



T
614
JAR

ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DEL LITORAL

**ESCUELA DE POSTGRADO EN ADMINISTRACION
DE EMPRESAS**

PROGRAMA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

SEGUNDA PROMOCION

TRABAJO DE GRADUACION

TITULO DEL TRABAJO

**"PROPUESTA DE UN MODELO GERENCIAL DE ATENCION DE
SALUD INTEGRAL-INTEGRADA EN EL SUBCENTRO DE
PEGUCHE - IMBABURA 1997"**

REALIZADO POR : GRUPO DE TRABAJO IMBABURA

**DRA. TERESA JARAMILLO JIMENEZ
LCDO. LUIS HÚMBERTO BOLAÑOS QUENGUAN**

DIRIGIDO POR : DR. FRANCISCO VALLEJO F.

**GUAYAQUIL - ECUADOR
DICIEMBRE 1997**

DEDICATORIA

DEDICAMOS EL PRESENTE TRABAJO A TODAS LAS PERSONAS QUE INTEGRAN LA PARROQUIA DR. MIGUEL EGAS CABEZAS, ESPECIALMENTE A LOS NIÑOS Y A NUESTRAS FAMILIAS.

AGRADECIMIENTO

“LA MEMORIA DEL CORAZON...”

A TODAS LAS PERSONAS QUE COLABORARON
CON NOSOTROS, CONTRIBUYENDO CON SUS
INVALORABLES CONOCIMIENTOS, TIEMPO Y
EXPERIENCIAS PARA QUE ESTE TRABAJO
PUEDA REALIZARSE EN LOS MEJORES
TERMINOS.

**“SOLO AQUELLOS QUE SE
ARRIESGAN IR MAS LEJOS,
DESCUBRIRAN HASTA
DONDE PUEDEN LLEGAR”**

Juan Salvador Gaviota

Richard Bach

RESUMEN EJECUTIVO

“PROPUESTA DE UN MODELO GERENCIAL DE ATENCION DE SALUD INTEGRAL - INTEGRADA EN EL SUBCENTRO DE PEGUCHE - IMBABURA 1997”

El Subcentro de Salud de Peguche es una de las unidades operativas que integran la Red de Servicios de Salud del Area Nro. 4 de Imbabura ; hasta junio del presente año funcionó como Puesto de Salud que ofrecía atención exclusivamente curativa, limitada a la presencia irregular de un Médico Rural. En julio, un equipo completo de trabajo inicia sus labores en esta nueva unidad.

Para lograr el cambio, crecimiento y desarrollo de la unidad, así como para mejorar la atención al cliente externo fue necesario efectuar un diagnóstico situacional de base en la parroquia, utilizando técnicas diversas como: diálogos, entrevistas, censo, encuesta, grupos focales, visitas a instituciones, etc. Comprometiendo la participación social se elaboró el árbol de problemas de salud existentes en área, luego usando la matriz de métodos combinados se priorizaron los problemas y se buscaron alternativas de solución para los mismos. Se encontró que sus problemas radican principalmente a nivel de unidad socio-cultural, ambiental y alta morbilidad infantil, (fraccionamiento de la comunidad, insuficientes servicios básicos de salud, enfermedades diarreicas agudas EDA e infecciones respiratorias agudas IRA).

Usando la matriz FODA se realizó un análisis interno y externo de la unidad identificando sus fortalezas y debilidades. Analizando el entorno se determinaron las oportunidades y amenazas en base a los factores demográficos, socioeconómicos, políticos, culturales y geográficos.

El concepto moderno de salud incluye aspectos biológicos, ambientales, educativos, económicos, estilos de vida y eficiencia en los servicios de salud, esto obliga a buscar nuevos modelos de atención a la salud, fundamentados en la integralidad e integración de los procesos, de modo que el trabajo conjunto de las instituciones de los diferentes sectores presentes en una área determinada, tenga como campo de acción el individuo, la familia, la comunidad y el medio ambiente en todo su contexto. El modelo debe responder a las necesidades propias de la población con eficacia, eficiencia, equidad y calidad. No existen modelos únicos y rígidos, por el contrario, las necesidades cambiantes del mundo moderno obligan a que las propuestas sean flexibles, no obstante deben incorporar en su estructura, algunos elementos básicos comunes especialmente técnicas gerenciales.

Durante el postgrado en Gerencia de Servicio de Salud hemos aprendido que lo más importante es utilizar las herramientas en nuestras propias unidades de trabajo.

El grupo de trabajo Imbabura presenta como alternativa de cambio un Modelo Gerencial de Atención Integral-Integrada con las siguientes características:

- Responsabilidad en el diagnóstico situacional de base.
- Generación y liderazgo de las acciones de salud con capacidad resolutive.
- Articulación, integración y coordinación de todos los recursos intra y extramurales de la región compartiendo responsabilidades.
- Suficiencia médico-tecnológica en base de objetivos y normas de calidad.
- Generación de condiciones para ordenar y priorizar los problemas de salud locales, disponiendo como requisito básico la información oportuna y confiable, construyendo un sistema de información adecuado.
- Cobertura total y equitativa a la comunidad.
- Prioridad al trabajo en equipo.
- Financiamiento tripartito.
- Incorporación de la comunidad y del equipo de salud en el proceso de diagnóstico, programación, control y evaluación del servicio.

Para que en el futuro pueda hacerse una evaluación del Modelo Gerencial, formulamos diferentes indicadores de Demanda, Oferta, Proceso y Resultado. Finalmente anotamos nuestras conclusiones y recomendaciones encaminadas a resaltar la necesidad de un cambio en el Modelo Biologista tradicional porque siempre será MEJOR PREVENIR QUE CURAR.

Este trabajo presenta una alternativa de atención integral-integrada que podría aplicarse en unidades operativas rurales similares.

CONTENIDO

INTRODUCCION

JUSTIFICATIVO

METODOLOGIA

Pags

1. MARCO CONCEPTUAL

1.1. SISTEMA ORGANIZACIONAL

1.1.1.	Enfoque sistémico de la Organización	1
1.1.2.	Propiedades sistémicas del concepto de Organización	1
1.1.3.	Componentes de la Organización	1
1.1.3.1.	Finalidad	1
1.1.3.2.	Estructura	2
1.1.3.3.	Funcionamiento	3
1.1.3.4.	Cultura organizacional	3
1.1.3.5.	Clima	3
1.1.3.6.	Dimensiones	4

1.2. CARACTERISTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD MODERNOS

1.2.1.	Descentralización	5
1.2.2.	Permanencia	5
1.2.3.	Polivalencia	5
1.2.4.	Eficacia	5
1.2.5.	Eficiencia	6
1.2.6.	Equidad	6
1.2.7.	Accesibilidad	6
1.2.8.	Calidad	7

1.3. SISTEMA DE INFORMACIÓN

1.3.1.	Qué es un sistema de information	8
1.3.2.	Elementos de un sistema de information	8
1.3.3.	Utilidad del sistema de information	9

1.4. PLANEACION ESTRATEGICA

(MODELO DE GERENCIA ESTRATEGICA) 10

1.4.1. Valores de la Organización	11
1.4.2. Visión	11
1.4.3. Misión	11
1.4.4. Políticas Generales	11
1.4.5. Matriz Análisis FODA	12
1.4.6. Direccionamiento estratégico	12
1.4.7. Objetivos	12
1.4.8. Planes estratégicos	13
1.4.9. Planes operativos (Programas)	13
1.4.10. Control	13

1.5 CARACTERISTICAS DE LA RELACION ENTRE CLIENTE INTERNO Y CLIENTE EXTERNO

1.5.1. Oferta	14
1.5.2. Demanda	14
1.5.3. Problema	14
1.5.4. Relación	14

1.6. NUEVO ENFOQUE EN LA ATENCION DE SALUD

1.6.1. Noción de iniciativa	15
1.6.2. Plano ético en la actividad curativa y preventiva	15
1.6.3. Plano operacional en la actividad curativa y preventiva	15
1.6.4. Educación para la salud.	16

1.7. INDICADORES

1.7.1. Uso de los indicadores	17
1.7.2. Características de los indicadores	17
1.7.3. Tipos de indicadores	18

2. DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD DE LA PARROQUIA DR. MIGUEL EGAS

2.1. HISTORIA	19
2.2. UBICACION GEOGRAFICA	20
2.3. CARACTERIZACION DE LA COMUNIDAD	20
2.3.1. Raza	20
2.3.2. Idioma	20
2.3.3. Vivienda	20
2.3.4. Trabajo - Producción	20
2.4. INFRAESTRUCTURA SANITARIA	21
2.4.1. Abastecimiento de Agua	21
2.4.2. Eliminación de excretas	22
2.4.3. Eliminación de desechos sólidos	22
2.4.4. Alimentos	22
2.5. SERVICIOS DE SALUD EN LA PARROQUIA	
2.5.1. Recursos Físicos	23
2.5.2. Recursos Humanos	24
2.6. DEMANDA	
2.6.1. Perfil Demográfico	25
2.6.2. Procendencia de usuarios	26
Gráfico de Indicadores demográficos	27
Gráfico de razones de consulta a la Unidad	28
Gráficos de indicadores de morbilidad	29

3. MODELO DE ATENCION DE SALUD INTEGRAL- INTEGRADA

3.1. CARACTERISTICAS GENERALES	32
3.2. ATENCION INTEGRAL DE LA SALUD	32
3.2.1. Promoción	33
3.2.2. Prevención	33
3.2.3. Curación	34
3.2.4. Rehabilitación	34
3.2.5. Cuidado del Medio Ambiente	34
3.3. ATENCION INTEGRADA DE LA SALUD	
3.3.1. Hacia el Interior	35
3.3.2. Hacia el Exterior	35
3.3.3. Participación social	35
3.4. ESTILO GERENCIAL DEL MODELO	
3.4.1. El Gerente	36
3.4.2. Campo de Acción del Gerente	36
Diagrama del campo de acción del gerente	37
3.4.3. Gerencia Estratégica	37
3.4.4. La Gerencia y los Sistemas Locales de Salud	38
Enfoque gerencial en la prestación de servicios de salud (diagrama)	39
3.5. ESTRUCTURA DEL MODELO (diagrama)	41
3.5.1. DEMANDA	42
3.5.1.1. Satisfacción del usuario	42
3.5.1.2. Demanda - Necesidades	43
Diagrama de Relación entre Necesidades y Demanda	43
Diagrama de Relación entre Oferta y Demanda	44
3.5.1.3. Cómo evaluar las necesidades de los usuarios	45
3.5.1.4. Participación activa del usuario	46

3.5.2.	RECURSOS	48
3.5.2.1.	Recursos humanos	48
	Equipo de trabajo	48
	Características de un equipo de trabajo	48
	Proceso de conformación de un equipo	48
	Etapas de desarrollo	48
	Beneficio del trabajo en equipo	49
	El equipo de trabajo del SCS Peguche	49
3.5.2.2.	Recursos físicos	50
	Infraestructura	50
3.5.2.3.	Recursos técnicos	51
	Planificación estratégica	51
	Valores humanos	51
	Visión	51
	Misión	51
	Objetivos	51
	Matriz FODA	52
	Proyectos estratégicos	53
	Estratégicas básicas	53
	Plan de acción	53
	Monitoría	54
3.5.3.	FINANCIAMIENTO	55
	Diagrama de financiamiento	55
3.5.4.	PROCESO DE ATENCION DE SALUD	56
3.5.4.1.	Servicios de salud en el nuevo modelo	56
	Promoción	56
	Prestaciones del Modelo de atención integral - integrada	57
	Problemas patológicos y prioridades generales de la parroquia	58
	Problemas Prioridades de patología materna de la parroquia	58
	Prestaciones esenciales y ampliadas por grupos etareos	59
	CONCLUSIONES	65
	RECOMENDACIONES	67
	ANEXOS	
	BIBLIOGRAFIA	

INTRODUCCION

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

El presente trabajo propone un Modelo Gerencial de atención integral-integrado de la salud en la parroquia Dr. Miguel Egas Cabezas por parte del equipo de salud de Peguche, cuyo enfoque básico serán las áreas de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Además se tratará de integrar los diferentes programas del ministerio para dar atención integrada al individuo, a la comunidad y al ambiente.

De manera técnica y científica se realizará un diagnóstico del Subcentro de Salud, Recursos Humanos, Físicos y Materiales con los cuenta la unidad operativa (oferta). Se determinará la situación de salud de la población de influencia del Subcentro, estableciendo perfiles demográficos y epidemiológicos, conociendo sus necesidades y priorizando sus problemas (demanda).

Se establecerán niveles sociales, económicos, étnicos, culturales, inventarios de obras de saneamiento como agua potable, sistemas de evacuación de aguas servidas y residuos sólidos. Finalmente se propondrán alternativas de solución coherentes y prácticas que ayuden a resolver los principales problemas de salud locales con plena participación de la comunidad persiguiendo equidad, eficiencia, eficacia a un costo accesible, comprometiendo la participación multisectorial.

JUSTIFICATIVOS

El sistema de salud se ha deteriorado no solo en nuestra provincia sino a nivel nacional, preocupado sólo de cubrir la demanda espontánea, medicalizada, dando énfasis a la curación y no a la prevención y al fomento de la salud, considerando sólo aspectos biológicos e ignorando la influencia de aspectos sociales, económicos, políticos y sobre todo ambientales, sin permitir la participación del usuario ; con poca coordinación entre sus niveles, sin un sistema de información apropiado, sin modelos técnicos flexibles y sin una planeación estratégica que le permita cumplir con sus objetivos.

La tendencia mundial y nacional propone un cambio en la atención a la salud, dando énfasis a la promoción y prevención, aplicando modelos técnicos y flexibles, involucrando tanto al equipo de salud cuanto a la comunidad, formando profesionales que dirigirán a las unidades con criterios gerenciales, que les permita enfrentar los retos del mercado de salud que es altamente competitivo, cambiante e imperfecto.

METODOLOGIA

La metodología utilizada es la investigación - acción, partiendo de un diagnóstico situacional inicial de base en la Parroquia Dr. Miguel Egas Cabezas, recopilando, codificando y analizando la información demográfica, epidemiológica, socioeconómica; para identificar los problemas y riesgos potenciales y determinar la disponibilidad y distribución de recursos y su plena utilización.

Se realiza un análisis de viabilidad del modelo de atención integral - integrada propuesto, basándonos en el desarrollo de técnicas administrativas gerenciales y utilizando instrumentos técnicos.

Incorporamos en forma directa , permanente y gradual la aplicación del nuevo modelo en el SCS de Peguche y establecemos mecanismos de evaluación del servicio de la atención a la salud y su impacto en el bienestar de la comunidad.

1.- MARCO CONCEPTUAL

1.1. SISTEMA ORGANIZACIONAL

1.1.1. ENFOQUE SISTEMICO DE LA ORGANIZACION

Es un conjunto socio técnico de procesos interrelacionados de entrada, transformaciones y salidas, actuando diferenciada e interdependientemente en función de objetivos explícitos y regidos por un orden normativo válido tanto para el conjunto como para cada individuo y su relación con el ambiente.

El término organización en el sentido institucional es un sistema social en sí mismo donde se coordina esfuerzos de personas en torno a objetivos comunes a través de procesos dinámicos y abiertos.

1.1.2. PROPIEDADES SISTEMICAS DEL CONCEPTO DE ORGANIZACIÓN

- Propósito fundamental orientador.
- Capacidad de actuar como un todo integrado (unidad).
- Apertura al medio externo.
- División del trabajo y jerarquización de la autoridad.
- Capacidad de transformación.
- Interacción y complementación.
- Control en función de objetivos organizacionales y sociales.

1.1.3. COMPONENTES DE LA ORGANIZACIÓN

1.1.3.1. Finalidad: Define que resultados específicos se busca, se expresan en los objetivos formulados. Orienta en el uso de los recursos que recibe del medio externo para transformarlos en los productos o servicios que satisfacen una necesidad individual o social.

1.1.3.2. Estructura de la organización: Sirve de sustentación básica a la organización, con un orden y distribución de sus elementos que ejercen una función precisa en armonía con la totalidad de la organización, depende de los requisitos que deriven de los objetivos institucionales.

En una institución de salud tendríamos:

Áreas en salud:: Se refiere a los grandes ámbitos de acción.

- Atención a las personas.
- Atención al ambiente.
- Servicios internos como planificación, administración, logística que sustentan a las dos anteriores.

Niveles de autoridad: Permite racionalizar el ejercicio de la autoridad, pues establece para cada nivel el ámbito de sus atribuciones y responsabilidades.

- Dirección
- Sistematización.
- Programación.
- Ejecución.

ACTUACION RESPONSABLE	MECANISMO DE PLANEACION	MECANISMO DE CONTROL
Dirección	Orientación integradora de políticas, objetivos, estrategias generales	Interpreta la realidad y reorienta la misión institucional
Sistematización	Transformación promotora : diseño táctico por área	Diagnóstico y pronóstico de problemas, rediseño de modelos
Programación	Organización adaptativa : distribución por programas	Análisis de actividades, ajuste de programas
Ejecución	Operación activadora, ejecución de funciones	Monitoreo de operación y reporte de resultados

1.1.3.3. Funcionamiento: Es el proceso de transformación de insumos en productos o servicios que revierte al ambiente. (proceso productivo), se concreta en su sistema operativo y su funcionamiento organizacional contribuye al cumplimiento de los objetivos en condiciones óptimas.

