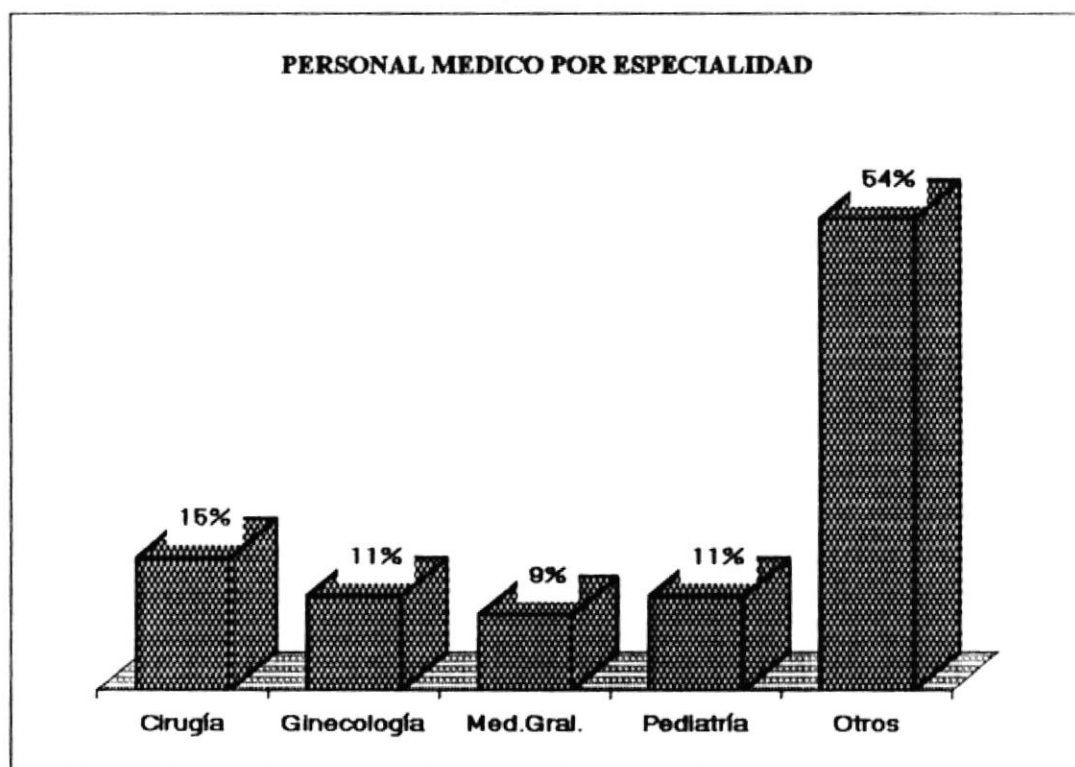
CUADRO N° 4
PERSONAL MEDICO POR ESPECIALIDAD
MINISTERIO SALUD PUBLICA - CUENCA
OCTUBRE DE 1996

ESPECIALIDAD	Número	%
Cirugía	7	15%
Ginecología	5	11%
Med.Gral.	4	9%
Pediatría	5	11%
Otros	25	54%
TOTAL	46	100%

Fuente: Investigación Oferta Servicios Atención Médica

Elaboración: Mariana Brito S-Miguel Pañafiel O/ ESPAE-ESPOL

GRAFICO N° 7



Fuente :Cuadro N° 4

Elaboración: Mariana Brito S-Miguel Pañafiel O/ ESPAE-ESPOL

Otro aspecto importante muestran los cuadros No. 5 y 6 , que indican que de los 74 médicos que laboran en la consulta externa de las unidades operativas del MSP, el 86% de ellos tienen relación laboral en base a un nombramiento y el 14% en base a un contrato. Así mismo el 55% de ellos laboran 4 horas diarias y el 45%, 8 horas diarias.

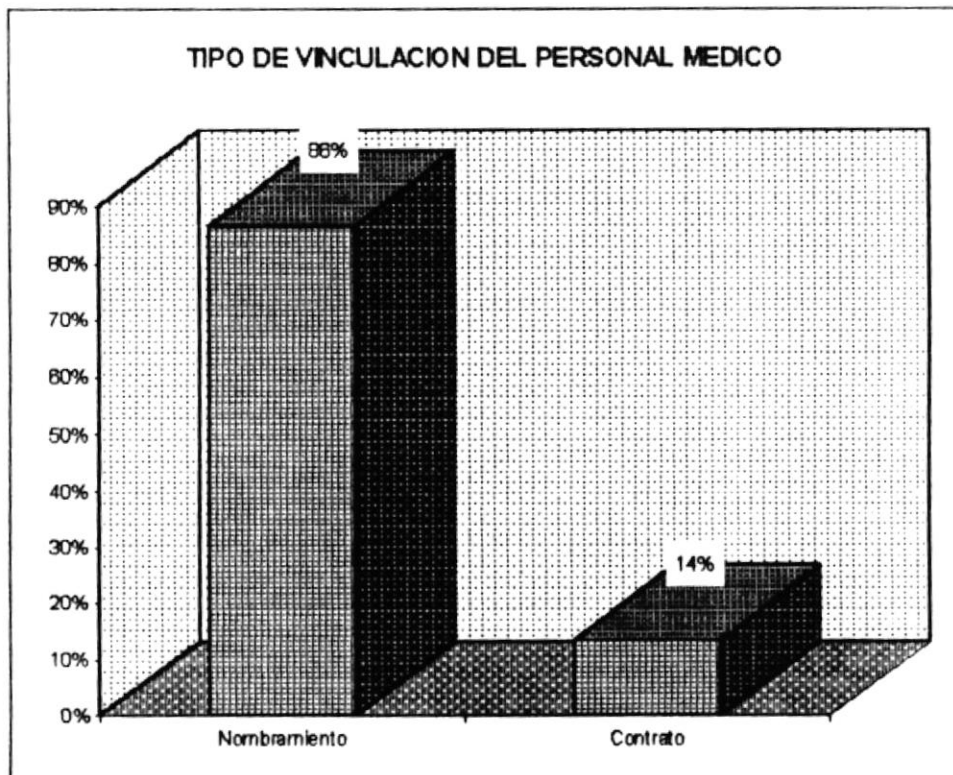
CUADRO N° 5
TIPO DE VINCULACION DEL PERSONAL MEDICO
MINISTERIO SALUD PUBLICA - CUENCA
OCTUBRE DE 1996

VINCULACION	Número	%
Nombramiento	64	86%
Contrato	10	14%
TOTAL	74	100%

Fuente: Investigación Oferta Servicios Atención Médica

Elaboración: Mariana Brito S-Miguel Peñafiel O/ ESPAE-ESPOL

GRAFICO N° 8



Fuente: Cuadro No. 5

Elaboración: Mariana Brito S-Miguel Peñafiel O/ ESPOL-ESPAE

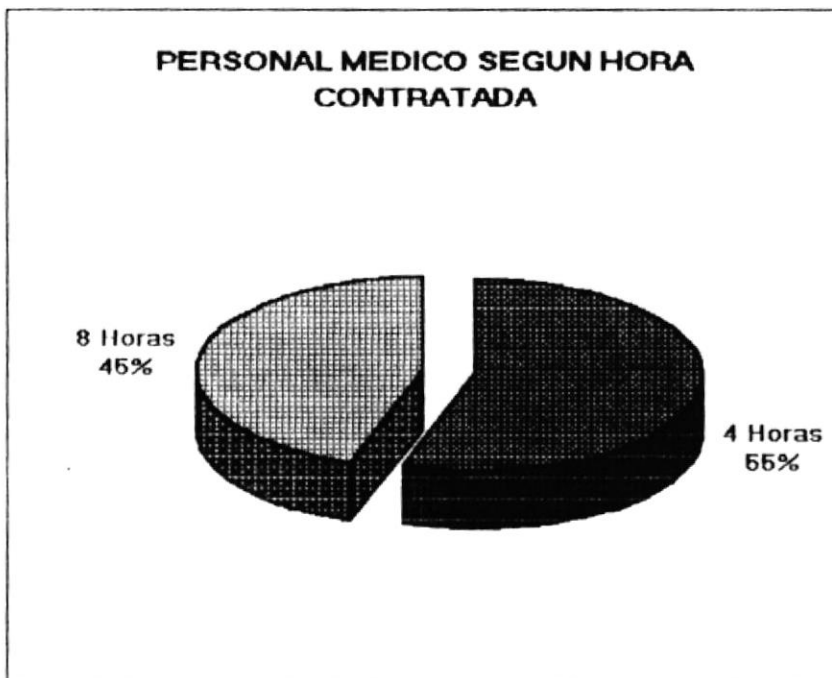
CUADRO N° 6
PERSONAL MEDICO SEGUN HORA CONTRATADA
MINISTERIO SALUD PUBLICA - CUENCA
OCTUBRE DE 1996

TIEMPO	Número	%
4 Horas	41	55%
8 Horas	33	45%
TOTAL	74	100%

Fuente: Investigación Oferta Servicios Atención Médica

Elaboración: Mariana Brito S-Miguel Peñafiel O/ ESPAE-ESPOL

GRAFICO N° 9



Fuente: Cuadro N° 6

Elaboración: Mariana Brito S-Miguel Peñafiel O/ ESPAE-ESPOL

El Cuadro No.7 clasifica a estos 74 médicos en base a las funciones desempeñadas así vemos que el 4% desempeñan funciones administrativas exclusivamente, el 86% cumplen funciones asistenciales y el 9% tiene a su cargo funciones tanto administrativas como asistenciales.

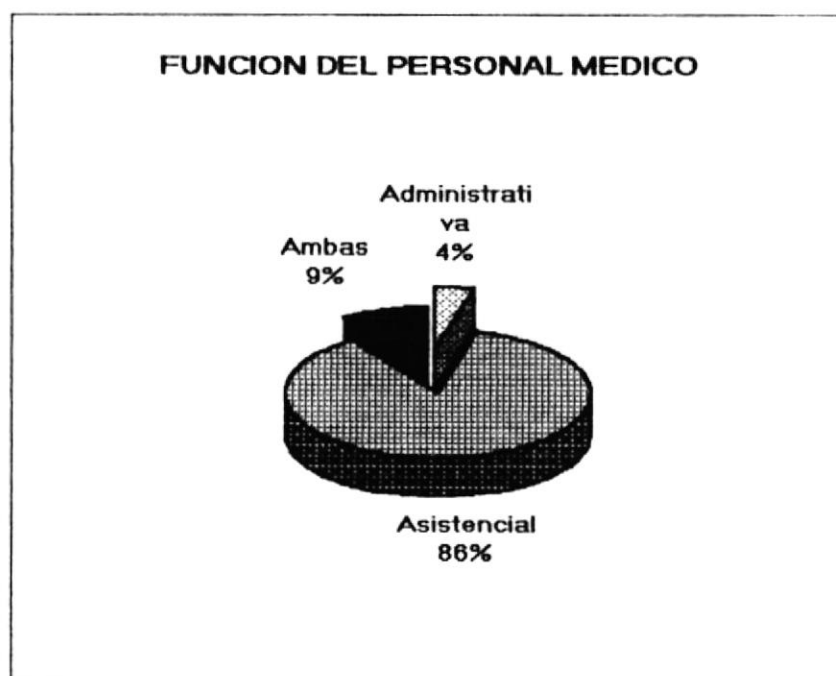
CUADRO N° 7
FUNCION DEL PERSONAL MEDICO
MINISTERIO SALUD PUBLICA - CUENCA
OCTUBRE DE 1996

FUNCION	Número	%
Administrativa	3	4%
Asistencial	64	86%
Ambas	7	9%
TOTAL	74	100%

Fuente: Investigación Oferta Servicios Atención Médica

Elaboración: Mariana Brito S-Miguel Peñafiel O/ ESPAE-ESPOL

GRAFICO N° 10



Fuente: Cuadro N° 7

Elaboración: Mariana Brito S-Miguel Peñafiel O/ ESPAE-ESPOL

Si se analiza el Cuadro No.8 , se puede apreciar la formación y las funciones que desempeñan los 74 médicos que laboran en la consulta externa de las unidades operativas del MSP en la ciudad de Cuenca; así vemos que de los médicos generales, 1 tiene funciones administrativas, 23 tienen funciones asistenciales y 4 desempeñan las dos funciones. De los médicos especialistas, 2 tienen funciones administrativas, 41 funciones asistenciales y 3 desempeñan las dos funciones.

CUADRO N° 8
PERSONAL MEDICO SEGUN
FUNCION DESEMPEÑADA Y FORMACION
MINISTERIO SALUD PUBLICA - CUENCA
OCTUBRE DE 1996

FUNCION	FORMACION	
	Generales	Especialistas
Administrativa	1	2
Asistencial	23	41
Ambas	4	3
TOTAL	28	46

Fuente: Investigación Oferta Servicios Atención Médica

Elaboración: Mariana Brito S-Miguel Pañafiel O/ ESPAE-ESPOL

GRAFICO No. 11



Fuente: Cuadro N° 8

Elaboración: Mariana Brito S-Miguel Pañafiel O/ ESPAE-ESPOL

7.3. ENFERMERAS :

El número de enfermeras asignadas a la consulta externa de las unidades operativas estudiadas son 14, y su distribución se muestra en el Cuadro No. 9, en el que se aprecia también que el porcentaje más alto de enfermeras está en las áreas de salud, en el Hospital Vicente Corral Moscoso labora una sola enfermera para toda la consulta externa y corresponde al 7% del total y el Hospital Leprocomio Mariano Estrella no tiene enfermeras.

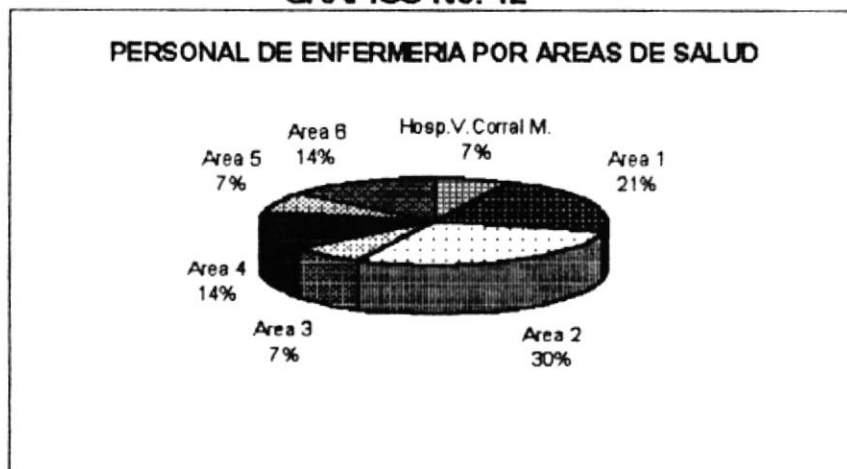
CUADRO N° 9
PERSONAL DE ENFERMERIA POR AREAS DE SALUD
MINISTERIO SALUD PUBLICA - CUENCA
OCTUBRE DE 1996

AREAS	Número	%
Hosp.V.Corral M.	1	7%
Area 1	3	21%
Area 2	4	29%
Area 3	1	7%
Area 4	2	14%
Area 5	1	7%
Area 6	2	14%
TOTAL	14	100%

Fuente: Investigación Oferta Servicios Atención Médica

Elaboración: Mariana Brito S-Miguel Peñafiel O/ ESPAE-ESPOL

GRAFICO No. 12



Fuente: Cuadro N° 9

Elaboración: Mariana Brito S-Miguel Peñafiel O/ ESPAE-ESPOL

La formación de este grupo se aprecia en los Cuadros No. 10 y 11, en los cuales se ve que el 21% de este grupo son enfermeras y el 79% son licenciadas en enfermería, además que solo una de ellas tiene estudios de postgrado.

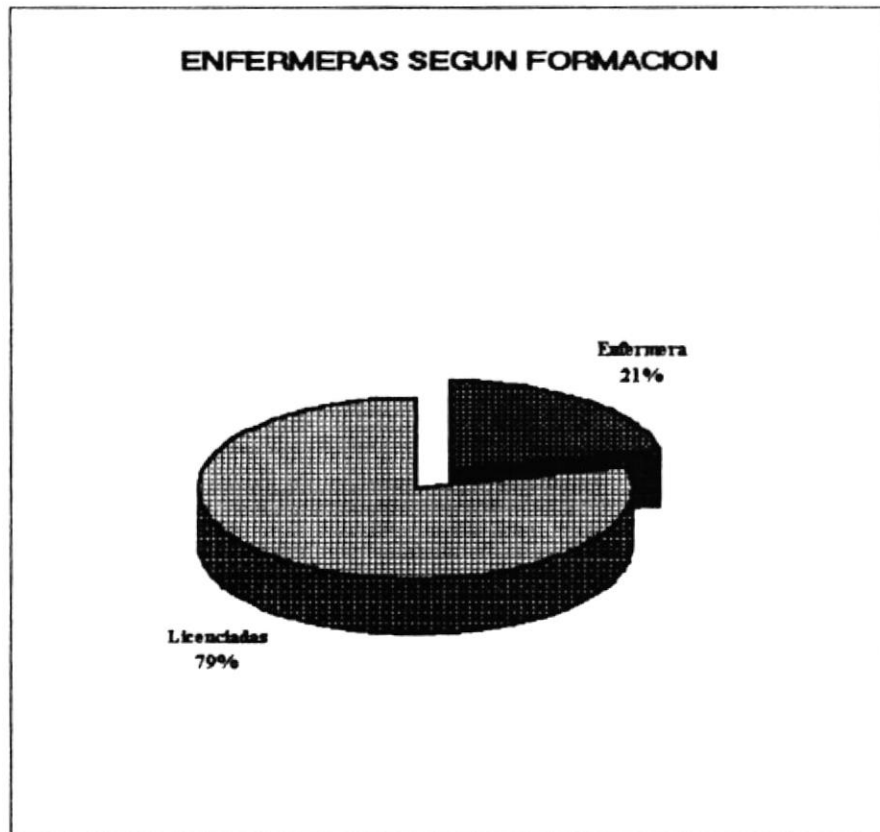
CUADRO N° 10
ENFERMERAS SEGUN FORMACION
MINISTERIO SALUD PUBLICA - CUENCA
OCTUBRE DE 1996

CLASIFICACION	Número	%
Enfermera	3	21%
Licenciadas	11	79%
TOTAL	14	100%

Fuente: Investigación Oferta Servicios Atención Médica

Elaboración: Mariana Brito S-Miguel Pañafiel O/ ESPAE-ESPOL

GRAFICO N° 13



Fuente: Cuadro N° 10

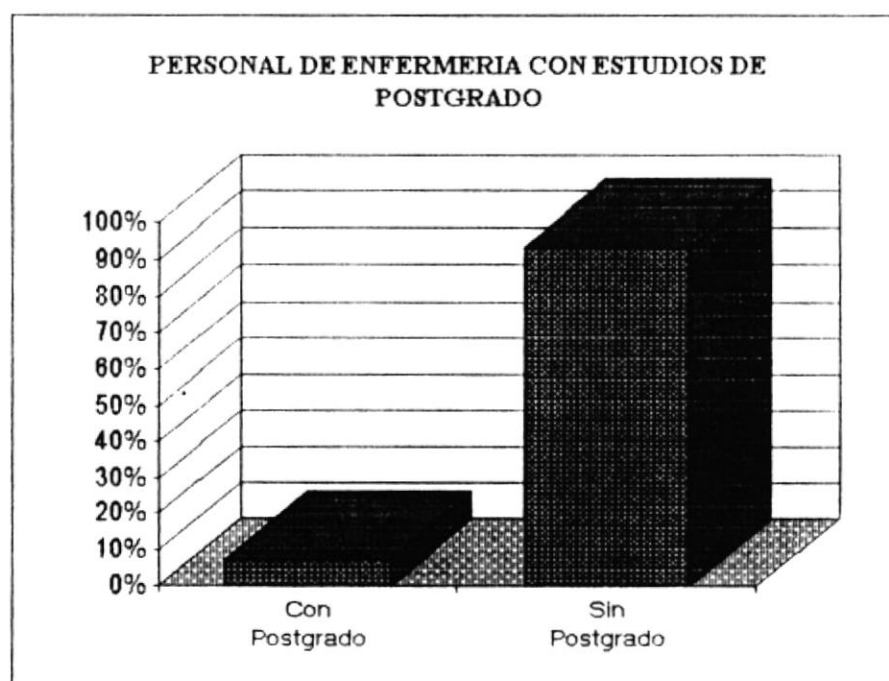
Elaboración: Mariana Brito S-Miguel Pañafiel O/ ESPAE-ESPOL

CUADRO N° 11
PERSONAL DE ENFERMERIA CON ESTUDIOS DE POSTGRADO
MINISTERIO SALUD PUBLICA - CUENCA
OCTUBRE DE 1996

CONCEPTO	Número	%
Con Postgrado	1	7%
Sin Postgrado	13	93%
TOTAL	14	100%

Fuente: Investigación Oferta Servicios Atención Médica
 Elaboración: Mariana Brito S-Miguel Peñafiel O/ ESPAE-ESPOL

GRAFICO N° 14



Fuente: Cuadro N° 11

Elaboración: Mariana Brito S-Miguel Peñafiel O/ ESPAE-ESPOL

En cuanto a sus funciones se ve que de las 14 enfermeras, 5 se desempeñan en labores de jefatura y 9 en labores asistenciales. Además el 86% tiene nombramiento y el 14 % son contratadas; esto se puede apreciar en los Cuadros No. 12 y 13.