1.1.3.4. Cultura organizacional : Las organizaciones son siempre únicas, cada organización posee su propia cultura, sus motivaciones individuales, el desempeño y sus reacciones a factores relacionadas con la organización del trabajo. Son la conjugación de todos los valores compartidos y la suma de opiniones individuales de los miembros de la organización.

1.1.3.5. Clima: Es el ambiente humano dentro del cual se realizan sus trabajos los integrantes de la organización; no se ve ni se toca pero está allí y contribuye a dar personalidad a la organización.

1.1.3.6. Dimensiones : Las organizaciones modernas deben orientar su trabajo de tal manera que reconozcan la magnitud real de sus valores, estructura, procesos productivos y de los rápidos cambios del entorno.

A lo largo de la historia la sociedad se ha transformado, dónde y cuándo se inicia el cambio, es discutible, pero lo más importante son los factores que intervienen en él. Ahora, sin duda, es el conocimiento el recurso primario para los individuos y la economía en general. Estos conocimientos deben estar integrados a la tarea en equipo. La organización moderna es desestabilizadora, pone en práctica la destrucción creativa, tiene que incorporar en su estructura misma la gestión del cambio para el abandono sistemático de todo lo establecido.

La cultura de la organización moderna tiene que trascender de la comunidad, puede estar en ella pero no pertenecerla ya que el conocimiento no tiene fronteras.

Debemos aceptar como un hecho la evolución de sociedades basadas en tierra, trabajo y capital a sociedades organizacionales del conocimiento y la información.

En el Ecuador el M.S.P. ha organizado un sistema regionalizado para la atención de salud, el cual está conformado de la siguiente manera:

- A nivel Nacional: La planta central del M.S.P. y los hospitales de referencia nacional.
- A nivel Provincial: La Dirección Provincial de Salud y el Hospital Provincial.
- Area de salud: Constituye la red funcional del sistema regionalizado de servicios de salud en los aspectos técnico y administrativo. Está integrado por los hospitales cantonales (jefaturas de área), centros, subcentros y puestos de salud. Brinda atención de salud a través de una red integrada de servicios, con capacidad resolutive básica.

1.2. CARACTERISTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD MODERNOS

1.2.1. DESCENTRALIZACION

La descentralización es una alternativa para focalizar grupos humanos y los problemas locales que deben ser atendidos así como para determinar problemas del medio ambiente donde se desenvuelven, conlleva la posibilidad de detectar las necesidades más urgentes, de organizar los recursos, con el fin de responder a las necesidades dentro de las limitaciones existentes.

Siempre será necesario contar con criterios y orientaciones emanadas a nivel central, pero corresponde al nivel local la interpretación, las orientaciones y sobre todo las decisiones en función de la realidad de la comunidad dentro del área de influencia.

1.2.2. PERMANENCIA

El servicio debe ser permanente, es decir estar abierto todos los días, especialmente el servicio de atención curativa, puesto que las actividades preventivas pueden organizarse en forma periódica a condición de que se mantenga la continuidad.

1.2.3. POLIVALENCIA

El servicio debe responder a todos los problemas presentados por la población aún en el caso de que se necesite la referencia a un nivel más complejo y especializado. Uno de los roles del especialista es permitir la existencia de esta polivalencia, definiendo lo que es posible realizar a nivel periférico, aceptando las referencias y enviando las contrareferencias.

1.2.4. EFICACIA

La eficacia es la comparación de los resultados con los objetivos, es decir el grado en que se han alcanzado objetivos preestablecidos. Existen dos tipos de objetivos:

los resultados inmediatos y los resultados mediatos, cada uno de ellos supone métodos específicos de evaluación.

1.2.5. EFICIENCIA

Expresa la relación entre los resultados obtenidos en un programa de salud o actividad y los esfuerzos realizados en términos de los recursos utilizados. Analiza si los beneficios del programa son suficientes en relación a los costos incurridos.

Se refiere a la característica de un proceso, de alcanzar un resultado determinado con menor utilización de recursos en algún proceso de producción alternativo.

Mide la relación que existe entre el resultado conseguido y el esfuerzo invertido en dinero, recursos y tiempo.

1.2.6. EQUIDAD

Se refiere a la distribución justa de la atención de la salud a los diferentes grupos de población de acuerdo a su necesidad lo que implica una disminución de las desigualdades entre los grupos humanos y la superación de estructuras sociopolíticas de dominación y apropiación.

1.2.7. ACCESIBILIDAD

Los servicios deben situarse lo más cerca posible de la población en el plano geográfico, pero también en el plano socio-cultural, es muy importante también que el costo de los servicios esté acorde con los ingresos de los usuarios y que la organización tenga sus horarios respondiendo a las necesidades de la comunidad. En cuanto a la selección de los funcionarios, es preferible contar con personas que deseen y les interese el trabajo y que se comprometan con el mismo ya que la relación del equipo de trabajo con el usuario es directa.

1.2.8. CALIDAD

A estos conceptos fundamentales se puede agregar la calidad de los servicios, la calidad es un concepto fácil de entender pero difícil de definir, pero está

relacionado con la manera de realizar una actividad, la forma de producir un servicio, la forma de conseguir los objetivos, ya que la calidad es el resultado del trabajo en conjunto encaminado a conseguir la satisfacción del usuario.

1.3. SISTEMA DE INFORMACION

1.3.1. QUE ES UN SISTEMA DE INFORMACION?

La información por sí sola no constituye ningún apoyo para la gestión, debemos seleccionarla, clasificarla y usarla; solo así cumplirá su propósito “permitir la toma de decisiones oportunas y correctas”.

La información debe ser:

- clara entendible
- segura real
- valiosa coherente
- adecuada según necesidades
- Neutra permite evaluar distintas opciones.

Es necesario crear mecanismos, implementar un sistema de información que es un proceso dinámico a través del cual los insumos de oferta y demanda se relacionan entre si se organizan para ofrecer datos procesados (información) que el usuario requiere.

1.3.2. ELEMENTOS DE UN SISTEMA DE INFORMACION

DEMANDA	OFERTA	PROCESO	RESULTADOS	IMPACTO
---------	--------	---------	------------	---------



ENTORNO

AMBIENTE

1.3.3. UTILIDADES DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN

- a.- Permite la toma de decisiones oportunas y correcta.
- b.- Es elemento de apoyo para difundir las políticas de salud institucional.

- c.- Es elemento de contacto para el intercambio y comparación de información.
- d.- Entrega al usuario (gerentes, directores, técnicos, etc.) los datos procesados que requieren.

MODELO DE GERENCIA ESTRATEGICA



1.4. LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

La planeación debe entenderse como una tarea que involucra a todas las personas del equipo y la comunidad rompiendo con la acción verticalizada de “unos diseñan los programas y otros los ejecutan”. La planeación es posible cuando un equipo tiene un propósito explícito y la voluntad expresa para alcanzarlo.

Planificar para la salud de la comunidad, no es igual a planificar con, por y para la comunidad que es nuestra principal misión.

1.4.1. VALORES DE LA ORGANIZACION

Son el conjunto de principios, normas, creencias que inspiran la vida de una organización, la escala de valores que en conjunto integran la filosofía empresarial. Deben ser claros, precisos, coherentes. En ellos se soporta la visión y misión de la empresa.

1.4.2. VISION

Es el sueño que vivimos despiertos, que refleja la imagen ideal de nuestra organización en el futuro a partir de una realidad concreta.

La visión debe proyectarse en la razón de ser de la empresa. Todos los funcionarios deben conocer la visión y misión de su organización.

1.4.3. MISION

Es la razón de ser de una empresa, es el por qué de su existencia, determina el sector de mercado al cual va a servir, los productos que quiere ofrecer, las condiciones de la oferta, señala prioridades y enrumba la dirección de la organización.

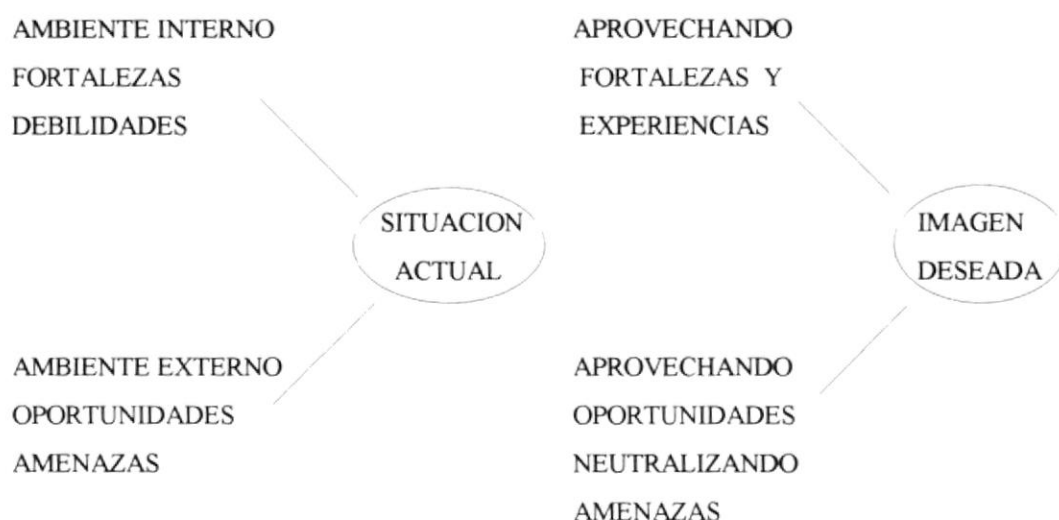
1.4.4. POLITICAS GENERALES

Son las reglas del juego, cuáles son los deberes y derechos de la empresa y sus colaboradores.

Se busca un punto de equilibrio en el que todos los participantes de la actividad empresarial contribuyan al cumplimiento de los objetivos individuales y corporativos.

1.4.5. ANALISIS MATRIZ FODA

Una de las funciones del gerente, es analizar sistemáticamente el interior de la organización y su entorno, con el propósito de orientar, guiar, corregir el rumbo de la misma, de tal manera que aproveche las oportunidades y supere las amenazas que continuamente aparecen en el ambiente.



1.4.6. DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

Es el rumbo que toma la organización en base de su visión y misión, es el camino que se traza una empresa aprovechando sus fortalezas y oportunidades y evitando las amenazas y debilidades.

1.4.7. OBJETIVOS

1.4.7.1. Objetivo general: Responde a la visión y misión de la Organización y es un compromiso generado a nivel superior que constituye el marco de referencia de los esfuerzos y el trabajo conjunto de la empresa.

1.4.7.2. Objetivos específicos: Son aquellos que responden a los planteamientos funcionales, que son susceptibles de medir y permiten identificar y cuantificar actividades puntuales. Generalmente son de corto plazo.

Los objetivos específicos deberán ser coherentes con el objetivo general y formar parte de del mismo.

1.4.8. PLANES ESTRATEGICOS

Nos permiten hacer realidad los objetivos, concretar y ejecutar proyectos. Existen diferentes estrategias dependiendo de qué objetivos queremos alcanzar: competitiva, conservadora, agresiva y defensiva.

1.4.9. PLANES OPERATIVOS (PROGRAMAS)

Son las actividades que deben realizarse en cada área, en conjunto permitirán armar un plan operativo factible de monitorear, seguir y evaluar.

Debemos saber: qué debemos hacer, cuándo se debe hacer, dónde se debe llevar a cabo, quién debe hacerlo y para quién lo hace, con qué recursos contamos, que resultados esperamos, cómo medir los resultados. Una buena programación, evitará duplicación de esfuerzos, mal uso de recursos y de tiempo.

1.4.10. CONTROL

El control, evaluación y monitoreo son responsabilidad directa del gerente, deben realizarse periódicamente en base de un adecuado sistema de información, usando datos reales.

El desempeño de una empresa debe medirse en términos de resultados, los mismos que se expresan en indicadores que sirven para que el gerente tome decisiones.

La periodicidad con que debe hacerse el monitoreo es variable, dependiendo de qué área se evalúa, puede ser anual, semestral, trimestral, mensual, quincenal, etc.

La monitoría estratégica es parte de la cultura organizacional ya que todos los funcionarios de la empresa deben estar comprometidos con ella.

1.5. CARACTERISTICAS DE LA RELACION ENTRE EL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO.

La relación de oferta y demanda condicionan la utilización de los servicios de atención médica, existen muchos factores que intervienen en esta relación :

- El sufrimiento depende de factores socio-culturales,
- No todo sufrimiento se convierte en una demanda, ni en utilización del servicio de salud.
- La confianza que tenga el usuario para hacerse atender.
- La percepción que tenga el individuo del médico y del servicio
- La accesibilidad geográfica, cultural, económica, de tiempo.

1.5.1. OFERTA

El cliente interno es el funcionario comprometido que trabaja en la unidad operativa y es el eje de la oferta. Además se considera en la oferta la existencia de la unidad con todos los recursos necesarios para la entrega de los servicios, es condición importante que la población lo perciba como útil.

1.5.2. DEMANDA

El cliente externo es la persona más importante dentro del nuevo modelo de atención. Es en torno a él que se organizará todo el trabajo de la unidad.

Está constituida por todas las personas que viven en el área de influencia y por el medio ambiente.

1.5.3. PROBLEMA

La población lo expresa como necesidad y el servicio como demanda.

1.5.4. RELACION

Es la actitud de empatía entre el usuario y el servidor de la salud en la que se evidencia la comprensión y la aceptación del servicio prestado.

1.6. NUEVO ENFOQUE EN LA ATENCION DE SALUD

Desde hace algunos años se viene aplicando un nuevo enfoque en la atención en salud denominado enfoque de riesgo. Este enfoque intenta mejorar los servicios de salud estableciendo prioridades en función de las necesidades de atención de grupos específicos, de acuerdo a su mayor o menor vulnerabilidad de padecer determinados daños.

1.6.1. NOCION DE INICIATIVA

En el modelo de atención integral-integrada, quien debe tomar la decisión es el usuario, ser atendido según su voluntad y basado en información adecuada sobre los diferentes profesionales y servicios disponibles, la mencionada información debe ser particularmente estricta en el plano ético y operacional.

1.6.2. PLANO ETICO EN LA ACTIVIDAD CURATIVA Y PREVENTIVA

- En la actividad curativa, responde a la demanda con los medios disponibles.
- En la actividad preventiva, el compromiso moral es mucho mayor, no se puede proponer a la comunidad actividades sin conocer las ventajas e inconvenientes que éstas podrían traer.

1.6.3. PLANO OPERACIONAL EN LA ACTIVIDAD CURATIVA Y PREVENTIVA

- En el terreno curativo las intervenciones son estandarizadas como ejemplo se puede anotar el examen clínico (historial clínico).
- Para las actividades preventivas el servicio JUNTO CON LA COMUNIDAD deben definir una estrategia completa: Por qué?, qué hacer?, a quién?, dónde?, cuándo?, por quién?.

1.6.4. EDUCACION PARA LA SALUD

Es un conjunto de conocimientos, normas y procedimientos que se aplican para la enseñanza del individuo y la colectividad hasta obtener de ellos mediante el cambio

favorable de sus actitudes, buenos hábitos de salud que les permitan conservarse sanos dentro de un medio ambiente equilibrado.

La educación sanitaria es un método pedagógico que puede ser utilizado para las actividades de prevención como en las curativas y en otros aspectos.

1.7. INDICADORES

Un indicador es una medida que se usa para describir una situación existente o para medir cambios o tendencias a lo largo del tiempo. La mayoría de los indicadores son cuantitativos aunque algunos son cualitativos.

Hay variables complejas que para analizarlas requiere contemplar diferentes dimensiones de la variable y buscar indicadores que sean capaces de medirlas.

1.7.1. USO DE LOS INDICADORES

Los indicadores de salud sirven para :

- Analizar la situación existente
- Para hacer comparaciones
- Medir cambios en el tiempo
- Para tomar decisiones
- Para informar al equipo

1.7.2. CARACTERISTICAS DE LOS INDICADORES

Los indicadores deben tener ciertas características como:

- **Válido:** si revela efectivamente los cambios que se pretenden indicar
- **Objetivo:** Si arroja los mismos resultados cuando lo utilizan diferentes personas en distintos momentos y en circunstancias no idénticas.
- **Sensible:** si registra los cambios de la situación o el fenómeno de que se trate.
- **Específico:** Si refleja los cambios exclusivamente en la situación o fenómeno de que se trate.

1.7.3. TIPOS DE INDICADORES

1.7.3.1. Indicadores de demanda:

- Información demográfica
- Información epidemiológica
- Información ambiental condicionante.

1.7.3.2. Indicadores de oferta:

- Indicadores de disponibilidad
- Indicadores de accesibilidad

1.7.3.3. Indicadores de proceso:

- Información sobre uso de los servicios
- Información sobre eficiencia

1.7.3.4. Indicadores de resultado:

- Cantidad de productos generados

1.7.3.5. Indicadores de impacto:

- Efectividad
- Satisfacción
- Calidad de atención
- Costo-beneficio

2. DIAGNOSTICO

2.1. HISTORIA

En el área que comprende Peguche habitaron inicialmente los Imbayas, Otavalos y Caranquis conocidos por su resistencia a la conquista Inca.