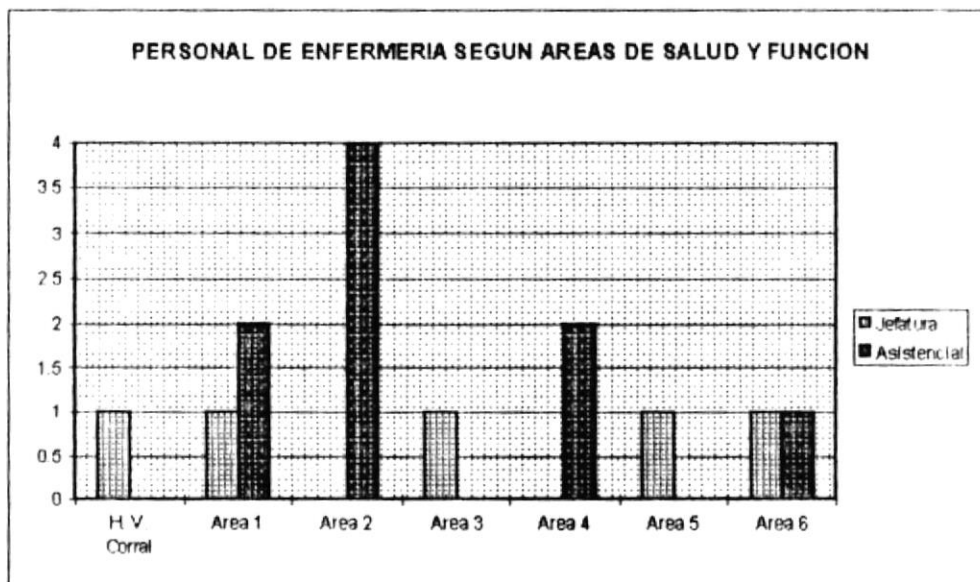
CUADRO No. 12
PERSONAL DE ENFERMERIA SEGÚN AREAS DE SALUD Y FUNCION
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA-CUENCA
OCTUBRE DE 1996

AREAS DE SALUD	FUNCION		TOTAL
	Jefatura	Asistencial	
H. V. Corral	1	0	1
Area 1	1	2	3
Area 2	0	4	4
Area 3	1	0	1
Area 4	0	2	2
Area 5	1	0	1
Area 6	1	1	2
TOTAL	5	9	14

Fuente: Investigación Oferta Servicios Atención Médica

Elaboración: Mariana Brito S-Miguel Peñafiel O/E SPOL-ESPAE

GRAFICO No. 16



Fuente: Cuadro No. 12

Elaboración: Mariana Brito S-Miguel Peñafiel O/E SPAE-ESPOL

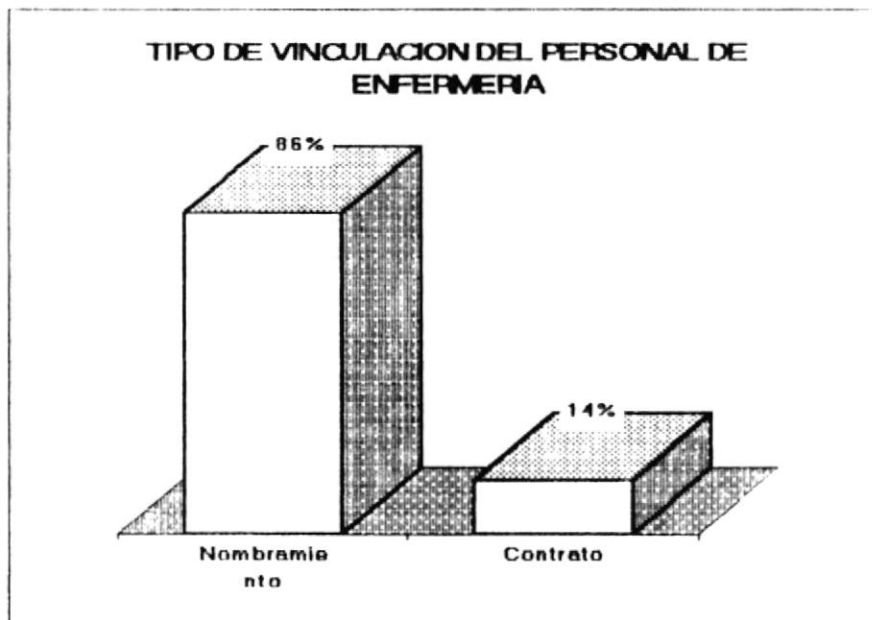
CUADRO N° 13
TIPO DE VINCULACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA
MINISTERIO SALUD PUBLICA - CUENCA
OCTUBRE DE 1996

VINCULACION	Número	%
Nombramiento	12	86%
Contrato	2	14%
TOTAL	14	100%

Fuente: Investigación Oferta Servicios Atención Médica

Elaboración: Mariana Brito S-Miguel Peñafiel O/ESPAE-ESPOL

GRAFICO N° 16



Fuente: Cuadro N° 13

Elaboración: Mariana Brito S-Miguel Peñafiel O/ESPAE-ESPOL

7.4. AUXILIARES DE ENFERMERIA :

De las 51 auxiliares de enfermería que trabajan en la consulta externa de las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública de la ciudad de Cuenca, el 82% poseen diploma que les acredita como auxiliares de enfermería, mientras que el 18% carecen de él; lo que garantiza un desempeño acorde a las exigencias del cargo, en un porcentaje alto. Dentro de este grupo es importante anotar que el 59% de auxiliares tienen instrucción primaria, el 35% ciclo básico y sólo el 6% restante ha culminado sus estudios secundarios, según se indica en el Cuadro No. 14 y 15.

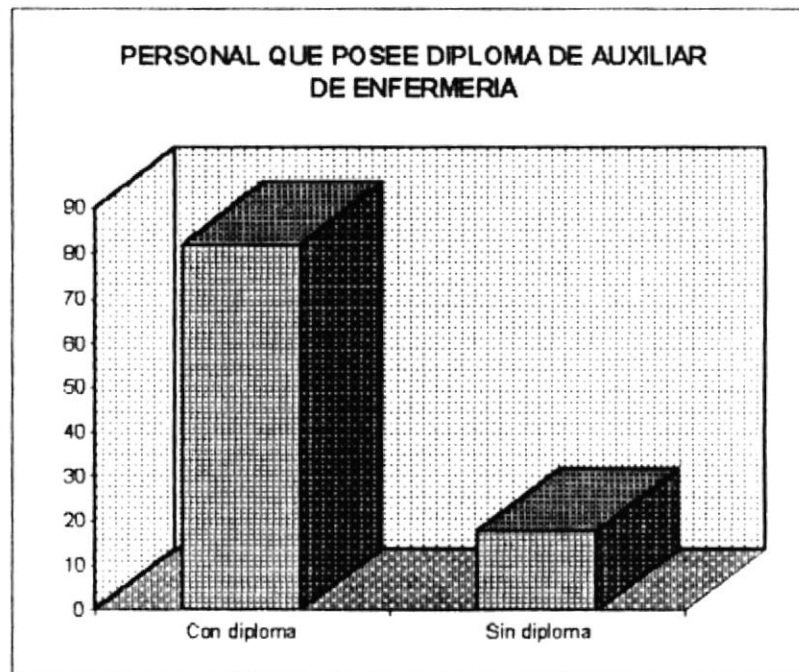
CUADRO No. 14
PERSONAL QUE POSEE DEPLOMA DE AUXILIAR DE ENFERMERIA
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA - CUENCA
OCTUBRE DE 1996

CONCEPTO	Número	%
Con diploma	42	82
Sin diploma	9	18
TOTAL	51	100

Fuente: Investigación Oferta Servicios Atención Médica

Elaboración: Mariana Brito S-Miguel Peñafiel O/ESPAE-ESPOL

GRAFICO No.17



Fuente: Cuadro No. 14

Elaboración: Mariana Brito S-Miguel Peñafiel O/ESPAE-ESPOL

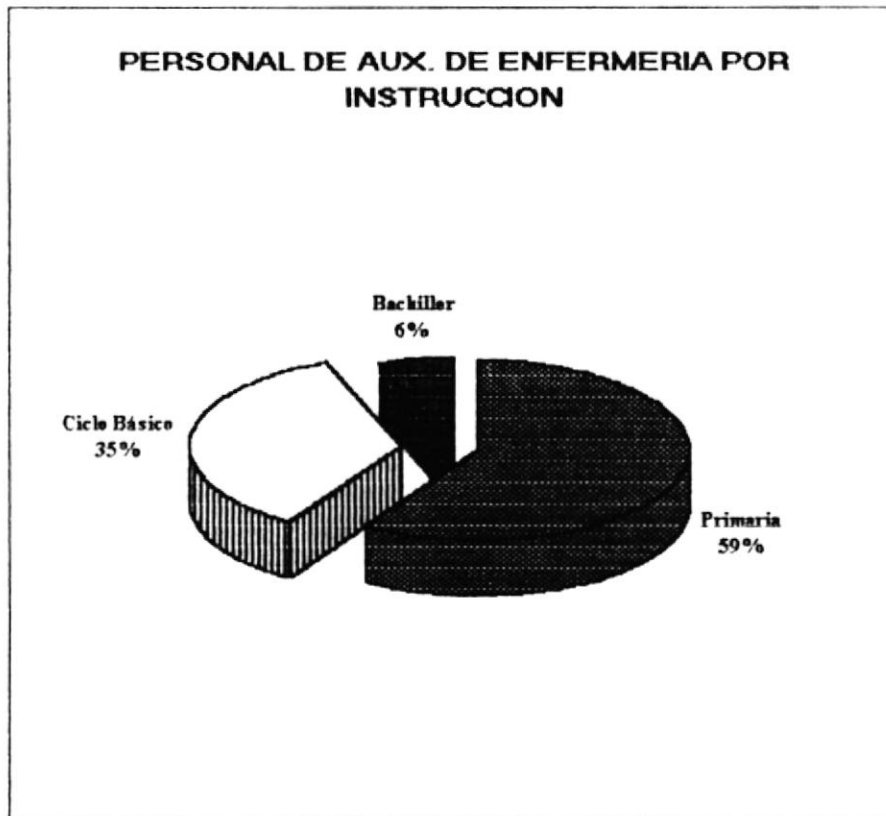
CUADRO N° 15
PERSONAL DE AUX. DE ENFERMERIA POR INSTRUCCION
MINISTERIO SALUD PUBLICA - CUENCA
OCTUBRE DE 1996

INSTRUCCION	Número	%
Primaria	30	59%
Ciclo Básico	18	35%
Bachiller	3	6%
TOTAL	51	100%

Fuente: Investigación Oferta Servicios Atención Médica

Elaboración: Mariana Brito S-Miguel Pañafiel O/ ESPAE-ESPOL

GRAFICO N° 18



Fuente: Cuadro N° 15

Elaboración: Mariana Brito S-Miguel Pañafiel O/ ESPAE-ESPOL

A pesar de que la mayoría del personal auxiliar no ha completado su ciclo estudiantil, es importante resaltar que ha existido de parte de este grupo un afán por superarse y cumplir los requerimientos del perfil ocupacional tomando los cursos de capacitación que les acredite en su cargo. Debemos resaltar que de las 42 auxiliares diplomadas, el 69% obtuvo su título en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca, mientras que el 31% se prepararon en otras instituciones como la Cruz Roja, e institutos particulares, lo dicho se demuestra el Cuadro No. 16

CUADRO N° 16
ORIGEN DEL DIPLOMA DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA

MINISTERIO SALUD PUBLICA - CUENCA

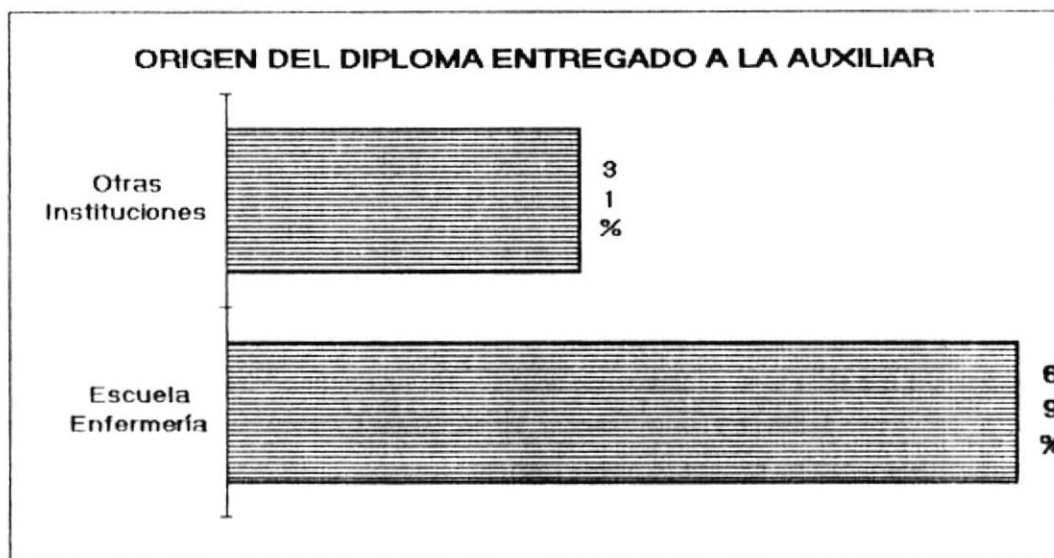
OCTUBRE DE 1996

PROVIENEN	Número	%
Escuela Enfermería	29	69%
Otras Instituciones	13	31%
TOTAL	42	100%

Fuente: Investigación Oferta Servicios Atención Médica

Elaboración: Mariana Brito S-Miguel Peñafiel O/ ESPAE-ESPOL

GRAFICO No. 19



Fuente: Cuadro N° 16

Elaboración: Mariana Brito S-Miguel Peñafiel O/ ESPAE-ESPOL

7.5. PERSONAL ADMINISTRATIVO :

En el área administrativa de las unidades operativas estudiadas laboran 11 personas que desempeñan cargos con poder de decisión, están ubicados en los departamentos:

administrativos, servicios generales, proveeduría, recursos humanos y bodega. El Cuadro No. 17 demuestra la distribución del personal administrativos en las diferentes unidades operativas del Ministerio.

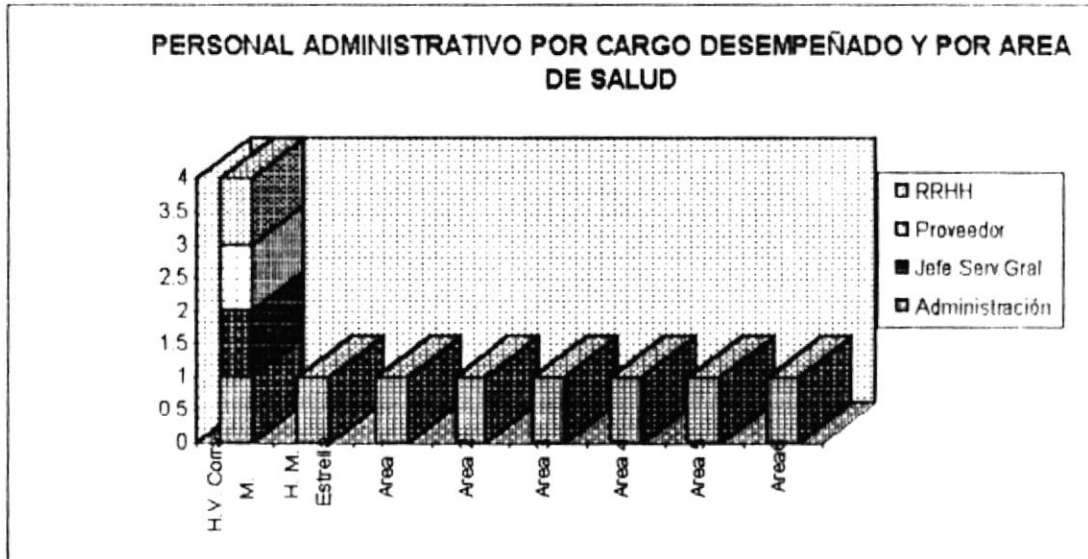
CUADRO NO. 17
PERSONAL ADMINISTRATIVO POR CARGO DESEMPEÑADO POR AREAS DE SALUD
MINISTERIO SALUD PUBLICA-CUENCA
OCTUBRE DE 1996

AREAS DE SALUD	CARGO			
	Administración	Jefe Serv.Gral.	Proveedor	RRHH
H.V. Corral M.	1	1	1	1
H. M. Estrella	1	0	0	0
Area 1	1	0	0	0
Area 2	1	0	0	0
Area 3	1	0	0	0
Area 4	1	0	0	0
Area 5	1	0	0	0
Area6	1	0	0	0
TOTAL	8	1	1	1

Fuente: Investigación Oferta Servicios Atención Médica

Elaboración: Mariana Brito S -Miguel Peñafiel O/ESPAE-ESPOL

GRAFICO No.20



Fuente: Cuadro No. 17

Elaboración: Mariana Brito S-Miguel Peñafiel O/ESPAE-ESPOL

De los once empleados administrativos, nueve poseen título universitario y dos de ellos son bachilleres. Las profesiones en este grupo son variadas, así encontramos 1 administrador público que desempeña las funciones de guarda almacén, un abogado cuyas funciones son de jefe de recursos humanos, dos economistas que laboran como administradores, cinco ingenieros comerciales cuyas funciones se ubican en el campo de la administración; el personal bachiller desempeña cargos de jefe de servicios generales y proveedor interno respectivamente, tal como se demuestra en el Cuadro N° 18

CUADRO No. 18
PERSONAL ADMINISTRATIVO SEGUN PROFESION Y CARGO
MINISTERIO SALUD PUBLICA-CUENCA
OCTUBRE DE 1996

PROFESION \ CARGO	ADMINIS- TRADOR	RECURSOS HUMANOS	SERVICIOS GENERALES	PROVEEDOR	GURADA ALMACEN	TOTAL
Administrador Público					1	1
Abogado		1				1
Economista	2					2
Ing. Comercial	5					5
Bachiller			1	1		2
TOTAL	7	1	1	1	1	11

Fuente: Investigación Oferta de Servicios de Atención Médica

Elaborado: Mariana Brito S.-Miguel Peñafiel O./ESPAE-ESPAL

Si comparamos los perfiles ocupacionales emitidos por la Secretaría Nacional de Desarrollo Administrativo (SENDA) (Ver anexo 1 - 9), podemos darnos cuenta de que en su mayoría cumplen con los requisitos mínimos establecidos, sólo en el caso del proveedor se observa que el requisito exige ser egresado o licenciado en administración, economía, mercadotecnia, finanzas, contabilidad o auditoría, el mismo que no se cumple

El Cuadro N° 19 demuestra que a nivel administrativo, el 91% del personal ha recibido cursos de capacitación en temas como computación, administración, planificación institucional, gerencia, administración financiera y de personal,

relaciones públicas, entre otros, que de acuerdo a nuestro criterio consideramos que son pertinentes ya que les proporcionan herramientas que faciliten su trabajo.