A la llegada de los españoles, Otavalo estaba poblado por muchas tribus, como los Cochachis, Cotocachis, Peguches, Tocachis y otros; para defenderse de los invasores, se vieron obligados a migrar hacia otros lugares más apartados, desplazándose a varios rincones inhabitados; en estos lugares inhóspitos se asentaron grupos formados por varias familias, cuyo jefe era el guía del grupo, este debía poseer fuerza y capacidad, demostrando en todo momento su liderazgo y valor. Después estas agrupaciones se organizan y toman el nombre de Cabildos.

En la época de la colonia, los habitantes de esta comunidad trabajaban en las haciendas; realizando trabajos sumamente fuertes en calidad de encomenderos, obreros; para el provecho y beneficio de los hacendados, sin tener derechos de ninguna clase y mucho menos reclamar justicia y alimentación, Los obrajes consistían en trabajar en los telares fabricando ponchos, bufandas, para los amos; encargándose a las mujeres del lavado de la lana y el hilado de las mismas, en cambio los hombres realizaban el teñido y el tejido hasta la confección; sin obtener ninguna remuneración por su trabajo.

Hasta el año 1974, la gente de este lugar trabajaba en las haciendas; Peguche y Quinchuquí, de propiedad del Sr. Alfonso Barba y su esposa Beatriz Larrea: pero al fallecer este, heredó su hijo, Don Carlos Barba.

En el año 1975, los indígenas empezaron a protestar, dotados de algunas experiencias y con la ayuda de la Reforma Agraria y el Banco de la Vivienda expropiaron la hacienda de Peguche y parcelaron todas sus tierras; quienes laboraron en ella obtuvieron un lote que va desde 0,4 a 2,0 hectáreas dependiendo de la función y tiempo de trabajo que desempeñaron.

2.2. UBICACIÓN GEOGRAFICA.

La provincia de Imbabura está ubicada al norte del Ecuador, posee seis cantones, entre ellos Otavalo que comprende el sector urbano y nueve parroquias rurales. La parroquia rural **Dr. Miguel Egas Cabezas**, con las comunidades de **Peguche, Quinchuquí y la Bolsa**, está situada 3 Km. al norte de la Cabecera Cantonal Otavalo, a quien pertenece política y administrativamente.

Límites

AL NORTE: desde el cruce de la vía Dr. Miguel Egas Cabezas-San Juan de Ilumán, con la quebrada Grande aguas arriba hasta sus orígenes, de los orígenes de esta quebrada, la línea imaginaria al Este hasta alcanzar la cumbre del Cerro Imbabura.

AL SUR: De la cumbre del cerro Imbabura, la línea imaginaria al oeste hasta alcanzar las nacientes de la quebrada de Alcantarilla o quebrada de Susana Huaicu, aguas abajo hasta el cruce con la carretera San Juan de Ilumán-San Pablo; de este cruce por dicha carretera hacia el sur en dirección a San Pablo, hasta la altura latitudinal de la localidad Agato sur, del carretero la línea imaginaria al sur-oeste hasta alcanzar el Río Jatunyacu; el río Jatunyacu aguas abajo, hasta el cruce con la vía Otavalo-San Juan de Ilumán.

AL OESTE: Desde el cruce del río Jatuyacu con la vía Otavalo-San Juan Ilumán. Por dicha vía hacia el norte hasta el cruce con la quebrada Ilumán Grande.

2.3. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION

2.3.1. RAZA

En la parroquia la mayoría de sus pobladores son indígenas (97%) y una mínima parte son mestizos (3%) .

2.3.2. IDIOMA

El 95% de los habitantes de esta comunidad hablan el quichua su lengua nativa y el castellano, el 2% solo el quichua y el 3% solo castellano.

2.3.3. VIVIENDA

El tipo principal de vivienda es la casa con techo de teja, paredes de tapia o de adobe y piso de tierra compactada. Existen algunas casas que están construidas de bloque y cemento y otras de construcción mixta. El telar lo construyen dentro de la casa buscando el lugar más espacioso y cómodo, no le dan mucha importancia a los ambientes de sala comedor y dormitorios.

2.3.4. TRABAJO Y PRODUCCION

La ocupación principal de los habitantes de esta comunidad es la textil, es uno de los principales medios de economía de la comunidad ya que lo realizan casi todos los habitantes con ciertas diferencias.

PEGUCUE.- En su mayoría tejidos, sacos, telares etc. ; con actividad agrícola solo para auto abastecimiento

QUINCHUQUI.- 50% dedicado al tejido y 50% a la agricultura

LA BOLSA.- En su mayor parte agrícola con un 10% dedicado al tejido

2.4. INFRAESTRUCTURA SANITARIA

La parroquia Miguel Egas Cabezas, la conforman las comunidades de: Quinchuquí Alto, Quinchuquí Bajo, San José de la Bolsa y Peguche con sus 7 barrios: Central, Imbaquí, Tahuantinsuyo, Atahualpa, Obraje, Cáscara y Provivienda.

Peguche, a pesar de ser Cabecera Parroquial tiene obras de infraestructura incompletas e insuficientes.

2.4.1. ABASTECIMIENTO DE AGUA.

Los habitantes de esta comunidad, se abastecen de agua entubada, la misma que llega a la comunidad en escasas proporciones; y no todos los días; especialmente en la época de verano. Cuando ésta llega a faltar, los habitantes tienen que acarrear agua de

las acequias cercanas a la comunidad y muchas veces, la utilizan para el consumo humano sin ningún tratamiento previo.

Para el lavado de la ropa los indígenas utilizan el agua de las acequias que atraviesan el poblado. Cabe anotar también que muy pocas familias poseen pozo en sus viviendas y la gran mayoría se abastece de agua de las llaves públicas.

2.4.2. ELIMINACION DE EXCRETAS.

No toda la Parroquia dispone de alcantarillado, al momento solo Peguche tiene una red que sirve al 80% del sector, por lo que un gran número de familias han adoptado letrinas de campo y un porcentaje considerable hacen sus necesidades a campo abierto, con el consiguiente riesgo de epidemias graves.

2.4.3. ELIMINACION DE DESECHOS SOLIDOS (BASURA)

El manejo de los sistemas de aseo urbano en el Ecuador esta bajo la responsabilidad de los respectivos Municipios. El crecimiento de la población, el cambio constante de los hábitos de consumo y la tendencia a mejorar las condiciones de vida, sumados a otros factores han llevado a que el problema de los desechos sólidos en esta comunidad sea motivo de gran preocupación para todos.

Mas aun cuando no cuentan con el servicio de recolección municipal, ya que el departamento encargado de éste se justifica bajo el pretexto del mal estado de las carreteras; de tal manera que no hay por el momento alternativa y los pobladores continúan eliminando la basura a las quebradas, acequias, calles y parcelas, poniendo en peligro su salud y la de sus hijos, razón por la cual ha surgido la iniciativa de promover un proyecto tripartito (comunidad, municipio y equipo de salud) para el adecuado manejo de los desechos sólidos.

2.4.4. ALIMENTOS.

La comunidad no dispone de un mercado, muchos alimentos se expenden al aire libre sin ninguna norma de higiene; y se nota la presencia de vendedores ambulantes especialmente los días domingos o cuando tienen una fiesta.

2.5. SERVICIOS DE SALUD

La provincia de Imbabura dispone de la siguiente red de servicios :

- 1 Dirección Provincial de Salud - Planta Central
- 1 Hospital Provincial
- 3 Hospitales cantonales (Jefaturas de Areas). **Incluye el Hospital de OTAVALO**
- 1 Centro de Salud (Jefatura de Area)
- 43 Subcentros de Salud. **Incluye el Subcentro de Peguche**
- 9 Puestos de Salud
- 4 Areas de Salud (de acuerdo a la nueva organización)

El Area de Salud Nro. 4 está conformada :

- 1 Jefatura de Area : Hospital San Luis de Otavalo
- 9 Unidades operativas rurales (Centros, Subcentros y Puestos de Salud)

2.5.1. RECURSOS FISICOS.

Para cubrir la atención de salud en la parroquia Miguel Egas Cabezas, existe un Subcentro (antes puesto de Salud), con una infraestructura física remodelada y con el equipamiento en proceso . Esta unidad depende administrativamente de la Jefatura de Area Nro. 4 (Hospital San Luis de Otavalo), y consta de los siguientes ambientes (ver plano adjunto):

- 1 Consultorio médico
- 1 Consultorio odontológico
- 1 Area para enfermería
- 1 Sala de espera
- 1 Bodega
- 2 Medios baños.

(Planta arquitectónica de la unidad en anexos)

2.5.2. RECURSOS HUMANOS.

- 1 Médico general. 8 Horas
- 1 Odontólogo. 8 Horas
- 1 Enfermera profesional. 8 Horas
- 1 Auxiliar de enfermería. 8 Horas.
- 1 Inspector Sanitario (itinerante).

ORGANICO FUNCIONAL



2.6. DEMANDA

Para determinar la demanda el equipo realizó un censo en toda la parroquia Dr. Miguel Egas Cabezas, incluyendo las comunidades de Peguche, Quinchuquí y La Bolsa. Se estableció el perfil demográfico actualizado cuyos datos difieren de las estadísticas del INEC.

2.6.1. PERFIL DEMOGRAFICO OBTENIDO EN BASE AL CENSO REALIZADO EN LAS COMUNIDADES DE PEGUCHE, QUINCHUQUI Y LA BOLSA - 1997

CUADRO Nro. 1

	menor 1 año		1-4 años		5-14 años		15-49 años		50 y más		Embaza.	TOTAL
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M		
PEGUCHE	28	23	104	94	276	243	417	500	145	169	13	2042
QUINCHUQUI	11	16	68	70	161	176	270	287	69	89	3	1220
LA BOLSA	11	6	24	23	87	65	100	107	26	23	4	476
SUBTOTAL	50	45	196	187	524	484	787	894	240	281	20	3738
TOTAL	95		383		1008		1711		521			

Menores de 1 año	95	2,5 %
1 - 4 años	383	10,3 %
4 - 14 años	1.008	26,6 %
15 - 49 años	1.711	45,7 %
50 y más años	521	13,9 %
Mujeres embarazadas	20	0,5 %

Población total	3.738	100,0 %
------------------------	--------------	----------------

Mujeres en edad fértil	787
-------------------------------	------------

Total mujeres	1.847
---------------	-------

Total hombres	1.891
---------------	-------

Razón hombres / mujeres = 1,02 hombres por cada mujer

2.6.2. PROCEDENCIA DE LOS USUARIOS QUE HAN ACUDIDO AL SCS PEGUCHE ENTRE JULIO Y SEPTIEMBRE - 1997

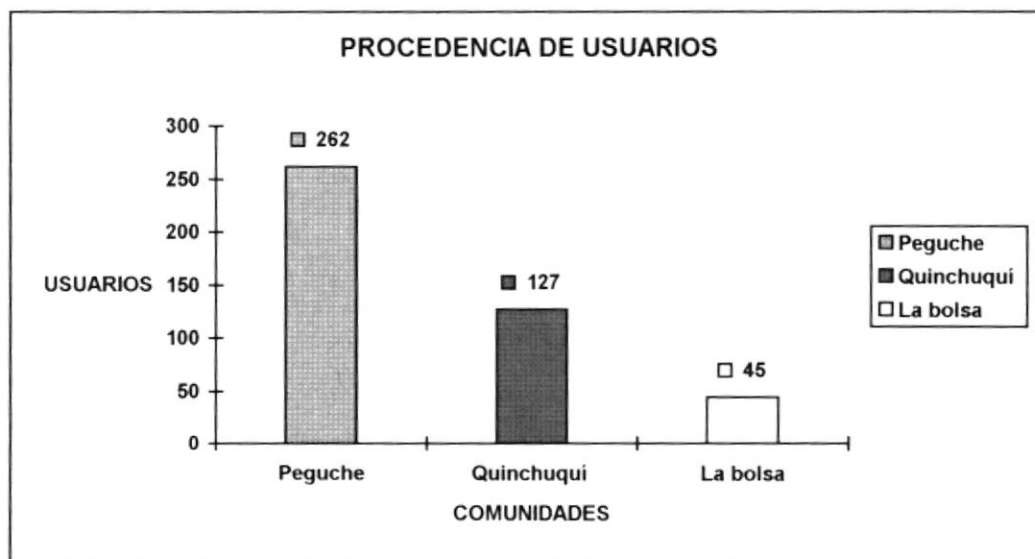
CUADRO Nro. 2

Procedencia	N°	%
Peguche	262	60.6 %
Quinchuquí	127	29.1 %
La bolsa	45	10.3 %
Total	436	100 %

FUENTE : ARCHIVO SCS PEGUCHE

ELABORADO POR : GRUPO DE TRABAJO IMBABURA

GRAFICO Nro. 2



PERFIL DEMOGRAFICO

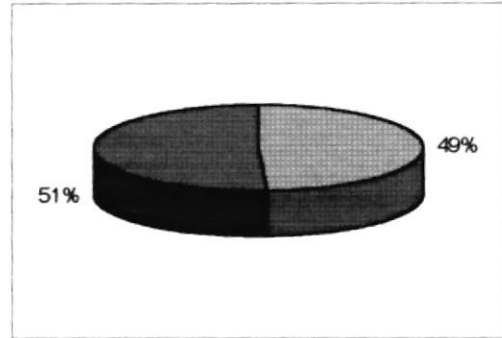
SEXO

CUADRO-GRAF. Nro. 3

TIPO	Cantidad	%
Masculino	1827	49.1
Femenino	1891	50.9
Total	3718	100.0

FUENTE: CENSO PEGUCHE / 97

ELABORADO: GRUPO TRABAJO IMBABURA



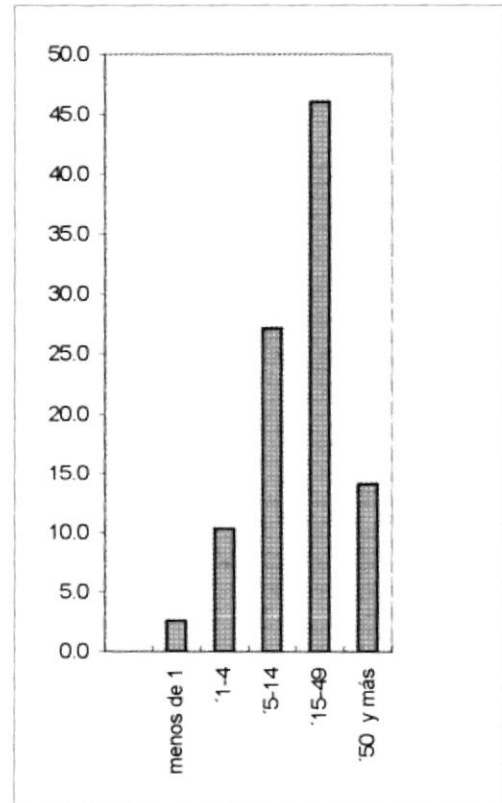
EDAD

CUADRO-GRAF. Nro. 4

EDAD(años)	Cantidad	%
menos de 1	95	2.6
1-4	383	10.3
5-14	1008	27.1
15-49	1711	46.0
50 y más	521	14.0
total	3718	100.0

FUENTE: CENSO PEGUCHE/97

ELABORADO: GRUPO TRABAJO IMBABURA



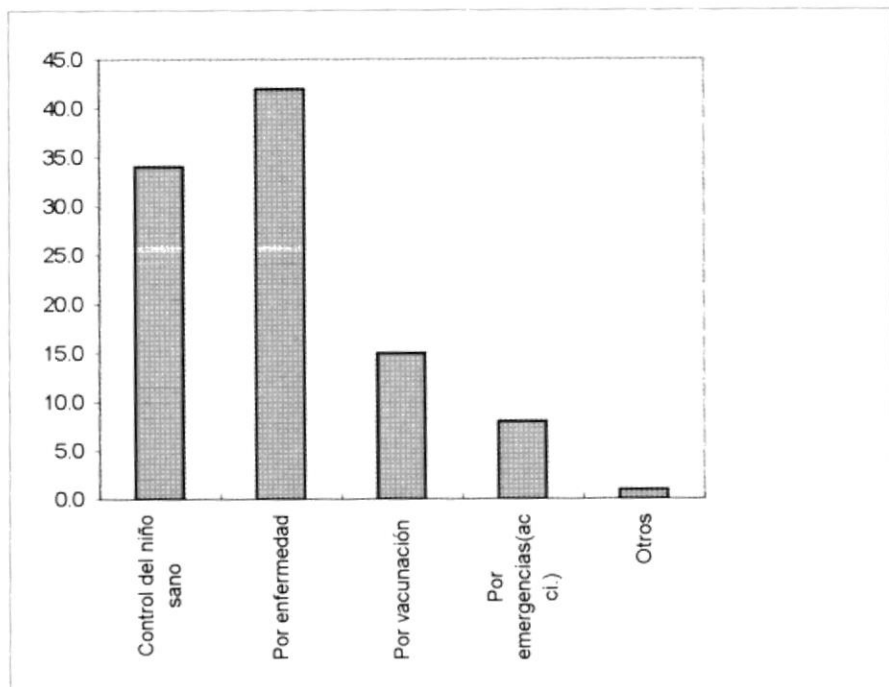
CAUSAS DE LA VISITA AL SCS PEGUCHE

CUADRO-GRAFICO Nro. 5

Causa de visita al SCS	%
Control del niño sano	34.0
Por enfermedad	42.0
Por vacunación	15.0
Por emergencias(acci.)	8
Otros	1
TOTAL	100.0