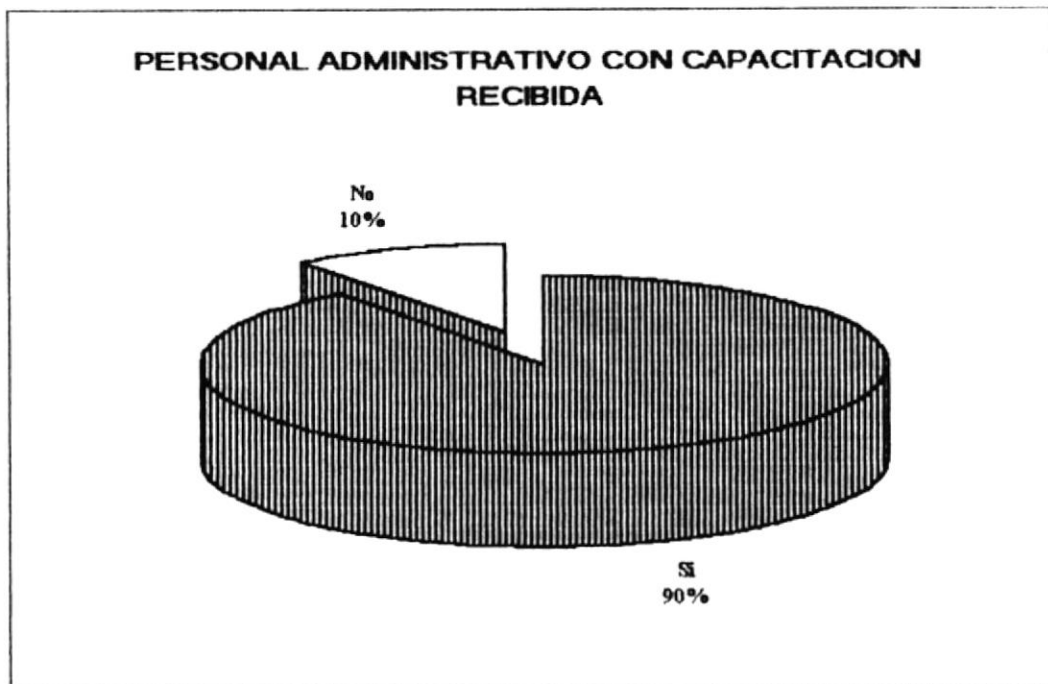
CUADRO N° 19
PERSONAL ADMINISTRATIVO CON CAPACITACION RECIBIDA
MINISTERIO SALUD PUBLICA - CUENCA
1 AL 30 DE OCTUBRE 1996

CAPACITADOS	Número	%
Si	10	91%
No	1	9%
TOTAL	11	100%

Fuente: Investigación Oferta Servicios Atención Médica

Elaboración: Mariana Brito S-Miguel Peñafiel O/ ESPAE-ESPOL

GRAFICO N° 21



Fuente: Cuadro N° 19

Elaboración: Mariana Brito S-Miguel Peñafiel O/ ESPAE-ESPOL

El Cuadro No. 20 agrupa las variables unidades operativas, población y recursos humanos (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería), demostrando mediante su relación las tasas por 10.000 habitantes; así tenemos que de acuerdo a los datos obtenidos, en la ciudad de Cuenca el Ministerio de Salud Pública cuenta con una tasa de 2 médicos, 0,3 enfermeras y 1.3 auxiliares de enfermería por cada 10.000 habitantes, para atender la consulta ambulatoria.

Además analiza las tasas en cada una de las unidades operativas estudiadas pudiendo observarse que el área No. 4 tiene mayor oferta de médicos, el área No. 2 de enfermeras y el área No. 1 de auxiliares de enfermería.

CUADRO No. 20
TASA DE MEDICOS, ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERIA
POR 10.000 HABITANTES
MINISTERIO SALUD PUBLICA-CUENCA
OCTUBRE DE 1996

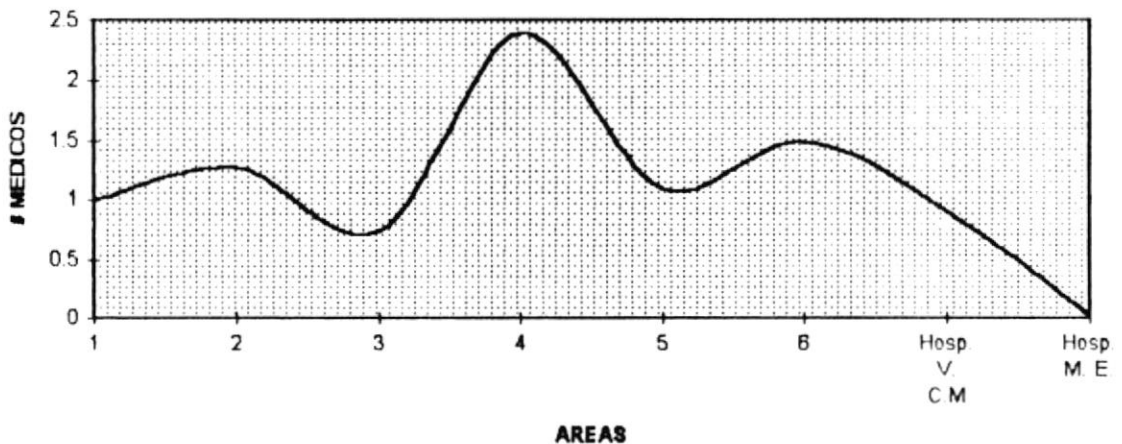
No.	Unidades	Población	PERSONAL			PERSONAL/AREA/10.000 HAB.		
			Médico	Enferm.	Aux. Enf.	Médico	Enferm.	Aux. Enf.
1	3	59,935	6	3	12	1.001	0.501	2.002
2	4	55,321	7	4	5	1.265	0.723	0.904
3	4	54,064	4	1	7	0.740	0.185	1.295
4	3	46,101	11	2	2	2.386	0.434	0.434
5	1	45,633	5	1	1	1.096	0.219	0.219
6	1	33,529	5	2	1	1.491	0.596	0.298
Hosp. V.C.M	1	388,765	35	1	19	0.900	0.026	0.489
Hosp. M. E.	1	388,765	1	0	4	0.026	0.000	0.103
TOTAL			74	14	51	1.903	0.360	1.312

Fuente: Oferta Servicios Atención Médica

Elaboración: Mariana Brito S.-Miguel Peñafiel O /ESPAE-ESPOL

GRAFICO No. 22

MEDICO POR AREA POR 10.000 hab.

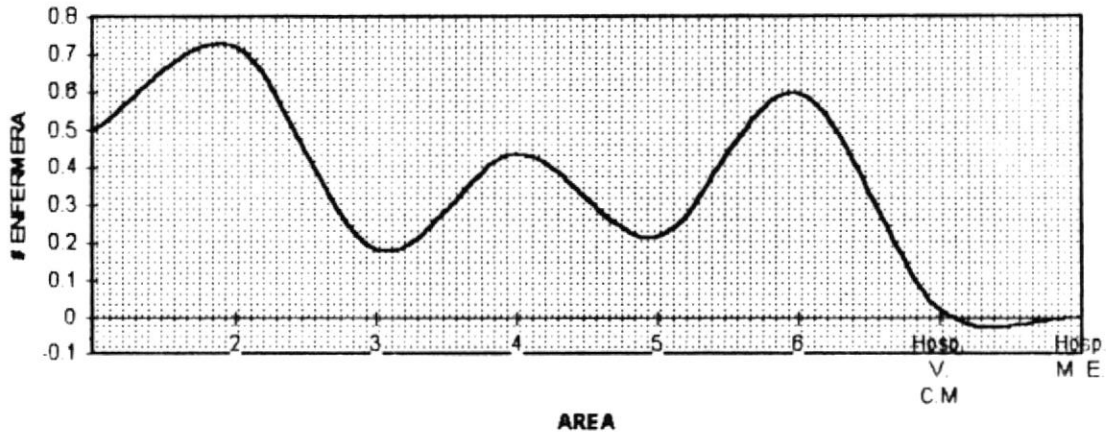


Fuente: Cuadro No. 20

Elaboración: Mariana Brito S.-Miguel Peñafiel O/ESPAE-ESPOL

GRAFICO No. 23

ENFERMERA POR AREA POR 10.000 hab.

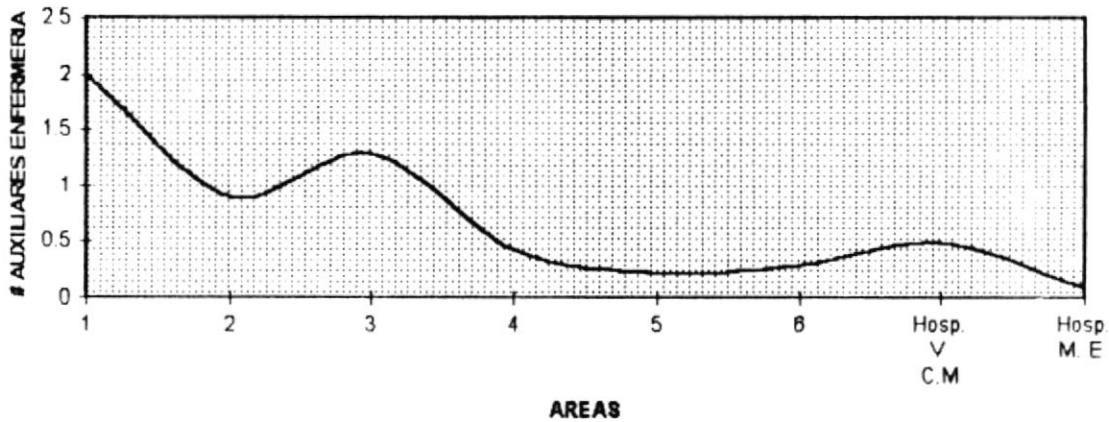


Fuente: Cuadro No. 20

Elaboración: Mariana Brito S-Miguel Peñafiel O/ESPAE-ESPOL

GRAFICO No. 24

AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 10.000 hab.