FUENTE ARCHIVO SCS PEGUCHE

ELABORADO GRUPO TRABAJO IMBABURA

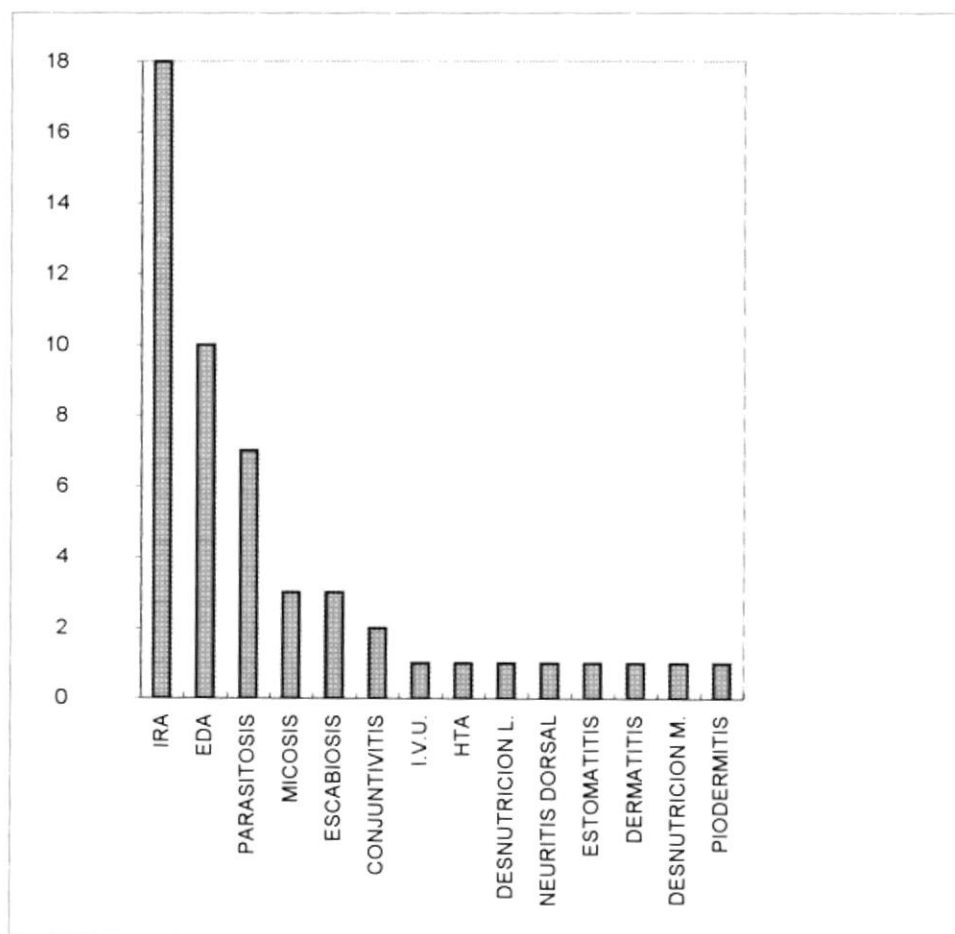


MORBILIDAD MES DE JULIO
CUADRO Y GRAF. Nro. 6

ENFERMEDAD	CONSULTAS
IRA	18
EDA	10
PARASITOSIS	7
MICOSIS	3
ESCABIOSIS	3
CONJUNTIVITIS	2
I.V.U.	1
HTA	1
DESNUTRICION L.	1
NEURITIS DORSAL	1
ESTOMATITIS	1
DERMATITIS	1
DESNUTRICION M.	1
PIODERMITIS	1

FUENTE ARCHIVO SCS PEGUCHE

ELABORADO: GRUPO TRABAJO IMBABURA

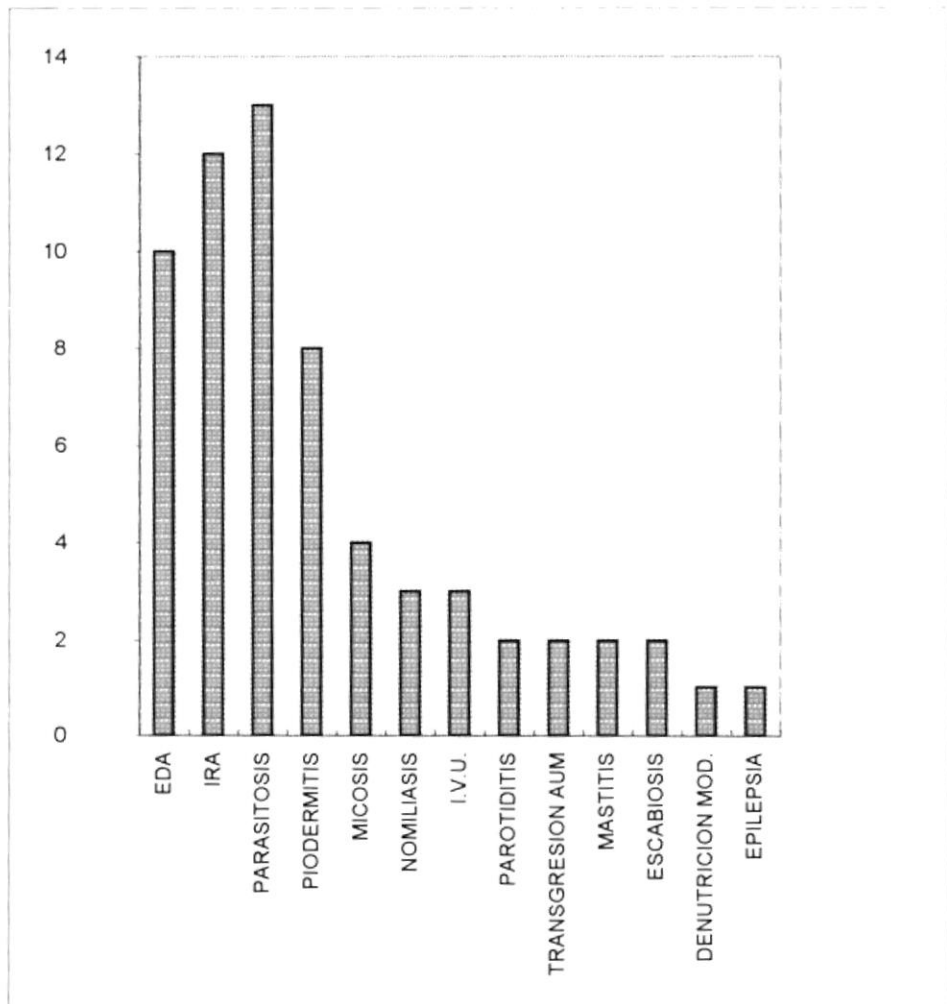


**MORBILIDAD MES DE AGOSTO
CUADRO Y GRAF. Nro. 7**

ENFERMEDAD	CONSULTAS
EDA	10
IRA	12
PARASITOSIS	13
PIODERMITIS	8
MICOSIS	4
NOMILIASIS	3
I.V.U.	3
PAROTIDITIS	2
TRANSGRESION AUM	2
MASTITIS	2
ESCABIOSIS	2
DENUTRICION MOD.	1
EPILEPSIA	1

FUENTE: ARCHIVO SCS PEGUCHE

ELABORADO: GRUPO TRABAJO IMBABURA

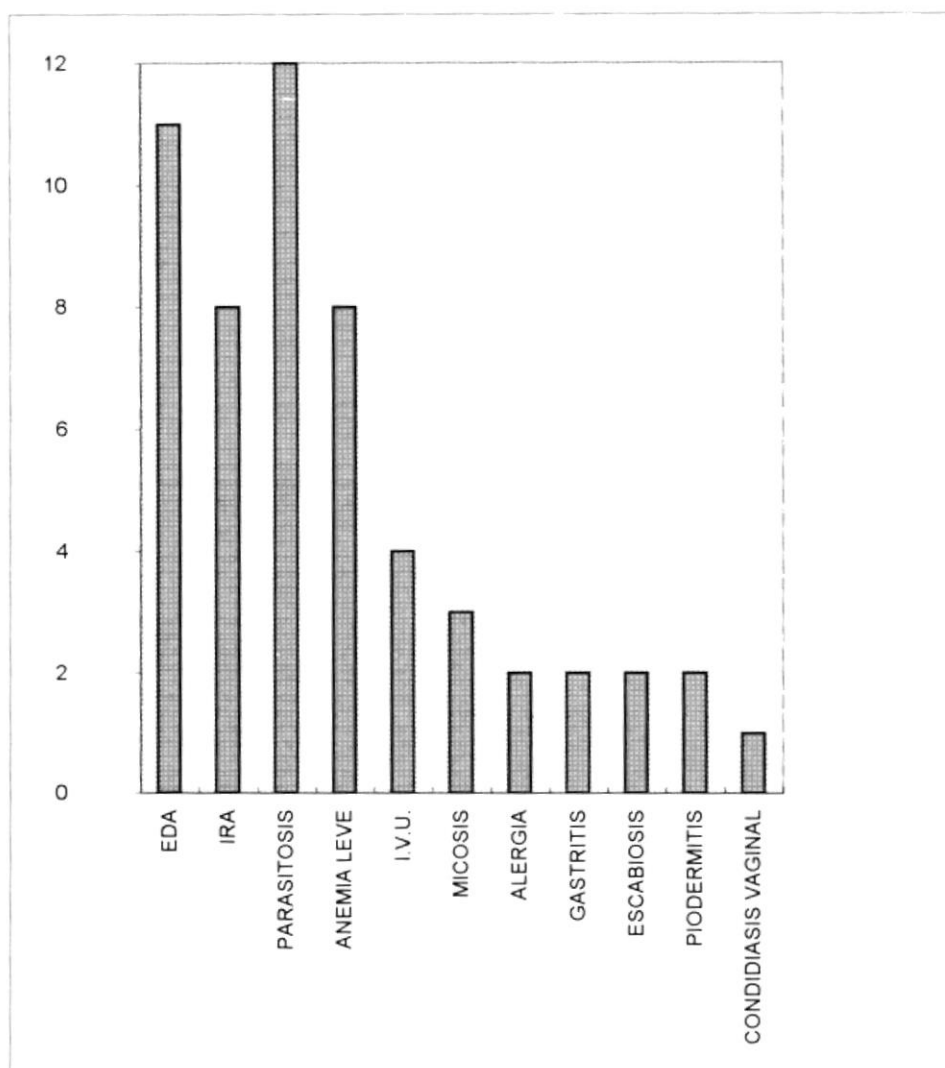


**MORBILIDAD MES DE SEPTIEMBRE
CUADRO Y GRAF. Nro. 8**

ENFERMEDAD	CONSULTAS
EDA	11
IRA	8
PARASITOSIS	12
ANEMIA LEVE	8
I.V.U.	4
MICOSIS	3
ALERGIA	2
GASTRITIS	2
ESCABIOSIS	2
PIODERMITIS	2
CONDIDIASIS VAGINAL	1

FUENTE: ARCHIVO SCS PEGUCHE

ELABORADO: GRUPO TRABAJO IMBABURA



3. MODELO GERENCIAL DE ATENCION INTEGRAL-INTEGRADA

3.1. CARACTERISTICAS GENERALES

Consiste en la atención primaria de salud en forma integral-integrada en el Subcentro de Salud de Peguche, de acuerdo a su capacidad resolutive, que orienta la prestación de los servicios a la población y al medio ambiente en base al análisis epidemiológico de los problemas locales de salud y a la formulación de soluciones eficientes y eficaces con la participación activa y deliberante de la comunidad.

El Subcentro de Salud de Peguche debe enfrentar con solvencia los problemas de salud que más frecuentemente afectan al individuo, a la familia, a la comunidad y al medio. Esto incluye la atención a las enfermedades cotidianas, sencillas y a las que requieren intervenciones de complejidad intermedia.

3.2. ATENCION INTEGRAL DE LA SALUD

Partimos del concepto de salud de la OMS, “La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no únicamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. La salud tiene dos aspectos, un objetivo que es la capacidad de funcionar y otro subjetivo que es sentirse bien., actualmente nadie puede desconocer su relación con factores educativos, culturales, ambientales, alimentarios, económicos, inmunológicos etc. El objetivo es transformar las actividades cotidianas donde se relacionan salud-enfermedad buscando formas creativas para atender no sólo al individuo sino a la comunidad.

Los problemas de salud son complejos y para facilitar su análisis hay que considerarlos como sistemas abiertos que guardan estrecha relación con el medio ambiente. Actualmente el término salud no está basado en valores individuales sino comunitarios, con proyección que va más allá de la simple recolección de datos, ya que se promueve un cambio de actitud en las personas para que busquen la solución a sus problemas o que exijan que las causas de la no solución estén claras.

La atención médica tradicionalmente se divide en curativa y preventiva, atención curativa es aquella que se da a una persona que sufre un padecimiento y atención preventiva es aquella que se da a las personas sanas para impedir la aparición de enfermedades. En nuestro modelo, la atención integral consta de las siguientes acciones:

- Promoción
- Prevención
- Curación
- Rehabilitación
- Cuidado del medio ambiente

3.2.1. PROMOCION

Las técnicas de mercadeo social tienen como objeto presentar, ofrecer y persuadir al usuario a consumir tal o cual producto o servicio, se apoya en la creatividad y los medios de comunicación masiva para obtener aceptación y ampliar su cobertura. La educación de la comunidad en todos sus aspectos es el método más idóneo para realizar actividades de promoción de la salud. La tendencia actual es que la comunidad tome parte activa en el proceso de cambio. Es necesario que aceptemos el reto y seamos responsables de la salud de nuestra comunidad.

3.2.2. PREVENCION

Son acciones de fomento y protección de la salud de las personas, familias, comunidad y medio ambiente, para evitar la ocurrencia de enfermedades. Es el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para prevenir la discapacidad, la muerte del paciente y la difusión de patologías a otras personas. La prevención podemos clasificarla de la siguiente manera:

- **Prevención primaria**, que consiste en evitar la aparición de enfermedad manteniendo el nivel de salud, ejemplo tenemos las vacunas.
- **Prevención secundaria**, que trata de evitar la extensión de la enfermedad es decir a recuperar el estado de salud, ejemplo el tratamiento de enfermedades.

- **Prevención terciaria** que trata de reducir las secuelas de las enfermedades, ejemplos la rehabilitación física.

En realidad la atención médica combina las actividades curativas y preventivas, por lo tanto es adecuado considerar la evolución natural de la enfermedad en los individuos, la comunidad y el medio.

Lo importante es considerar la historia natural de la enfermedad y seleccionar el tipo de intervención más útil, que se desarrollará ya sea durante la consulta espontánea o anticipándose a ella.

3.2.3. CURACION

Es la atención eficaz y eficiente que soluciona los problemas de salud que presente el usuario utilizando todas las herramientas disponibles, científicas, tecnológicas y operativas.

3.2.4. REHABILITACION

Es reducir las secuelas físicas, psicológicas, y sociales no solo de las enfermedades sino de los problemas de salud en la medida de lo posible de acuerdo a la capacidad resolutoria de la unidad.

3.2.5. CUIDADO DEL MEDIO AMBIENTE

Es la disminución del impacto de las malas prácticas humanas en el uso de los recursos naturales y de su habitat. Todas las medidas que se tomen en torno a conseguir este objetivo se proyectará en forma macro hacia el país y el mundo.

3.3. ATENCION INTEGRADA DE LA SALUD

La salud es un todo y es necesario elegir a cada momento el enfoque para incrementarla, mantenerla o recuperarla, por lo tanto debe combinarse acciones de prevención, curación, rehabilitación, cuidado del medio ambiente y debe realizarse idealmente en el mismo lugar.

3.3.1. HACIA EL INTERIOR

- Integración en el tiempo, todos los servicios están abiertos al mismo tiempo, se aprovechan todos los contactos para asegurar el conjunto de servicios.
- La atención de la salud debe ser global, los usuarios deben ser comprendidos en su totalidad, tomando en cuenta tanto sus preocupaciones individuales, aspectos psicológicos, realidad socio-económica, cultural, el medio en el que se desenvuelven y sobre todo considerando no sólo el síntoma por el que consultan sino todo su organismo en forma integrada.

3.3.2. HACIA EL EXTERIOR

Nuestra unidad funciona dentro de la Red de Servicios de Salud del Area Nro. 4.

- Con la aplicación de un sistema de referencia y contrareferencia el usuario que necesite los servicios de mayor complejidad puede acceder a ellos oportunamente.
- Mediante visitas del equipo de salud a los domicilios, escuelas, colegios, guarderías, lugares de trabajo y otros espacios comunitarios para cumplir las actividades programadas.
- Abordar los problemas de salud de la población relacionándolos con los procesos biológicos, condicionantes socio-económicos, culturales que interactúan en la generación de los mismos.

3.3.3. PARTICIPACION SOCIAL

- Interacción con la comunidad organizada para desarrollar aspectos relacionados con la atención y gestión de la unidad de salud y con el autocuidado de la salud individual, familiar y comunitaria así como para apoyar otros programas de desarrollo local.
- La acción coordinada con otros organismos formales e informales de la comunidad y con instituciones privadas de salud para mejorar la atención y evitar duplicidad de esfuerzos.

3.4. ESTILO GERENCIAL DEL MODELO

Se define como la formación, ejecución y evaluación de acciones que permitan que una organización logre sus objetivos, utilizando el esquema de planeación estratégica. La gerencia en el modelo de atención de salud integral-integrada, es la organización de los recursos (humanos, materiales, financieros, información y tiempo) para producir servicios oportunos y de calidad.

3.4.1. EL GERENTE

El gerente desempeña el papel de autor, compositor y director de orquesta de una acción empresarial.

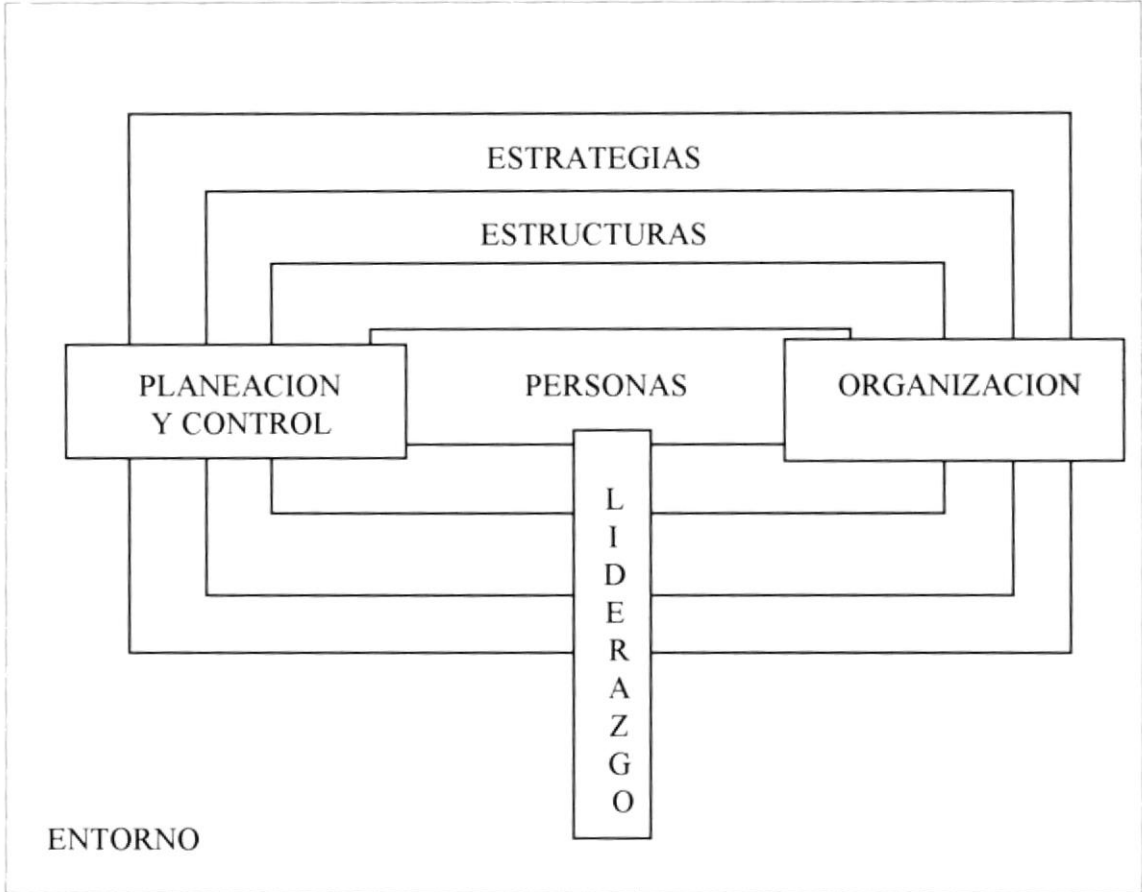
- **Como Autor.-** Es el responsable de la definición de los ejes estratégicos de la empresa, es decir, de la determinación de sus objetivos y los medios para lograrlos.
- **Como Compositor.-** Marca las pautas para la obtención y el uso de los recursos de la empresa conforme a un plan y organiza las tareas de los otros actores dentro de una estructura.
- **Como Director de Orquesta.-** Coordina y controla el desarrollo de las operaciones según el plan y revisa la estrategia y las estructuras de la empresa, en respuesta a imprevistos que pueden ser externos (Ejemplo: Crisis Energética) o internos (Ejemplo: Huelgas).

3.4.2. CAMPO DE ACCION DEL GERENTE.

Las personas, actores de la empresa, colaboradores dóciles o reticentes que el gerente dirige, con los cuales a veces tiene conflictos que debe superarlos oportunamente.

El trabajo es organizado, codificado y jerarquizado según una estructura que dicta las reglas del juego, es decir, los límites de responsabilidad y de autoridad de cada uno. Sin embargo, el gerente puede modificar las reglas del juego si la estrategia de la empresa lo requiere. Dirige no sólo a las personas, sino la organización de las personas, o sea, la estructura de la empresa.

DIAGRAMA DEL CAMPO DE ACCION DEL GERENTE



FUENTE: VANORMELINGEN, LA GERENCIA DE CALIDAD EN SALUD - OTROS

ELABORADO: GRUPO DE TRABAJO IMBABURA

3.4.3. GERENCIA ESTRATEGICA.

Es la administración del tiempo y de las personas para lograr los objetivos a largo plazo de la institución.

Para la formación de estrategias institucionales debe considerarse el conjunto de relaciones entre el ambiente interno y el medio externo a la institución que facilita o impide la consecución de los objetivos.

Para definir las estrategias se debe considerar a los diversos actores (instituciones, grupos, individuos que están involucrados en la estrategia).

La institución debe fijar su visión (querer ser), su misión (razón de ser), establecer objetivos y metas a mediano plazo y considerar estrategias, alternativas, en caso de presentarse contingencias.

3.4.4. LA GERENCIA Y LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD.

En el Ecuador, el sistema de salud está constituido de Servicios de Salud Pública, de la Seguridad Social, de organizaciones privadas con y sin fines de lucro y de proveedores privados.

En este sistema, las unidades del Ministerio de Salud Pública (MSP), se organizan como una red de diferentes niveles de complejidad. Se hace necesario aplicar un enfoque Gerencial común a nivel de las áreas de Salud, de los Hospitales, de las unidades operativas como Centros y Subcentros de Salud (SCS).

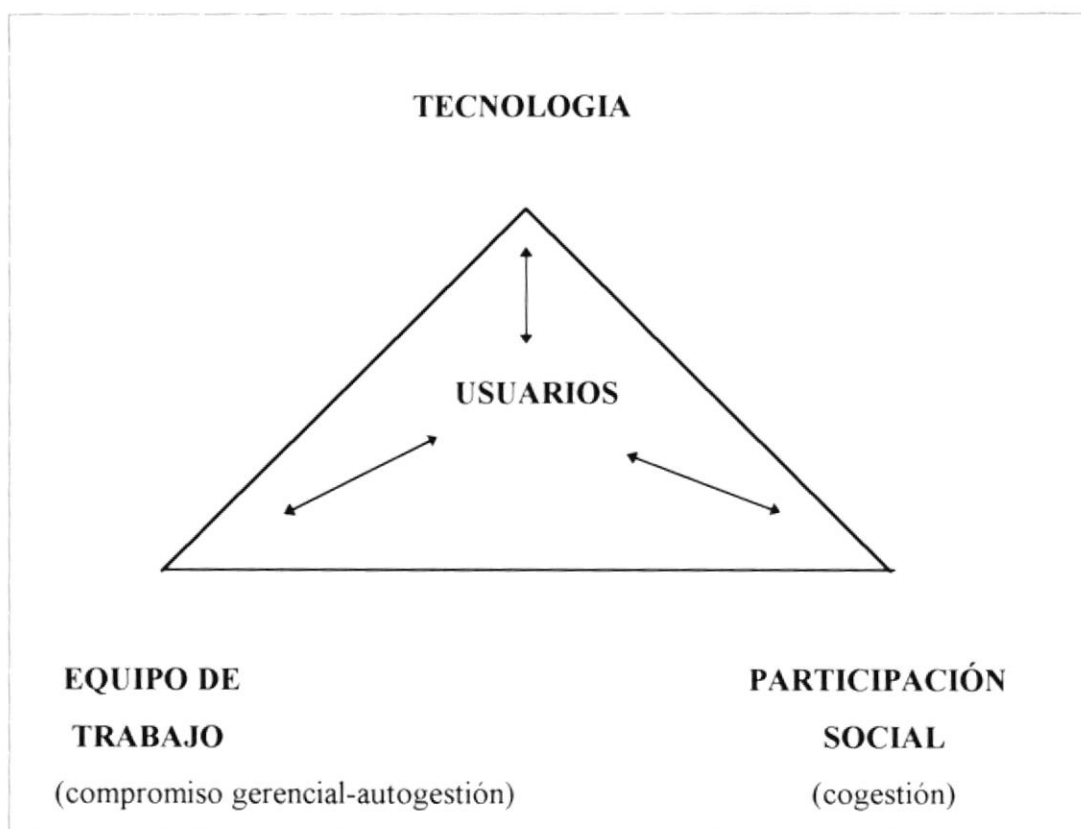
En la medida en que se va implantando la regionalización funcional y la descentralización Técnico-Administrativo en el M.S.P., los servicios de salud atienden a una población específica (usuarios), deben administrar sus propios recursos (Autogestión), debe participar la comunidad o existir participación social (Cogestión) y competir en el mercado con otras instituciones que cobran por sus servicios (Autofinanciamiento Parcial).

El proceso de desarrollo de los sistemas locales de salud (Silos) considera la organización descentralizada de la red de servicios, tanto públicos como privados, para atender los principales problemas de una población geográficamente definida, con la participación social por medio de la conformación de comités interinstitucionales en las áreas de salud, y, en las áreas de influencia de las distintas unidades operativas.

De ahí surge la necesidad de combinar la gerencia diaria de los servicios con el enfoque estratégico, para ubicar el mejoramiento de los servicios en un proceso de más largo plazo.

Por la especificidad social del usuario preferido de los servicios de salud, tanto del M.S.P., del I.E.S.S. o de las organizaciones no Gubernamentales (ONG'S) sin fines de lucro, se considera necesario integrar herramientas de Gerencia por resolución de problemas (Proyectos de Salud), epidemiología aplicada y programación por objetivos junto a instrumentos de administración de servicios de salud.

ENFOQUE DE GERENCIA EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD.



Este gráfico representa la relación interdependiente que hay entre los componentes para la existencia de prestación de servicio gerencial.

Para que exista una mejor prestación de servicios se necesita de un buen sustento técnico, llevado adelante por un equipo de trabajo motivado, comprometido con la misión de la organización para apoyar el proceso.

El equipo, con su maletín de herramientas como: proyectos de salud, epidemiología aplicada y programación estratégica y por objetivos, etc., se ubica en la base junto con la participación social, porque representa a la parte que está en contacto diario con el usuario, si falla esta base, será difícil mejorar nuestros servicios.

El tope del triángulo está representado más que por la tecnología, por la formación técnica del recurso humano y su capacitación para utilizar técnicas modernas, no por ser jerárquicamente más importante, sino porque es necesario estar preparado para competir y mejorar, caso contrario el cambio no será posible.

Los tres componentes deben estar orientados hacia las necesidades del usuario, porque serán sus apreciaciones y necesidades las que definirán la calidad de la atención. Son éstas necesidades las que debe satisfacer la institución y las que deben orientar el trabajo del servicio y del equipo y se constituye en la razón de ser del mismo.

ESTRUCTURA DEL MODELO



3.5. ESTRUCTURA DEL MODELO

3.5.1. DEMANDA

La gerencia, el equipo de trabajo y la participación social al competir con el mercado, están dirigidos a satisfacer las necesidades del usuario.



3.5.1.1. La satisfacción del usuario El usuario es la **razón de ser** del servicio de salud y todo su contingente debe estar orientado a satisfacer sus necesidades.

La gerencia tiene que cumplir con el compromiso de orientar a toda la institución hacia la resolución de los problemas y la satisfacción de las necesidades del usuario. El equipo de trabajo, en contacto directo con el usuario, entrega el servicio, es quien lo conoce mejor, pero también es la cara, imagen y se convierte en la ventana de la institución.

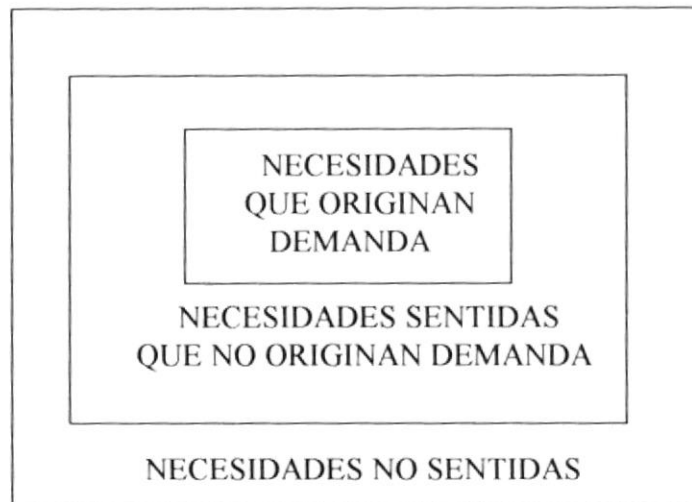
3.5.1.2. Demanda - Necesidades

Si queremos satisfacer al usuario, debemos conocer cuáles son sus necesidades.

Existen tres tipos de necesidades:

- Las necesidades existentes que no reconoce el usuario.
- Las necesidades sentidas que no originan demanda.
- Las necesidades sentidas que originan demanda.

RELACION ENTRE NECESIDAD Y DEMANDA

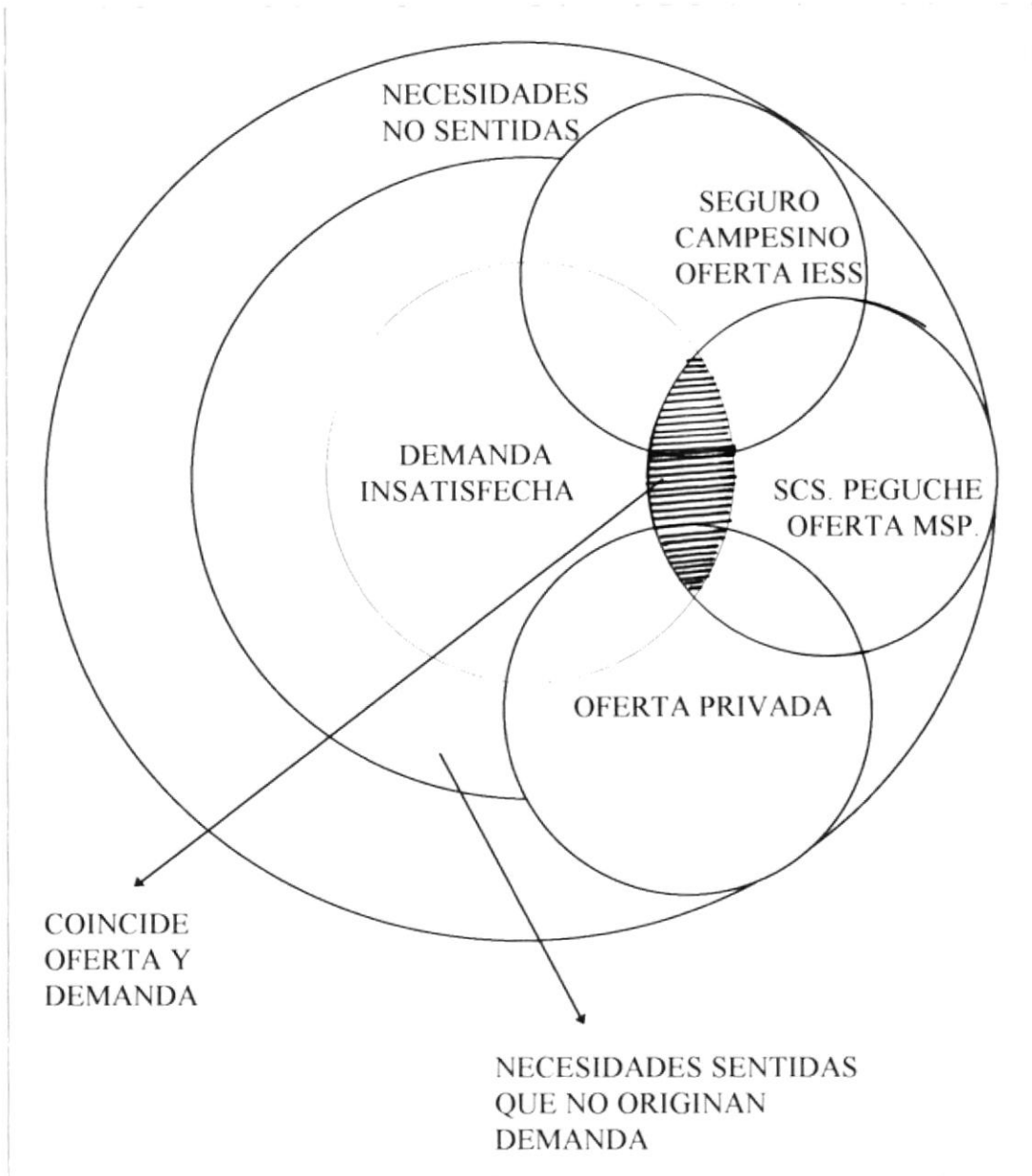


FUENTE: VANORMELINGEN, LA GERENCIA DE CALIDAD EN SALUD - OTROS
ELABORADO: GRUPO DE TRABAJO IMBABURA

Solamente la última categoría de necesidades va a originar demanda de servicios y transformar a quien los siente en un usuario potencial. Por ejemplo:

- La prevención del SIDA puede corresponder a una necesidad no sentida.
- El resfriado común puede ser una necesidad sentida que no origina demanda.
- Las enfermedades diarreicas son necesidades que originan demanda.
- Como sólo una parte de las necesidades origina demanda, el usuario busca los diferentes medios para solucionar su necesidad.