Fuente: Investigación Oferta Servicios Atención Médica

Elaboración: Mariana Brito S-Miguel Peñafiel O/ESPAE-ESPOL

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES :

8.1. La ciudad de Cuenca desde el mes de Mayo de 1992, fecha en la que se aprueba la creación de las Areas de Salud, cuenta con 18 unidades operativas descentralizadas con autonomía técnica, administrativa y financiera. Las principales funciones de estas unidades son el proporcionar educación para la salud desarrollar actividades de fomento y protección y brindar atención de consulta externa a la población del área urbana y urbano marginal de la ciudad de Cuenca.

La infraestructura que posee el MSP es suficiente con respecto a su población además la distribución estratégica de las unidades operativas hace que todas las áreas estén cubiertas. Este importante recurso se convierte en una de las fortalezas con las que cuenta este Ministerio y nuestra recomendación en este caso está encaminada a que se implementen programas que manteniendo esta infraestructura se pueda servir a un mayor porcentaje de la población cuya tasa de crecimiento es de 1.8.

8.2. El número de médicos asignados a la consulta externa de las unidades operativas del MSP en la ciudad de Cuenca es deficitario, esto se demuestra al establecer una comparación con las estadísticas publicadas por el CEPAR en su informe de la provincia del Azuay, el mismo que indica que existen 18.7 médicos por cada 10.000 habitantes y en el presente estudio se encontró que el MSP tiene dos médicos por cada 10.000 habitantes; lo que significa que este organismo aporta con el 10% de la oferta total de médicos, para la ciudad de Cuenca.

A pesar de que el análisis se limitó al estudio de los médicos de la consulta externa la comparación hecha anteriormente es posible en vista de que estos médicos tratantes atienden también el área de hospitalización y emergencia.

Si revisamos el número de médicos de las cuatro especialidades básicas nos podemos dar cuenta que el déficit puede resultar más grave aún, si comparamos los 4 especialistas en medicina interna, 7 cirujanos, 5 pediatras, 5 ginecólogos y 25

médicos de otras especialidades, que atienden la consulta externa, con la estructura poblacional presentada en el Cuadro No. 21 vemos que la tasa de médicos para los grupos poblacionales es la siguiente:

La tasa de médicos especialistas en medicina interna y cirugía es de 0.1 por 10.000 habitantes; en pediatría la tasa es de 0.3 médicos por cada 10.000 menores de 14 años, en ginecología es de 0.5 médicos por cada 10.000 mujeres en edad fértil y para otras especialidades la tasa es de 0.6 médicos por cada 10.000 habitantes.

CUADRO No. 21
DISTRIBUCION POBLACIONAL SEGUN GRUPOS PROGRAMATICOS
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA-CUENCA
OCTUBRE DE 1996

AREAS DE SALUD	GRUPOS PROGRAMATICOS						MEF	Emb.	TOTAL
	-1 año	1-4 años	5-14 años	15-49 años	50 y más				
H.V. Corral	10,282	38,616	95,194	187,808	56,865	99,908	12,853	388,765	
H.M. Estrella	10,282	38,616	95,194	187,808	56,865	99,908	12,853	388,765	
Area 1	1,585	5,953	14,677	28,953	8,767	15,402	1,982	59,935	
Area 2	1,464	5,494	13,546	26,725	8,092	14,128	1,828	55,321	
Area 3	1,430	5,370	13,238	26,118	7,908	13,893	1,788	54,064	
Area 4	1,220	4,579	11,288	22,271	6,743	11,847	1,524	46,101	
Area 5	1,207	4,533	11,174	22,045	6,674	11,727	1,509	45,633	
Area 6	887	3,333	8,209	16,196	4,904	8,615	1,108	33,529	

Fuente: Proyecciones del MSP

Elaboración: Mariana Brito S-Miguel Peñafiel O. ESPAE/ESPOL

Dentro de este panorama las recomendaciones van dirigidas a:

- Incrementar el número de médicos especialistas en pediatría y gineco-obstetricia, por ser profesionales dedicados a la atención de los grupos etáreos de 0-14 años y mujeres en edad fértil; grupos considerados como de mayor riesgo de morbilidad.
- El incremento de médicos especialistas debe ser considerado también a nivel de las áreas de salud para evitar la constante derivación de pacientes a unidades operativas de mayor complejidad tanto del sector público como del sector privado y de esta manera recuperar la confianza de los usuarios en el MSP.

- Se sugiere a las autoridades provinciales fortalecer los convenios con la Asociación de Facultades de Escuelas de Medicina del Ecuador (AFEME) para que los médicos postgradistas devenguen su beca en las unidades operativas del MSP; y de esta manera se pueda contar con un recurso especializado.

8.3. En cuanto al personal de enfermería no se puede establecer una comparación con datos estadísticos publicados por el CEPAR como lo hicimos con la variable médicos en vista de que el grupo de enfermeras estudiado, corresponde únicamente a la consulta externa sin considerar las que laboran en las áreas de hospitalización y emergencia. Sin embargo es más notorio el déficit de este recurso cuya función principal se desarrolla en la postconsulta realizando actividades de educación para la salud y al no existir el suficiente personal estas funciones no se realizan o se encargan a personal no capacitado.

Cabe recordar en este punto la situación encontrada en los Hospitales Vicente Corral Moscoso que dispone de una sola enfermera con funciones administrativas, para una infraestructura de 35 consultorios y en el Leprocomio Mariano Estrella que no tiene enfermeras; por lo tanto las actividades de educación para la salud que son básicas para el mejoramiento de la salud de la población en estos centros no se realiza.

Las recomendaciones en relación con el personal de enfermería son las siguientes:

- Se debe generar una lucha conjunta entre enfermeras de docencia, de servicio y gremio con el fin de conseguir la creación de las partidas presupuestarias necesarias para que las enfermeras cumplan con las funciones propias de su profesión en las áreas de fomento y protección y educación para la salud.
- Los directores de los hospitales y los jefes de las áreas de salud también están llamados a plantear la necesidad urgente del incremento de las partidas presupuestarias para el personal de enfermería en base a las actividades

asistenciales y de educación para la salud que las unidades operativas deben cumplir.

- Fortalecer los convenios existentes con las Escuelas de Enfermería de la Universidad de Cuenca y la Universidad Católica, para incrementar el número de estudiantes de enfermería que realicen prácticas en las áreas de salud.
- Concientizar en las universidades y en el gremio sobre el déficit de estudiantes de enfermería para que planifiquen en base a las necesidades del sector salud el número de estudiantes requeridas y promocionen esta profesión básica.

8.3. El número de auxiliares de enfermería según los resultados de este estudio también es deficitario a pesar de que no se puede demostrar comparando con las estadísticas provinciales; pues al igual que las enfermeras el universo estudiado está tomado del área ambulatoria sin considerar hospitalización y emergencia.

Como se pudo apreciar en el análisis este personal tiene un mínimo nivel de instrucción que podría repercutir directamente en la calidad de la atención. Este bajo nivel se explica porque es el personal que tiene más años de servicio en el MSP y al momento de su ingreso no se cumplía con los requisitos mínimos que actualmente exige el perfil ocupacional de SENDA.

Las recomendaciones son las siguientes:

- Siendo la auxiliar de enfermería un recurso importante de apoyo en el equipo de salud, se deberá estudiar la posibilidad de incrementar el número de partidas presupuestarias para este personal.
- El MSP deberá coordinar acciones con SENDA y las Escuelas de Enfermería para establecer requisitos mínimos en el nivel de instrucción.

- Con mirar a mejorar el recurso existente se recomienda promover cursos de actualización de conocimientos y de calidad y calidez en la atención, en vista de que en la actualidad el Comité de Capacitación no lo ha planificado.
- Proponer a SENDA el establecimiento de un sistema de calificación cuantitativa y cualitativa para este personal por cuanto al momento no existe. Esta medida incentiva la superación y el mejor desempeño de este recurso.

8.5. Los recursos humanos con poder de decisión asignados a la gestión administrativa en las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública, según se pudo observar en el análisis, es pertinente tanto en su formación como en su desempeño pues cumplen con los perfiles ocupacionales de SENDA. Además los cursos de capacitación recibidos obedecen a la programación de educación continua para este personal.

En tal sentido se recomienda:

- Solicitar al Comité de Capacitación planificar cursos para el personal administrativo de menor jerarquía y sin poder de decisión.
- Sabiendo que el personal tiene una formación profesional y que los cursos de capacitación son adecuados; sería importante analizar si en la práctica se están aplicando los conocimientos recibidos y de que manera esto contribuye al mejoramiento de la institución.

Al término de este trabajo se espera haber contribuido con el MSP, al aportar con el análisis de una parte de la oferta de los servicios de salud pública y se deja abierto el espacio para futuras investigaciones que puedan complementar el amplio y complejo campo del sector salud y específicamente de la oferta y la demanda.

BIBLIOGRAFIA :

- Hermida, Piedra, César, Dr., *Historia de la Medicina Ecuatoriana*, Segunda Edición, Publicaciones y Papeles, Cuenca, 1979.
- Suárez, José; López, Raúl; Laspina, Iván; Barrionuevo, Carlos; de Jimenez, Martha; Paredes, Luis; Páez, Ruben; Moreta, Enrique; Darquea, Luis; *La Situación de la Salud en el Ecuador*, Segunda Edición, Quito, 1988.
- Correa, Díaz, Efraín, Dr., *Reseña Histórica de la Dirección Provincial de Salud del Azuay*, Cuenca, 1991.
- Ministerio de Salud Pública, *Manuel de Organización de las Areas de Salud*, Quito, Edicion 1994.
- Roemer, Milton y, *Perspectiva Mundial de los Sistemas de Salud*, Siglo Veintiuno Editores, México, España, Argentina, Colombia, 1980.
- Robbins, Stephen, P., *Corportamiento organizacional: Conceptos, Controversias y Aplicaciones*, Sexta Edición, Prentice-Hall Hispanoamericana S.A., México-Englewood Cliff, Londres, Sydney, Toronto, Nueva Delhi, Tokio, Singapur, Río de Janeiro, 1994.
- Labradford, David, L.; Cohen, Allan, R., *Excelencia en la Administración: Guía para optimizar rendimientos de las organizaciones*, Primera Edición, Linusa S.A., México, 1988.
- Guerrero, V., Rodrigo; González, Carlos, Luis; Medina, L., Ernesto, *Epidemiología*, Addison-Wesley Iberoamericana S. A., Wilmington, Delaware, E.U.A., 1986.

- Torres, Terán, Ernesto; Grisales, López, Jorge; Eguez, Héctor; Mite, Pezo, Jaime, Foro Internacional: Gerencia en Servicios de Salud, Guayaquil, Ecuador, 1995.
- Sacoto, A., Fernando; Terán, P., Carlos; Andrade, L., Fausto, La Atención de la Salud en el Ecuador, Quito, Ecuador, 1992.
- Merino, Cristina, Dra.; Herdoiza, Amira, Dra., Salud Pública: Hacia una Educación Cuestionadora, Primera Edición, Quito, 1994.
- Abad, Patricio, H.; Moncayo, Edgar, G.; Ministerio de Salud Pública, Modernización de la Gestión de Salud en el Ecuador, Ediciones Científicas, Quito, Ecuador, 1993.
- Plutarco, Naranjo; Terán, Carlos, Salud Familiar y Comunitaria Integral, Imprenta del Ministerio de Salud Pública, Quito, Ecuador, 1990.
- Naranjo, Plutarco, Plan Nacional de Salud 1991-2000 Ecuador, Naranjo Hnos, Quito, Ecuador, 1991.
- Pineda, E. B.; de Alvarado, E.L.; de Canales, F.H., Metodología de la Investigación: Manual para el desarrollo de personal de salud, 2a edición, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Whashington, D.C. E.U.A., 1994.
- Dever, Alan, G., E., Epidemiología y Administración de Servicios de Salud, Aspen Publishers, Inc., Maryland, E.U.A., 1991.
- Organización Panamericana de la Salud, Salud Internacional: Un Debate Norte-Sur, 1992.
- Ministerio de Salud Pública, Reseña Histórica de la Dirección Provincial de Salud del Azuay, Cuenca, Ecuador, 1991.

- Estudio Complementario de la Investigación sobre Oferta-Demanda de Salud en el Ecuador, Quito, 1988.
- Comisión Nacional de Reforma del Sector Salud del Ecuador, Informe del Estudio: Demanda, Utilización y Oferta de los Servicios de Salud en el Ecuador, Quito, Ecuador, 1994.
- Centers for Disease Control and Prevention, Endemian 94 Ecuador: Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, Gráficas Avilés, Quito, Ecuador, 1996.
- Braverman, Jerome, D., Toma de Decisiones en Administración: Enfoque Formal Intuitivo, Limusa, México, 1986.
- Dervaux, B.; Croce, C., Las Diez Funciones Clave del Director de Empresa, Ediciones Deusto, S.A., Barraicúa, Bilbao.
- Kast, Fremont E.; Rosenzweig, James, E., Administración en las Organizaciones: Enfoque de sistemas y de contingencias, Cuarta Edición, (Segunda edición en español), McGRAW-HILL, México, 1987.
- Chiavenato, Idalberto, Administración de Recursos Humanos, McGRAW-HILL, México, 1988.
- Harris, O. Jeff, Jr., Administración de Recursos Humanos: Conceptos de Conducta Interpersonal y Casos, Limusa, México, 1990.
- Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsables, Perfil Socio-Demográfico Provincial: Azuay, Efecto Gráfico, Quito, Ecuador, Mayo, 1992.

- Havrilesky, Thomas, *Función del Dinero en la Economía*, Editorial Limusa, México, 1979.
- Paganini, José, María, *Calidad y Eficacia de la Atención Hospitalaria*, Washington, E.E.U.U., 1993.
- Stone, Bob, *Marketing Directo*, 2da. edición, Policrom, Barcelona, 1992.
- Consejo Provincial de Salud del Azuay, *Reforma de Salud en Azuay*, 1996.
- Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud, Resolución CD38.R14, *Reforma del Sector Salud*, 1995.
- Palacios, Alfredo, Dr., *Propuesta Reforma del Sector Salud en el Ecuador (Síntesis)*, 1996
- Palacios, Alfredo, Dr., *Propuesta Original sobre Reforma del Sector Salud en el Ecuador*.
- Consejo Nacional de Salud, *Hacia la Reforma Sector Salud Ecuador*.
- Programa de Análisis de la Situación de Salud División de Salud y Desarrollo Humano; Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud, *Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos*, 1999.
- Merino, O., Cristina, Dra., *Provincia del Azuay: Caracterización Demográfica, Socio-Económica y Epidemiológica*, 1996.
- Organización Panamericana de la Salud, *El Derecho a la Salud en las Américas*. Edición Hernán L. Fuenzalida-Puelma, Susan Scholle Connor, Washington, D.C., E.U.A., 1989.

- Organización Panamericana de la Salud, El Hospital Público Tendencias y Perspectivas, Edición Dr. José María Paganini, Dr. Humberto de Moraes Novaes, Washington, D.C., E.U.A., 1994.
 - Organización Panamericana de la Salud, Recursos Humanos en Salud en el Ecuador, Edición Dr. Fausto Patiffo, Quito, Ecuador, 1993.
 - Ministerio de Salud Pública, Modernización de la Gestión de Salud en el Ecuador, Editores Dr. Patricio Abad H., Dr. Edgar Moncayo G., Cuenca, Ecuador, 1993.
 - Barea, Virgilio, El Problema de los Hospitales, Tomo X, Editorial Imprenta Nacional de Colombia, Bogotá, 1988.
-

ANEXOS

Anexo 1

DIRECTOR DE HOSPITAL 3

NATURALEZA DEL TRABAJO

Preparación, dirección, coordinación y evaluación de labores médico administrativas y financieras en un Hospital de especialidades.

TAREAS TÍPICAS

- Dirigir y controlar las labores médicas técnico administrativas y financieras del hospital a su cargo.
- Programar periódicamente las labores técnico administrativas y científicas de la Unidad, de acuerdo a políticas institucionales.
- Ejercer la representación legal, técnica administrativa del hospital.
- Organizar programas de prevención y mejoramiento en los servicios de salud.
- Supervisar y evaluar las actividades médico administrativas y económicas que se desarrollan en el hospital.
- Participar en la elaboración de la proforma presupuestaria y presentarla para la aprobación de la Dirección Provincial de Salud.
- Autorizar la adquisición de bienes y materiales, de conformidad a las disposiciones legales y reglamentarias institucionales.

- Realizar estudios de requerimiento de recursos humanos, materiales y financieros para una mejor prestación de los servicios de salud.
- Cumplir y hacer cumplir la Ley de Servicio Civil, Remuneraciones, Código del Trabajo y más disposiciones institucionales.
- Presidir el Consejo Técnico del hospital.

CARACTERISTICAS DE LA CLASE

Responsabilidad por la gestión técnico administrativa en la prestación de servicios de salud.

Responsabilidad por el cumplimiento de las normas y procedimientos legales e institucionales.

Responsabilidad económica por ser autorizador del gasto, conforme a las disposiciones legales.

REQUISITOS MINIMOS

- a) Doctor en Medicina y Cirugía.
- b) Experiencia profesional de once años.
- c) Haber aprobado un curso de postgrado en Salud Pública.
- d) Licencia profesional actualizada.

Anexo 2

DIRECTOR DE CENTRO DE SALUD

NATURALEZA DEL TRABAJO

Dirección, coordinación y ejecución de labores médico administrativas en un centro de salud de prevención y prestación de servicios.

TAREAS TÍPICAS

- Programar las actividades de servicios de salud y las técnicas administrativas de la Unidad a su cargo, para conocimiento y aprobación del Director Provincial de Salud.
- Ejercer la representación técnico administrativa del Centro.
- Dirigir y controlar las labores médico administrativas del Centro de Salud.
- Integrar reuniones de trabajo para establecer correctivos y mejorar en la prestación de los servicios médicos, paramédicos y otros del área técnico administrativas.
- Evaluar periódicamente los servicios de salud en las diferentes áreas de atención a la población que se desarrollan en el Centro.
- Coordinar la elaboración del programa presupuestario del Centro, con la unidad financiera de la Dirección Provincial de Salud.

- Determinar los requerimientos de equipos, medicamentos y materiales indispensables para su funcionamiento y prever su dotación.
- Formular normas y procedimientos, para mejorar los servicios que presta el Centro de Salud.
- Cumplir y hacer cumplir los reglamentos, normas y disposiciones impartidas por la Dirección Provincial.

CARACTERISTICAS DE CLASE

Responsabilidad por la gestión técnico administrativa en la prestación de servicios de salud.

Responsabilidad por la aplicación y cumplimiento de normas y procedimientos establecidos por la Dirección Provincial.

Trabajo que lo realiza con ética profesional en coordinación con los profesionales, en el ejercicio de la prestación de servicios de salud.

REQUISITOS MINIMOS

- a) Doctor en Medicina y Cirugía.
- b) Experiencia profesional de siete años.
- c) Haber aprobado un curso de postgrado en Salud Pública.
- d) Licencia profesional actualizada.

Anexo 3

ADMINISTRADOR HOSPITALARIO 2

NATURALEZA DEL TRABAJO

Dirección, organización, supervisión y control de los recursos humanos, económicos, materiales y financieros en un hospital de gran prestación de servicios de salud.

TAREAS TÍPICAS

- Elaborar la proforma presupuestaria del hospital y someterla para su aprobación.
- Preparar documentos justificativos para la administración y provisión de bienes de la unidad y participar en el Consejo técnico y Comité de Adquisiciones.
- Coordinar con las autoridades, la determinación de los recursos económicos, financieros, materiales y otros de la Unidad.
- Autorizar los gastos de acuerdo a las disposiciones legales y reglamentarias pertinentes.
- Supervisar el control contable del movimiento económico financiero de la Unidad.
- Administrar los recursos económicos, financieros y materiales de la Unidad.