RELACION ENTRE OFERTA Y DEMANDA



FUENTE: VANORMELINGEN, LA GERENCIA DE CALIDAD EN SALUD - OTROS
ELABORADO: GRUPO DE TRABAJO IMBABURA

La oferta de los servicios de salud del M.S.P. (Peguche) corresponde a una parte de la oferta de servicios del sector formal, se apoya o se complementa con el resto de la

red de servicios del sector: Seguro Campesino, Hospital de Otavalo, Privados de Otavalo, Farmacias, ONG's.

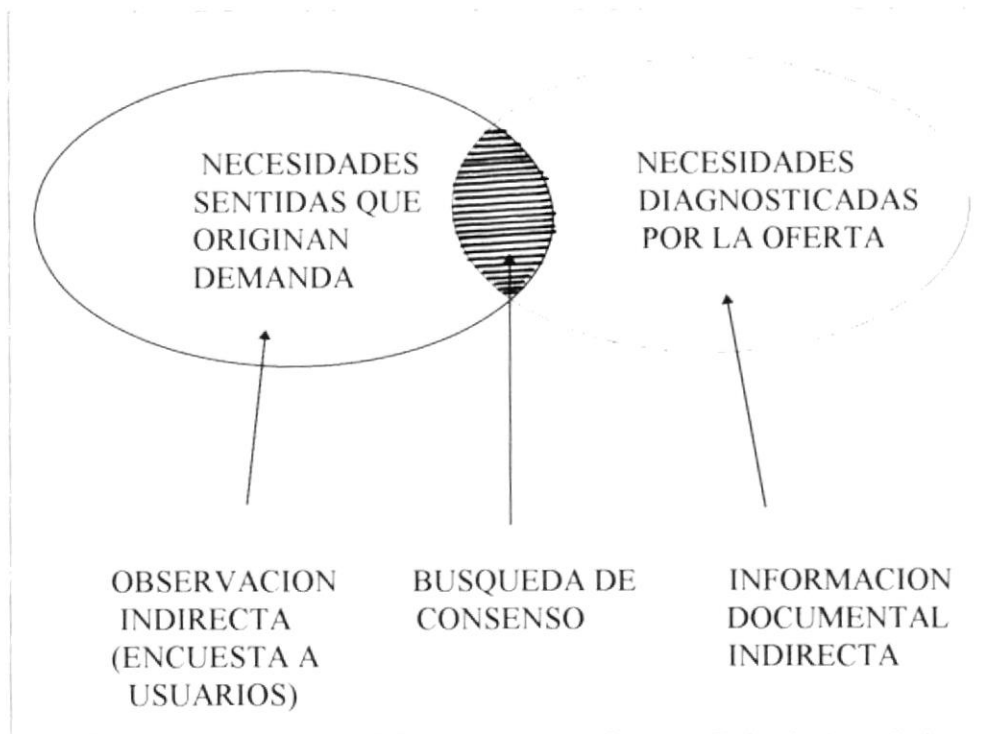
Además, al relacionar esta oferta con las necesidades de los usuarios, sean individuos, familia o comunidad, ésta cubre sólo una parte de sus necesidades.

Esto se debe a que la oferta se basa en general, en un diagnóstico de las necesidades, hecho por técnicos por su propia cosmovisión y que existen obstáculos al acceso, ya sea de tipo económico, socio-cultural, geográfico, etc.

La demanda no satisfecha por el sistema formal, está cubierta por el sistema informal a nivel comunitario (Curanderos, Hierberos, Parteras) o familiar (Automedicación-autocuidado).

3.5.1.3. Como evaluar las necesidades de los usuarios.

- Las fuentes indirectas de información o técnicas documentales permiten aproximar las necesidades diagnosticables o problemas de salud desde el punto de vista de los profesionales de salud (Sistema de Información, Registro Civil, Censo).
- Las técnicas de observación directa, permiten observar los problemas de salud o de utilización de los servicios como lo viven los usuarios y descubrir las necesidades sentidas (encuestas, entrevistas, etc.).
- Las técnicas de búsqueda de consenso, permiten seleccionar aquellos problemas importantes para los usuarios, así como para los servicios de salud (grupos focales, asambleas, reuniones, etc).



FUENTE: VANORMELINGEN, LA GERENCIA DE CALIDAD EN SALUD - OTROS
 ELABORADO: GRUPO DE TRABAJO IMBABURA

3.5.1.4. Participación activa del usuario.

La Participación activa es una estrategia que plantea que se sobrepase el concepto de “Usuario Objeto” y llegue a la concepción de “Usuario Sujeto”.

Se reconoce el punto de vista de los usuarios como clientes, a los cuales entregamos un producto diseñado y elaborado según sus deseos y necesidades. Se quiere integrar también a los usuarios como sujetos pensantes, con iniciativas propias y con potencialidades de compromiso para la resolución de problemas.

Se quiere superar la tendencia gerencial de la relación unidad-usuario, ya que en el sector salud la misión es eminentemente social y no lucrativa. También debe dejar de ver al usuario como un simple individuo, ya que éste, pertenece a una comunidad en la que se encuentra el servicio de salud: esta comunidad existía antes de la institución y tiene su historia, su dinámica, sus agrupaciones sociales (deportivas, culturales, religiosas, reivindicativas) con sus intereses, problemas, cultura, necesidades y su particular imagen del servicio de salud.

Por lo expuesto, el servicio de salud tiene posibilidades de crecer en calidad y prestigio, tomando en cuenta esa potencialidad social, lo cual puede resultar beneficioso para la comunidad y para la unidad de salud.

La misión del servicio no termina en el diagnóstico, recuperación y rehabilitación de pacientes, sino que está integrada en una red de servicios de salud y pertenece al área de salud y de influencia del Hospital "San Luis" (Otavalo).

Se reafirma la convicción de que la salud resulta de múltiples aspectos económicos, educacionales, productivos y culturales, y se ubicará los problemas y sus soluciones en el contexto social en el cual nacieron y se desarrollan.

3.5.2. RECURSOS

3.5.2.1. Recursos humanos.

- **El equipo de trabajo.**

Es un grupo de personas que desarrollan diversas actividades, con una misma Visión y Misión y persiguen objetivos comunes, generalmente en un equipo, las personas son de distinta profesión.

- **Características de un equipo de trabajo.**

- Combina los talentos de los diferentes miembros, en forma apropiada, de tal forma que los resultados son más efectivos.
- Posee efectos sinérgicos , es decir que la suma de los efectos es mayor que la suma individual de las partes.
- Llega a ser una entidad emocional. Hay relaciones estratégicas entre amistad y apoyo mutuo.
- Existe mayor rendimiento
- El propósito o sentido de misión es común.
- Produce más energía entre los miembros.
- Posee una estructura definida. El jefe llega a ser parte del equipo.
- Cada miembro se siente seguro y derecho a expresar sus ideas, compartiéndolas con los demás.

- **Proceso de conformación de un equipo.**

La formación de un equipo, existe todo un proceso que requiere de tiempo para lograr adquirir las características que lo identifiquen.

- **Etapas de desarrollo.**

Primera: Etapa de prueba, de conflictos y conocimientos mutuo muy difícil. Existe ansiedad de rechazo, de no aceptación.

Segunda: Lucha cuerpo a cuerpo, choques. Incluso se llega a perder la formalidad y las buenas maneras.

Tercera: Etapa de organización menos turbulenta que la anterior, se caracteriza por ser periodo de establecimiento de normas y modalidades de interacción.

Cuarta: Acercamiento y desempeño. El equipo llega a ser una entidad personalizada y empieza a rendir. Los intereses de cada miembro, son los intereses de todos. Comienzan a surgir los talentos, de acuerdo al acercamiento del desempeño. La mezcla de talentos y habilidades es mayor.

- **Beneficio del trabajo en equipo.**

- Manejo de complejidad. El equipo es capaz de resolver conflictos de cualquier índole.
- La respuesta es más rápida.
- La motivación es mayor.
- La calidad del rendimiento es mayor.
- La fuerza colectiva logra cambios. “La unión hace la fuerza”
- Cuando las cosas van mal, la responsabilidad es compartida
- Mantiene la unidad.
- “La comunicación es la base para mantener el equipo”

- **El equipo de trabajo del SCS de Peguche.**

- Un médico TC (contratado)
- Un profesional 2 - Odontólogo (contratado)
- Un profesional 2 - Enfermera (contratado)
- Una auxiliar de enfermería
- Un inspector sanitario

3.5.2.2. Recursos físicos

La provincia de Imbabura dispone de la siguiente red de servicios :

1 Dirección Provincial de Salud - Planta Central

1 Hospital Provincial

3 Hospitales cantonales (Jefaturas de Areas). **Incluye el Hospital de OTAVALO**

1 Centro de Salud (Jefatura de Area)

43 Subcentros de Salud. **Incluye el Subcentro de Peguche**

9 Puestos de Salud

4 Areas de Salud (de acuerdo a la nueva organización)

El Area de Salud Nro. 4 está conformada :

1 Jefatura de Area : Hospital San Luis de Otavalo

9 Unidades operativas rurales (Centros, Subcentros y Puestos de Salud).

• Infraestructura.

Para cubrir la atención de salud en la parroquia Miguel Egas Cabezas, existe un Subcentro (antes puesto de Salud), con una infraestructura física remodelada y con el equipamiento en proceso . Esta unidad depende administrativamente de la Jefatura de Area Nro. 4 (Hospital San Luis de Otavalo), y consta de los siguientes ambientes (ver plano adjunto):

1 Consultorio médico

1 Consultorio odontológico

1 Area para enfermería

1 Sala de espera

1 Bodega

2 Medios baños.

3.5.2.3. Recursos técnicos.

- **Planeación estratégica.**

- **Valores humanos**

El usuario es la persona más importante en nuestra unidad.

El personal del Subcentro es importante para llevar a cabo la aplicación del modelo.

Estamos convencidos que somos los mejores de nuestra área.

Creemos y reconocemos la necesidad y la importancia del crecimiento económico de nuestra unidad.

- **Visión**

El Subcentro de Salud será un ejemplo de Unidad Operativa Rural, que preste sus servicios en forma eficiente, eficaz, equitativa, oportuna con calidad y calidez, involucrando a la comunidad en logro de sus objetivos.

- **Misión**

“La unidad de salud buscará el mejoramiento continuo de las condiciones de salud a través de la prestación de servicios integral-integrados, de la mejor calidad a la población del área de influencia, tomando en cuenta procesos de autogestión, cogestión, los recursos disponibles, la tecnología más adecuada a las necesidades, los riesgos epidemiológicos de los diferentes grupos, programación estratégica y con la participación activa de los distintos actores sociales”

- **Objetivo general.**

Mejorar las condiciones de salud y bienestar del individuo y la familia de la parroquia rural Dr. Miguel Egas Cabezas, a través de la aplicación de un modelo gerencial de atención de la Salud Integral - Integrada con participación comunitaria.

- **Objetivos específicos**

- Contribuir a mejorar el medio ambiente
- El desarrollo de técnicas administrativas gerenciales en el SCS. de Peguche.
- Fortalecer nuestro sistemas local de Salud y la Red de Servicio de Area.

- Aportar experiencias útiles para el proceso de cambio.
- Implementar programas específicos para la atención de problemas prioritarios de salud, EDA, IRA, Nutrición en los grupos mas vulnerables.
- Generar cambios de actitudes y conductas en la comunidad a través de la promoción de salud.

- **Análisis del modelo - matriz FODA.**

Amenazas

1. Sectarismo religioso
2. Inestabilidad política
3. Inestabilidad de autoridad de salud

Oportunidades

1. Existe participación comunitaria
2. Falta de competencia
3. Presecia de ONG´s que financian proyectos
4. Tendencia hacia participación social

Fortalezas

1. Coberturas de atención en crecimiento
2. Servicios de salud únicos en el sector
3. Equipo de trabajo joven
4. Equipo de trabajo involucrado y motivado
5. Oferta de modelo de atención diferente
6. Atención permanente de lunes a viernes

Debilidades

1. No hay autonomía administrativa, técnica y financiera
2. No se maneja el idioma quichua
3. Escaso recurso económico
4. Recurso humano inestable (contratado)
5. Espacio físico reducido
6. Equipo odontológico incompleto

- **Proyectos estratégicos.**

Aplicación del modelo de atención integral integrado en el SCS de Peguche.

- Estudio y análisis del modelo con el equipo de trabajo.
- Promoción y difusión del modelo en la comunidad.
- Análisis del modelo en la jefatura de área.
- Aplicación del modelo.

Es necesario que en la unidad exista un programa de capacitación y educación continua.

- Realizar un diagnóstico de necesidades educativas del personal.
- Implementar incentivos a los profesionales que se capacitan y educan.
- Estimular la aplicación de los conocimientos adquiridos en la formación.

Necesitamos elaborar perfiles ocupacionales para trabajadores de salud comunitarios.

- Elaborar perfiles de los diferentes cargos en salud comunitaria.
- Seleccionar al equipo de trabajo mediante técnicas de selección.

Debemos diseñar un sistema de información que permita una adecuada comunicación dentro de la unidad, entre esta y la comunidad, entre las unidades de la red de servicios del área y con otros niveles de atención de salud.

- Dotar al servicio de la tecnología moderna en comunicación e informática.
- Definir el tipo de información necesaria
- Elaborar formularios cortos, precisos y fáciles de llenar.
- Promover el uso de la referencia y contrareferencia.

Es necesario elaborar y usar adecuadamente los indicadores de oferta, demanda, proceso y resultados para una evaluación futura del modelo.

- Elaborar indicadores considerando sus características principales
- Incentivar la importancia de los indicadores para la toma de decisiones
- Usarlos para retroalimentar el proceso

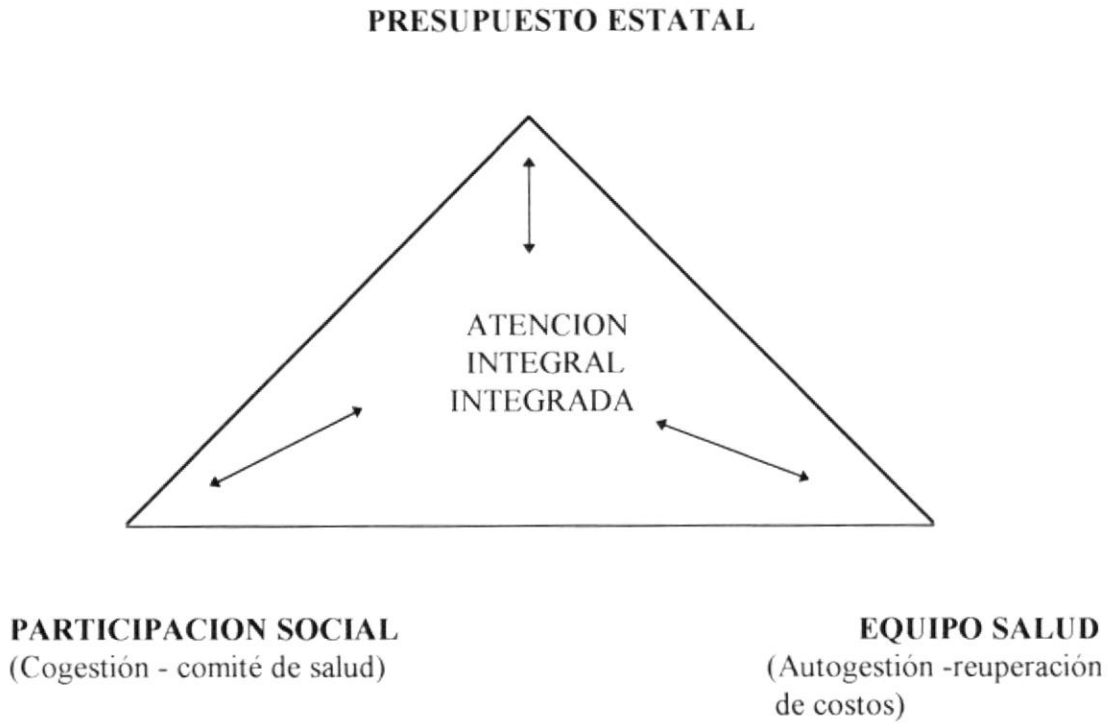
Elaborar proyectos junto con la comunidad para mejorar problemas puntuales y prioritarios de la misma.

- Reuniones con jefes comunitarios para tratar sobre el problema de los residuos sólidos.
- Reuniones con madres de familia para realzar la importancia de un proyecto de nutrición y cocina
- Organización conjunta del 1er. curso vacacional de salud infantil en la parroquia.

- **Monitoría.**

Los indicadores que se han establecido en el diagnóstico de base que son de oferta, demanda, proceso y resultado, servirán para evaluar el modelo en el futuro.

3.5.3. FINANCIAMIENTO.



El financiamiento del modelo de atención integral-integrada será tripartito en el que intervendrán en la base de la pirámide el equipo de salud, quienes a través de la autogestión podrán conseguir, alcanzar una atención de calidad, oportuna, equitativa y eficiente; y un estudio de recuperación de costos.

La participación social o comunitaria se encuentra al otro extremo de la base, y a través del comité de salud local en el que intervendrán todos los actores sociales que estén involucrados en el desarrollo de la comunidad, podrán tomar decisiones sobre las necesidades de salud reales y considerar los procesos financieros para la consecución de los insumos, materiales, medicamentos, equipos y personal adecuado que ayuda a lograr la entrega de servicios de salud integral - integrado.

El presupuesto estatal que a través de la jefatura de área se asigna a la unidad de salud y que actualmente es insuficiente para servir a toda la demanda, pues se lo programó

en base a la oferta de servicios, también insuficiente y que en la mayoría de los casos no llega oportunamente o llega recortado lo que produce un estancamiento en la atención por falta de recursos, además del mecanismo burocrático y lento existente en la Jefatura de Area.

3.5.4. PROCESO.

En este punto del esquema se produce la transformación de los recursos en un servicio (atención integral - integrada), que genera resultados encaminados a la satisfacción del usuario, de acuerdo a la demanda.

3.5.4.1. Servicios de salud con el nuevo modelo

- **Promoción.**

Los habitantes de la comunidad necesitan conocer y entender los servicios de salud, además conocer como cuidar mejor su propia salud para alcanzar un estilo de vida más saludable.

La promoción en salud es un proceso que promueve cambio de conceptos, comportamientos y actitudes frente a la salud, a la enfermedad y al uso de servicios, y que refuerzan conductas positivas. Este proceso implica un trabajo compartido que facilita al equipo de salud y la comunidad, la identificación y análisis de los problemas y la búsqueda de soluciones de acuerdo a su contexto social y cultural.

El enfoque educativo debe ser funcional, es decir, debe estar relacionado con los problemas concretos que los miembros de la comunidad enfrentan diariamente y, por lo tanto un programa educativo debe estar orientado a ayudar a entender los problemas de salud que tienen, discutir sus orígenes y analizar la mejor manera de solucionarlos estimulando a participar activamente en las acciones que dicha solución requiere. Por lo tanto, los diferentes temas relacionados con la salud de la comunidad, deben ser considerados importantes por la propia comunidad y los resultados del programa educativo deben ser prácticos.

Si la comunidad no toma conciencia de sus propios problemas y considera importante su solución, difícilmente tendrá disposición para aprender. Es por eso que se debe identificar junto con la comunidad los problemas de salud, analizar y discutir las necesidades que esta cree tener y las que realmente tiene.

La comunidad debe estar motivada para participar en las distintas acciones educativas, empleando para ello técnicas de fácil comprensión y asimilación sin que se requiera niveles altos de escolaridad para practicar las actividades propuestas y poder beneficiarse así con lo aprendido.

Se debe aprovechar la capacidad de aprendizaje propia de cada comunidad. El equipo de salud debe adoptar técnicas de transmisión de información y conocimientos a las que la comunidad esté acostumbrada, tales como el análisis de problemas de la vida diaria, la discusión informal en grupo o el relato de cuentos e historias, canciones, dramatizaciones, rumores, poesía popular, observación e imitación, y otras técnicas educativas más formales como: la charla, sociodramas, teatro popular, torbellino o lluvia de ideas, visitas domiciliarias, foro - cassette, exhibición de películas (cine foro), juegos, grupos focales.

Mediante la adopción de estos elementos del sistema informal de aprendizaje, la promoción de los servicios de salud será más efectiva, ya que estará basada en los estilos de aprendizaje a los que la comunidad está acostumbrada.

- **Prestaciones del modelo de Atención integral - integrada**

La capacidad resolutoria de las unidades que conforman el área de salud tiene como referencia las principales causas de morbi-mortalidad general, morbi-mortalidad infantil, morbi-mortalidad materna y las tasas de incidencia de las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica predominantes.

**PROBLEMAS PATOLOGICOS
PRIORIDADES GENERALES
DE LA PARROQUIA**

1. Enfermedades intestinales; enteritis y otras enfermedades diarreicas salmonelosis para - tifoidea.
2. Enfermedades respiratorias: neumonía, influenza, gripe, angina estreptocócica, bronquitis, enfisema, asma.
3. Parasitosis.
4. Emergencias: accidentados y heridos por causas intencionales, infarto agudo del miocardio.
5. Hipertensión arterial esencial.
6. Desnutrición intra-útero e infantil.
7. Paludismo
8. Tétanos - sarampión.
9. Varicela - Parotiditis
10. Tuberculosis pulmonar.
11. Enfermedades de transmisión sexual.
12. Problemas dermatológicos - dermatomycosis, escabiosis.
13. Hepatitis VÍRICA.
14. Tumor maligno / tumor maligno de cuello uterino
15. Diabetes mellitus

FUENTE: MANUAL MSP
ELABORADO: GRUPO TRABAJO IMBABURA

**PROBLEMAS PRIORITARIOS DE PATOLOGIA MATERNA
DE LA PARROQUIA**

- 1.- Hemorragia del Embarazo, parto y puerperio
- 2.- Toxemia del embarazo.
- 3.- Complicaciones del Puerperio
- 4.- Abortos

Estos cuadros de prioridades generales y de problemas prioritarios de patología materna, presentan el marco general de aspectos que deben solucionar los servicios de salud. Por otro lado, estos problemas orientan hacia la capacidad mínima (o esencial) que deben alcanzar los servicios para enfrentar bien sea con actividades promocionales, preventivas, curativas o de rehabilitación, estos problemas.

Sin embargo, los servicios no pueden soslayar la atención de otros problemas que sin ser muy graves suelen ser frecuentes y originan penosos desplazamientos de la población en busca de atención, resultando en un alto costo social de esas enfermedades, que podrían ser abordados, con una capacidad ampliada de los servicios de atención primaria.

Finalmente la fisiología del modelo identifica como grupos beneficiarios de las prestaciones no solamente a los individuos sino también a las familias y a las comunidades con cuidados que van más allá de lo estrictamente asistencial en salud.

• **Prestaciones esenciales y ampliadas por grupos etareos**

Los cuadros que vienen a continuación sistematizan la capacidad resolutive mencionada, tomando en consideración los manuales del MSP y el aporte del equipo de salud del SCS-Peguche

GRUPO BENEFICIARIO : MENORES DE UN AÑO

GRUPO BENEFICIARIO	PRESTACIONES ESENCIALES	PRESTACIONES AMPLIADAS
menores 1 año	<ul style="list-style-type: none"> • Control integral del niño sano • Dotación completa de inmunizaciones contra polio, difteria, tosferina y sarampión • Valoración nutricional, educación y complementación alimentaria • Tratamiento del niño desnutrido • Tratamiento de la morbilidad más frecuente. • Creación de conocimientos , actitudes y prácticas en el hogar para fomentar el cuidado del niño y su estimulación temprana. 	Identificación de problemas de alimentación Técnicas de amamantamiento

GRUPO BENEFICIARIO : NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS

GRUPO BENEFICIARIO	PRESTACIONES ESENCIALES	PRESTACIONES AMPLIADAS
Niños de la 4 años	<ul style="list-style-type: none"> • Control integral del niño sano. • Vigilancia del crecimiento y desarrollo (incluyendo valoración visual y auditiva) • Complementación de esquemas de vacunación • Valoración del estado nutricional incluyendo educación y complementación alimentaria (menores de 3 años) • Tratamiento del niño desnutrido. • Atención de salud oral • Tratamiento de patología más frecuente especialmente I.R.A., E.D.A. y parasitosis intestinal • Estimulación y educación familiar para mejorar el cuidado del niño. 	Identificación y orientación de problemas Psicológicos

GRUPO BENEFICIARIO : ESCOLARES DE 5 A 14 AÑOS

GRUPO BENEFICIARIO	PRESTACIONES ESENCIALES	PRESTACIONES AMPLIADAS
Escolares(5 a 14 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Control integral del niño sano. • Vigilancia del crecimiento y desarrollo incluyendo valoración visual y auditiva • Complementación de esquemas de vacunación. • Valoración del estado nutricional incluyendo educación • Tratamiento del niño desnutrido. • Atención de salud oral • Tratamiento de patología más frecuente especialmente I.R.A., E.D.A. y parasitosis intestinal. 	Vigilancia de la salud mental, con aplicación del test de stot en las escuelas.

GRUPO BENEFICIARIO: ADOLESCENTES

GRUPO BENEFICIARIO	PRESTACIONES ESENCIALES	PRESTACIONES AMPLIADAS
Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> Control integral de crecimiento y desarrollo (incluyendo especialmente : maduración sexual, funciones visual y auditiva). Detección y tratamiento de problemas más frecuentes : enfermedades de transmisión sexual, farmacodependencia, embarazo, aborto, fiebre reumática hipertensión arterial 	<p>Prevención y control de problemas de conducta.</p> <p>Educación para lograr comportamiento que fomente el desarrollo normal y prevenga riesgos.</p> <p>Incentivación para la participación en actividades comunitarias.</p>

GRUPO BENEFICIARIO: ADULTOS EN GENERAL

GRUPO BENEFICIARIO	PRESTACIONES ESENCIALES	PRESTACIONES AMPLIADAS
Adultos en general	<ul style="list-style-type: none"> Detección y tratamiento de enfermedades crónico-degenerativas: <ul style="list-style-type: none"> Diabetis: detección, exámenes, tratamiento Hipertensión arterial : detección exámenes y tratamiento. Agina estreptocócica y fiebre reumática: detección, exámenes y tratamientos. Enfermedades de transmisión sexual: detección, examines y tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Orientación y referencia para detección de cáncer gástrico y de otras localizaciones Atención de salud mental Enfermedades psiquiátricas Alcoholismo y tabaquismo Salud laboral Detección de riesgos en locales laborales Atención de enfermedades profesionales

GRUPO BENEFICIARIO MUJERES

GRUPO BENEFICIARIO	PRESTACIONES ESENCIALES	PRESTACIONES AMPLIADAS
Mujeres	<ul style="list-style-type: none"> • Inmunizaciones con toxoide tetánico • Servicios de planificación familiar incluyendo consejería, valoración, dotación y seguimiento de métodos: hormonales, orales, dispositivos intrauterinos, naturales, de barrera, espermaticidas y esterilización (en coordinación con el hospital cantonal) • Período Gestacional • Control del embarazo y valoración del riesgo incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> • Inmunización con toxoide tetánico • Eliminación del riesgo de sífilis congénita • Atención dental • Control nutricional incluyendo educación y complementación alimentaria. • Detección y tratamiento de patologías generales y propias del estado gestacional • Atención del parto de acuerdo al grado de riesgo • Período puerperal • Atención del postparto inmediato y mediato • Valoración del recién nacido (incluyendo la administración de vacuna BCG) • Tratamiento de las complicaciones del período puerperal • Valoración nutricional incluyendo educación que debe mantenerse durante el período de lactancia • Detección del cáncer servicio uterino y mamario • Toma de muestras cervicales en mujeres de 25 y 64 años y manejo de casos de acuerdo a la valoración citológica. • Educación para autoexamen de mama. 	<p>Capacitación a parteras de la localidad.</p> <p>Cursos de nutrición y cocina</p> <p>Implementación del huerto familiar.</p>

GRUPO BENEFICIARIO: TERCERA EDAD

GRUPO BENEFICIARIO	PRESTACIONES ESENCIALES	PRESTACIONES AMPLIADAS
Tercera edad	<ul style="list-style-type: none"> • Detección y tratamiento de Patología y ambulatoria • Educación a la familia y a la comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo social coordinación interinstitucional

GRUPO BENEFICIARIO: VARIOS

GRUPO BENEFICIARIO	PRESTACIONES ESENCIALES	PRESTACIONES AMPLIADAS
Varios	<ul style="list-style-type: none"> • Malaria • detección de sintomáticos febriles • Tratamiento presuntivo y radical • Epilepsia • Detección diagnóstico y tratamiento de pacientes • Educación a la familia y comunidad. • Tratamiento de otros problemas frecuentes en atención ambulatoria: I.U.V., leucorrea, vaginitis, dermatitis, piodermis, cólicos, abdominales, colecistitis, pancreatitis, dismenorrea. • Valoración tratamiento terapia del dolor y referencia de <u>urgencias</u>: heridas quemaduras, fracturas, infartos de miocardio • Rabia • Vacunación canina y felina • inmunización de mordeduras de riesgo • Vigilancia de canes mordedores • Investigación y control de focos 	<p>Mapeo de zonas endémicas</p>

GRUPO BENEFICIARIO: FAMILIAS

GRUPO BENEFICIARIO	PRESTACIONES ESENCIALES	PRESTACIONES AMPLIADAS
Familias	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación y clasificación de familias de acuerdo al riesgo (biológico, socio-económico, cultural, higiénico sanitario) a fin de blindarles cuidado diferenciado. • Cuidado especial a familias en riesgo mediante visitas domiciliarias con énfasis en familias <ul style="list-style-type: none"> • Con mujeres embarazadas, en edad fértil o en edad mi riesgo para cáncer cérvico uterino y mamario. • Niños sin vacunación • Niños desnutridos, discapacitados o con I.R.A. o E.D.A. a repetición • Personas con enfermedades crónicas • Familias con mala calidad o ausencia de servicios sanitarios 	<p>Elaboración de mapas parlantes de la parroquia con la colaboración de la comunidad.</p> <p>Implementación de fichas familiares.</p>

GRUPO BENEFICIARIO: COMUNIDADES Y MEDIO AMBIENTE

GRUPO BENEFICIARIO	PRESTACIONES ESENCIALES	PRESTACIONES AMPLIADAS
Comunidades y Medio Ambiente	<ul style="list-style-type: none"> • Educación en general y organización para fomentar la prevención de enfermedades, el auto cuidado de la salud, la utilización de los servicios y la participación en la gestión de los servicios. • Identificación de la situación de saneamiento ambiental (riesgos ambientales por contaminación biológica, química y física. • Incentivación y apoyo a programas de dotación de agua segura y saneamiento básico, incluyendo lucha contra vectores y otros contaminantes. • Incentivación y apoyo a la formación de grupos comunitarios : mujeres, enfermos crónicos y jóvenes. • Atención a grupos cautivos: guarderías, escuelas, asilos 	<p>Proyecto de manejo adecuado de residuos sólidos.</p> <p>Reciclaje de la basura.</p> <p>Formación de grupos comunitarios de trabajo.</p> <p>Aplicación del sistema de atención odontológica incremental en las escuelas</p>

CONCLUSIONES

- El diagnóstico de la situación de salud de Peguche demuestra que hay condiciones adecuadas para aplicar nuestro modelo.
- El modelo de atención no se ha aplicado en un ciento por ciento porque:
 - No hay autonomía administrativa, técnica y financiera.
 - No existe un estudio de costos de cada una de las atenciones que brinda el subcentro de salud.
 - El equipo odontológico que existe en el subcentro de salud, está incompleto.
- Todo el personal técnico se encuentra laborando a contrato, existe inestabilidad.
- Existen barreras para la participación comunitaria:
 - Marcado sectarismo religioso.
 - La mayoría de la comunidad habla el idioma quichua y el equipo de salud no maneja este idioma.
- El subcentro de salud funciona en un espacio físico reducido en relación a la demanda que tiene que atender.
- El subcentro de salud no cuenta con un presupuesto propio.
- Existe un alto compromiso del equipo de salud con la comunidad.
- No se maneja la contrareferencia por parte de la unidad de mayor complejidad de la red de servicios.

- La falta de una política de estado para el sector salud, no permite la continuidad de los programas de salud.
- El equipo de trabajo se encuentra motivado e involucrado, lo que permitirá que funcione el modelo.
- La participación social y comunitaria en la planificación, ejecución y control de los servicios, no alcanza todavía un desarrollo armónico acorde con las necesidades de salud reales.

RECOMENDACIONES

- Consolidar el modelo gerencial de atención primaria de salud integral - integrada en el subcentro de salud de Peguche.
- Elaborar el sistema de recuperación de costos por atención
- Analizar un paquete de servicios de salud a menor costo de acuerdo a las necesidades reales de la comunidad.
- Mantener activo, interesado e involucrado al comité local de salud.
- Presentar proyectos de salud al Municipio de Otavalo y ONG's
- Mantener la eficiencia y calidez en la prestación de servicios.
- Fortalecer la descentralización administrativa, técnica y financiera a través de fomentar la importancia de los procesos gerenciales.
- Considerar el punto de vista del usuario - paciente como el centro de la gestión de los servicios.
- Motivar permanentemente al personal para alcanzar su compromiso con la misión del subcentro de salud.
- Fortalecer el fomento de la salud en sus componentes de promoción y prevención a través de la aplicación de instrumentos estratégicos de comunicación, participación, intersectorialidad y educación para la salud.