- Cumplir y hacer cumplir las leyes de Servicio Civil, Remuneraciones, Código del Trabajo, sus Reglamentos y más disposiciones y procedimientos técnico administrativos.
- Supervisar las labores técnico administrativas de las Unidades y del personal a su cargo.
- Organizar y controlar los sistemas de seguridad general de la Unidad.
- Presentar informes periódicos al Director de la Unidad.

CARACTERISTICAS DE LA CLASE

Responsabilidad económica por la ejecución del gastos.

Responsabilidad administrativa por el cumplimiento de normas y procedimientos.

REQUISITOS MINIMOS

- a) Título profesional en Administración.
- b) Experiencia de dos años como Administrador Hospitalarios 1.
- c) Haber aprobado un curso de Control Gubernamental.
- d) Licencia profesional actualizada.

Anexo 4

ANALISTA DE RECURSOS HUMANOS 2

NATURALEZA DEL TRABAJO

Coordinación, ejecución y supervisión de estudios técnicos de administración de Recursos Humanos.

TAREAS TÍPICAS

- Realizar estudios de revisión a la clasificación y sus correspondientes auditorías de trabajo.
- Receptar pruebas de conocimiento a los candidatos a ocupar un puesto dentro de la institución y presentar el informe de resultados.
- Ejecutar estudios técnicos a efectos de determinar gastos de representación y residencia.
- Preparar proyectos de especificaciones de clase, aplicables en la institución.
- Realizar estudios de ascensos, traslados y otros movimientos de personal y redactar la respectiva acción de personal para su posterior legalización y registro.
- Coordinar los estudios de los subsistemas de personal con la Dirección Nacional de Personal.
- Realizar análisis administrativos y económicos del pliego de peticiones propuesto por los trabajadores.

- Presentar informes acerca de la conveniencia de las comisiones de servicios interinstitucionales, así como de las comisiones al exterior.
- Realizar sumarios administrativos del personal amparado por Carrera Administrativa y audiencias al personal no amparado en la Ley de Servicio Civil.
- Elaborar programas de capacitación de acuerdo a las necesidades de la institución.
- Tramitar procesos de visto bueno de los trabajadores sujetos al Código del Trabajo en los organismos competentes.
- Supervisar la realización de estudios específicos de Recursos Humanos encargados a grupos de trabajo.

CARACTERISTICAS DE LA CLASE

Responsabilidad en el manejo de los diferentes subsistemas de Recursos Humanos y la aplicación de normas técnicas y legales.

Requiere de iniciativa, creatividad, excelentes relaciones personales.

Supervisa las labores por personal de menor nivel.

REQUISITOS MINIMOS

- a) Título profesional en Administración, Derecho, Psicología Industrial o Administración de Personal.
- b) Experiencia de dos años como Analista de Recursos Humanos 1.

Anexo 5

PROVEEDOR JEFE

NATURALEZA DEL TRABAJO

Ejecución y supervisión de programas de adquisición y abastecimiento de materiales, bienes muebles y otros en una institución o dependencia.

TAREAS TIPICAS

- Ejecutar y supervisar el plan anual de suministros de l institución en base a las necesidades de demanda y equipamiento de los programas de trabajo.
- Supervisar y controlar la compra de artículos, equipos, maquinaria, materiales y productos, entre otros, estableciendo las mejores condiciones de calidad y precio, según las disposiciones establecidas en las leyes y reglamentos vigentes.
- Preparar y presentar informes para efectos de análisis presupuestario.
- Ejecutar labores de control de costos por unidad.
- Participar en el proceso de licitaciones y concurso de precios de conformidad a la Ley.
- Asesor a jefes departamentales en la ejecución de programas de abastecimientos.

CARACTERISTICAS DE LA CLASE

Requiere de iniciativa para el oportuno y eficiente abastecimiento de bienes en las mejores condiciones de precio y calidad.

Ejerce supervisión sobre el personal de menor nivel.

REQUISITOS MINIMOS

- a) Egresado o Licenciado en Administración, Mercadotecnia, Economía, Finanzas, Contabilidad y Auditoría.
- b) Experiencia de dos años como Proveedor.

Anexo 6

GUARDALMACEN JEFE

NATURALEZA DEL TRABAJO

Ejecución y supervisión de labores de recepción, custodia y entrega de mercaderías en el almacén dependiente del Estado.

TAREAS TIPICAS

- Ejecutar y supervisar la recepción, clasificación, acondicionamiento y entrega de mercaderías, bienes muebles y otros.
- Remitir al departamento de Contabilidad las notas de ingreso, transferencia y otros.
- Mantener stocks mínimos de mercaderías.
- Participar en el planeamiento de la política de adquisiciones.
- Elaborar partes diarios del movimiento del almacén.
- Complementa su trabajo con labores administrativas propias de la naturaleza del puesto.

CARACTERISTICAS DE LA CLASE

Responsable por la custodia, existencia y preservación de los bienes y materiales a su cargo.

Ejerce la supervisión a personal de menor nivel.

REQUISITOS MINIMOS

- a) Egresado o Licenciado en: Administración, Mercadotecnia, Economía, Finanzas, Contabilidad y Auditoría.

- b) Experiencia de dos años como Guardalmacén.

Anexo No. 7

MEDICO

NATURALEZA DEL TRABAJO

Diagnóstico, asistencia y tratamiento médico específico en un servicio de salud, o colaboración en la dirección de servicios médicos en dispensarios o centros de salud.

FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES ESPECIFICAS

- Colaborar en la asistencia médica especializada en: Psiquiatría, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Cirugía, General, Radiología, Cirugía-Cardiovascular, Anatomía Patológica, Traumatología y Ortopedia, Cardiología y otras especialidades en servicios de salud.
- Confeccionar las historias clínicas de los pacientes.
- Solicitar e interpretar los exámenes de laboratorio y complementarios.
- Supervisar las labores de atención médica.
- Dar atención de medicina general y realizar labores de Cirugía.
- Colaborar en campañas sanitarias.

CARACTERISTICAS

Esta clase de puestos se caracteriza por la responsabilidad de dar una eficiente atención médica. Cuando trabaja en un campo específico se caracteriza por realizar

su función bajo la supervisión directa del especialista; o cuando se realiza las funciones de dirección de servicios médicos por la supervisión que ejerce sobre el personal médicos y paramédico. Cuando se trata del especialista becario se caracteriza además, por la realización de sus funciones en ciudades que no sean Quito o Guayaquil, por un tiempo equivalente a la duración de su beca.

REQUISITOS MINIMOS :

Exigible:

- Título que le faculte el ejercicio legal de la medicina y haber terminado el curso regular de postgrado en calidad de médico becario; o,
- Título que le faculte el ejercicio legal de la medicina y experiencia profesional de 2 años.

Responsabilidad del supervisor :

Al jefe de servicio le corresponde evaluar su trabajo por los resultados alcanzados y facilitarle los recursos necesarios para el funcionamiento del servicio médico.

Valoración:

Grado

Sueldo.

Anexo 8

ENFERMERA 2

NATURALEZA DE TRABAJO

Ejecución y supervisión de labores profesionales de enfermería, en unidades hospitalarias de gran magnitud y de especialidades.

TAREAS TÍPICAS

- Ejercer labores de atención integral de enfermería hospitalaria a pacientes que requieren cuidados intensivos y/o de especialidad.
- Dar atención integral de enfermería comunitaria en el área asignada.
- Determinar el perfil epidemiológico de su área de influencia, conjuntamente con el equipo de salud, priorizar y apoyar los programas de acuerdo a las necesidades detectadas en el mismo.
- Ejecutar, evaluar y apoyar programas de educación, en el campo de la salud.
- Ejecutar y evaluar investigaciones que apoyen las acciones de salud.
- Colaborar en la elaboración del presupuesto de operación de los servicios de enfermería.
- Elaborar el presupuesto de operación de los servicios de enfermería.

- Supervisar, programar y evaluar las actividades de enfermería de los servicios hospitalarios.

CARACTERISTICAS DE LA CLASE

Responsabilidad por la toma de decisiones en situaciones emergentes de salud.

Responsabilidad por la custodia de bienes asignados a los servicios de enfermería.

Responsabilidad profesional por la eficiencia de los servicios prestados en su área.

Ejerce supervisión sobre el personal de menor nivel.

REQUISITOS MINIMOS

- a) Licenciada en Enfermería o Enfermera
- b) Experiencia de dos años como Enfermera 1

Anexo 9

AUXILIAR DE SERVICIOS MEDICOS

NATURALEZA DEL TRABAJO

Ejecución y colaboración de labores variadas de atención a pacientes.

TAREAS TIPICAS

- Controlar signos vitales a pacientes.
- Preparar material para tratamientos médicos.
- Administrar medicamentos bajo supervisión.
- Tomar y clasificar muestras para laboratorio.
- Colaborar en la realización de tratamientos.
- Atender a pacientes en servicio de cirugía.
- Consignar datos en fichas médicas.
- Efectuar curaciones sencillas.
- Realizar actividades de primeros auxilios.

Complementa su trabajo con labores rutinarias de oficina y limpieza.

CARACTERISTICAS DE LA CLASE.

Trabajo que requiere de supervisión permanente.

Sujeto a enfermedades contagiosas.

REQUISITOS MINIMOS.

a) Diploma de Auxiliar de Enfermería

**ANALISIS DE LA OFERTA DE LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA
DEL M.S.P. EN LA CIUDAD DE CUENCA**

INSTRUMENTO No. 7

1. DATOS GENERALES

NUMERO DEL AREA _____

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO _____

2.- PERSONAL ADMINISTRATIVO

NOMBRE: _____

SEXO: M F

EDAD: _____

AÑOS DE SERVICIO _____

CARGO: _____

3.- INSTRUCCION _____

CICLO BASICO

BACHILLER

SUPERIOR

4.- PROFESION _____

5.- DURANTE EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES HA RECIBIDO CAPACITACION

SI NO

6. CURSOS RECIBIDOS:

	Duración	Fecha
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____