BIBLIOGRAFIA

VANORMELINGEN K., PINEDA H., SALAZAR F., MARTINEZ F., BARRIGA W., ESTRELLA W. ORTEGA M., RECALDE R., FREIRE C. La Gerencia de Calidad en Salud, OPS/OMS, 1994.

OPS, SERIE PALTEX, Manual de Técnicas para una Estrategia de comunicación en Salud, 1985.

SEBASTIAN P., Trabajo en Equipo, Proyecto de Supervivencia Infantil, julio 1991.

YEPEZ F. Planificación en un Centro de Salud, Caso 15.

NARANJO P. Nuevos Enfoques de Salud, MSP, Quito, 1992.

INEC., Anuario de Estadísticas Vitales, Quito, 1995.

SACOTO F., Situación de Salud en el Ecuador, Quito, 1992.

DEVER A., Epidemiología y Administración de Servicios de Salud, OPS/ OMS.

MATUS C., Política y Plan, Iveplan, Caracas, Venezuela, 1984.

PINEAULT, RAYNALD, DAVELUY, CALORE, La Planificación Sanitaria, Masson S.A. Barcelona 1987.

TESTA M., Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación.

OPS/OMS, El Caso de Salud, Argentina, 1989.

DURAN H., Aspectos Conceptuales y operativos del Proceso de Planificación de Salud, Cuadernos de Ilpes, Santiago de Chile, 1989.

ICAZA N., La Planificación de Salud en América Latina, Evaluación y Desarrollo; Curso de Programación y Planificación Sanitaria, Quito, 1990.

OPS/OMS, Salud para todos en el año 2000, Estrategias, Documento Oficial Nro. 173, 1980.

OPS/OMS, Salud para todos en el año 2000, Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales, Documento Oficial Nro. 179, 1982.

OPS/OMS, Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, 1989.

OPS/Serie HSS, Manuales Operativos, Publicaciones Paltex, Washington, DC., 20037, 1995.

OPS/OMS, Los Sistemas Locales de Salud, Aspectos Conceptuales y Metodológicos, Separatas de Reuniones celebradas sobre el tema, abril, 1988.

HSD/SILOS- 1, Documento, Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, Talleres Subregionales, experiencias y conclusiones, agosto, 1989.

NAJERA M., Educación para la Salud, Curso de Planificación y Programación Sanitaria, Quito, 1990.

ANEXOS

DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD DE PEGUCHE

La búsqueda de soluciones se basa preferentemente en el conocimiento tanto cualitativo como cuantitativo de la realidad. La información técnica y precisa es un pilar fundamental para la toma de decisiones. El equipo de salud planteó inicialmente la realización de un diagnóstico de base de la situación de salud de Peguche.

En la investigación realizada en la parroquia, la participación social e institucional estuvo presente desde su inicio. El CEPAR, apoyó técnicamente en el diseño de la encuesta que fue adaptada a las necesidades del medio por el equipo de salud. Actualmente se dispone de información de perfiles demográficos y epidemiológicos de Peguche, Quinchuquí y La Bolsa.

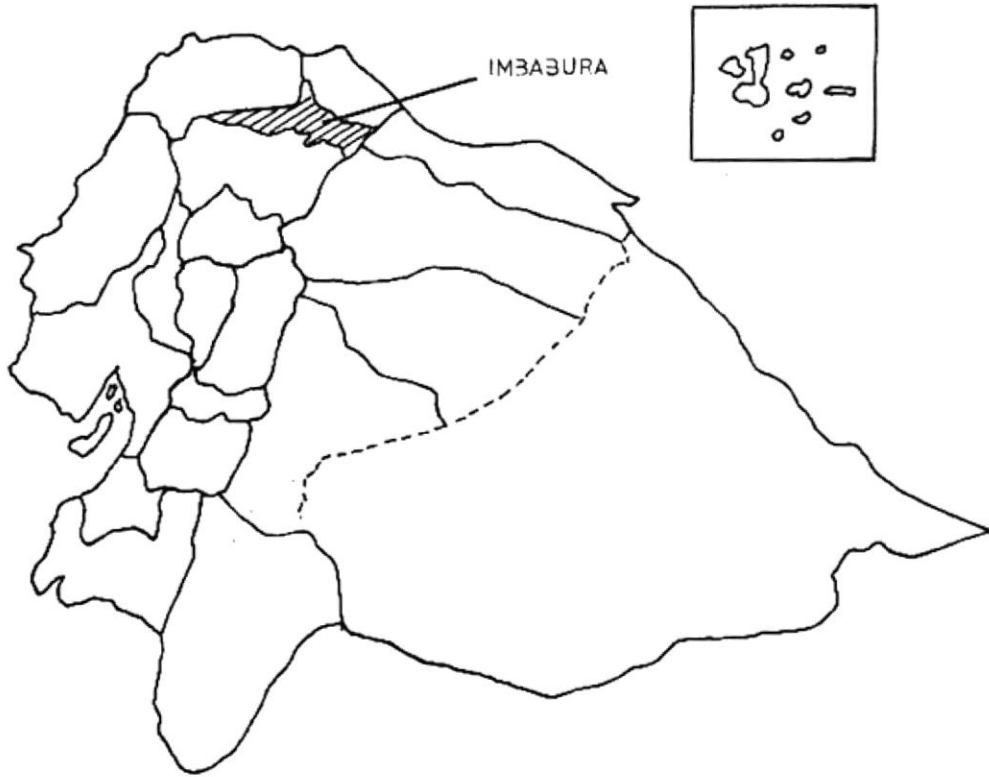
Entre los aspectos generales investigados fue el idioma que utiliza con mayor frecuencia la población, esto sumado a su vestimenta nos permite una aproximación a aspectos étnicos y culturales que deberán ser considerados a la hora de comunicar y tomar decisiones en un trabajo participativo (ver cuadros anexos)

Otro aspecto general investigado es la vivienda y los servicios básicos, en la zona rural no existe agua potable y se han buscado formas alternativas para obtener este vital elemento, por lo que recurren al agua entubada, al río, acequias, vertientes, etc., que obviamente tienen un mayor riesgo para la salud. Estos resultados nos obligan a planificar la dotación de servicios por un lado (no está bajo nuestra injerencia) y por otro educar a la población para que hierva, clorifique, desinfecte o busque otras formas para obtener agua segura para su salud.

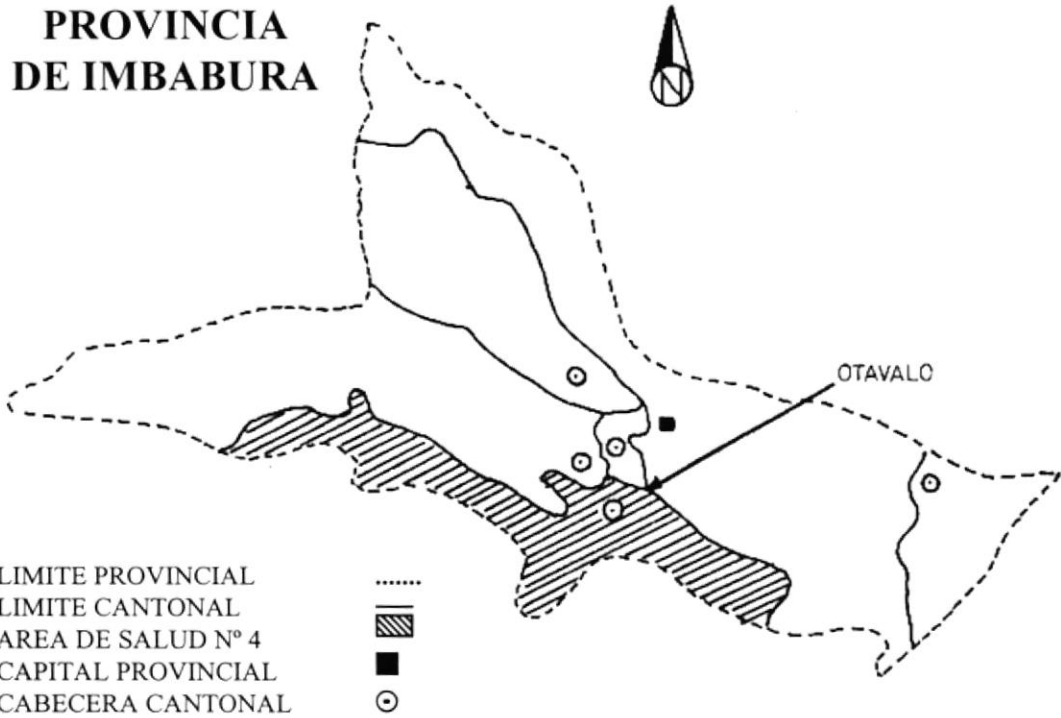
Llama la atención la cantidad de viviendas que elimina las aguas servidas a campo abierto. Esto requiere acciones urgentes para evitar la contaminación y el riesgo de contraer enfermedades. Aquí se debe considerar aspectos culturales que pueden influir en la búsqueda de soluciones integrales. (Ver cuadros anexos)

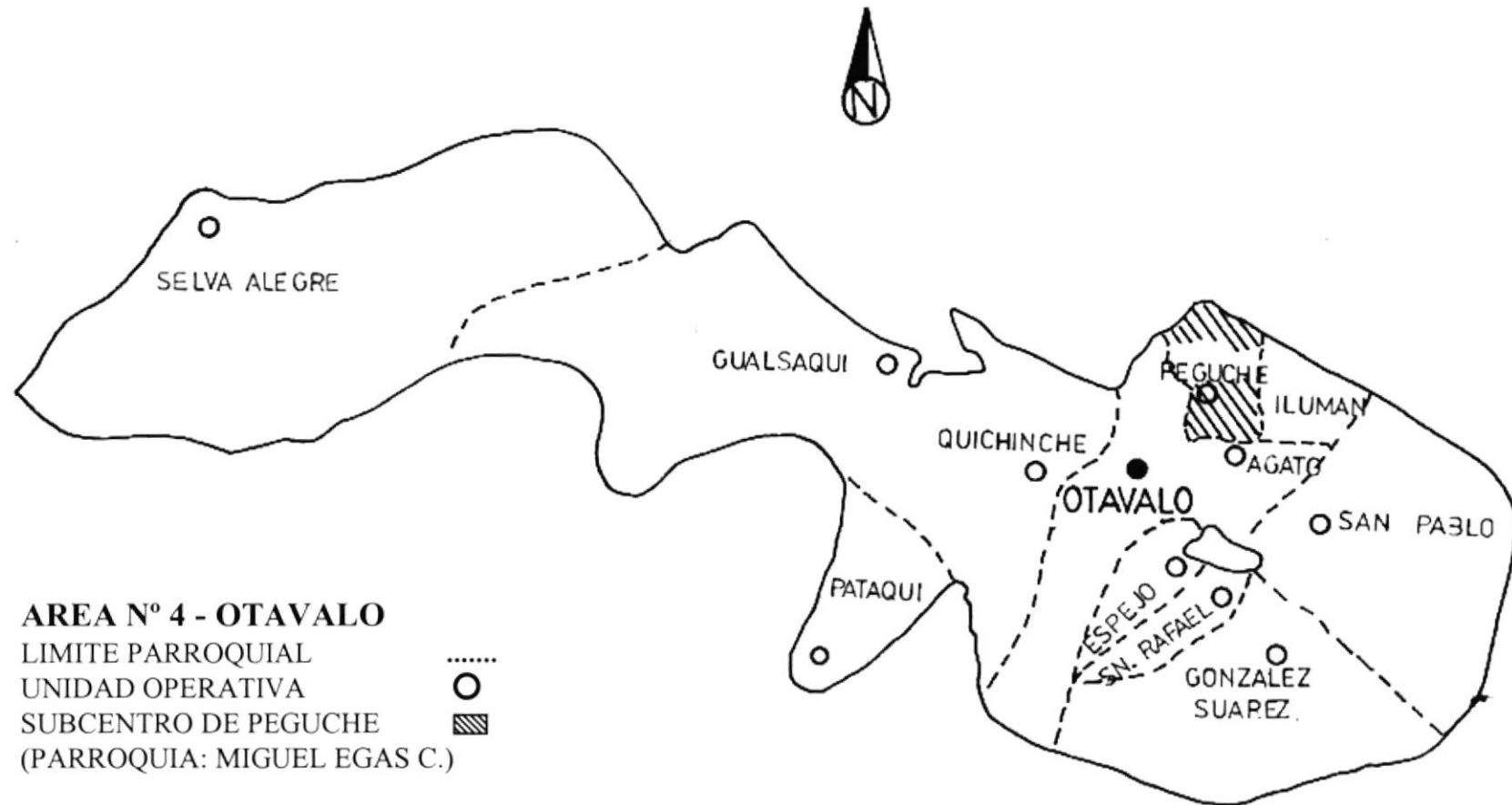
En resumen en la parroquia existen: malas condiciones ambientales, bajo nivel educativo especialmente de la mujer, una barrera cultural mestizos-indígenas, desatención de los organismos seccionales, esto se refleja en la salud de los habitantes especialmente en la alta prevalencia de enfermedades que afortunadamente pueden prevenirse (EDA, IRA, Parasitosis, Enfermedades dermatológicas, etc.).

ECUADOR

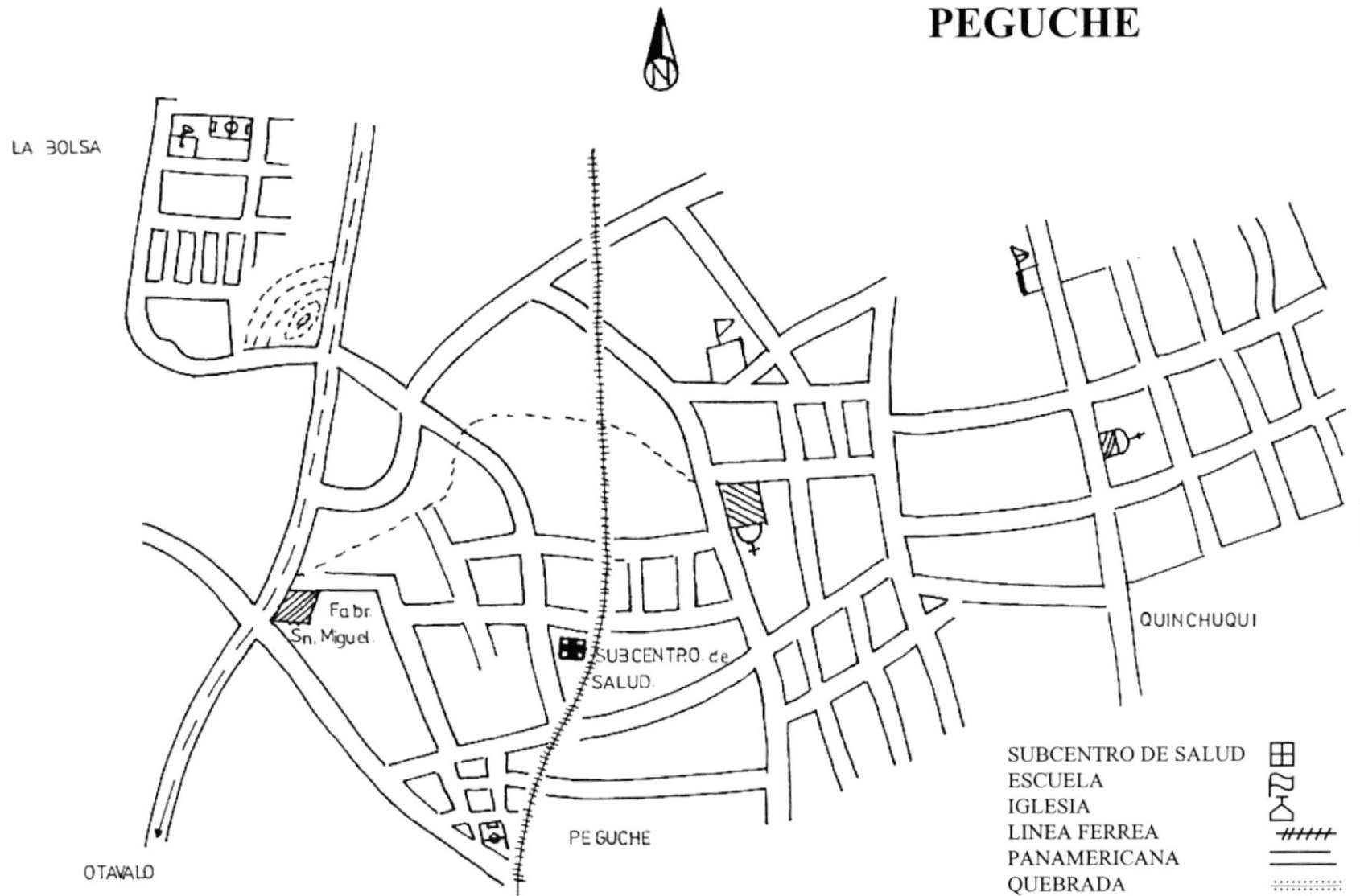


PROVINCIA DE IMBABURA

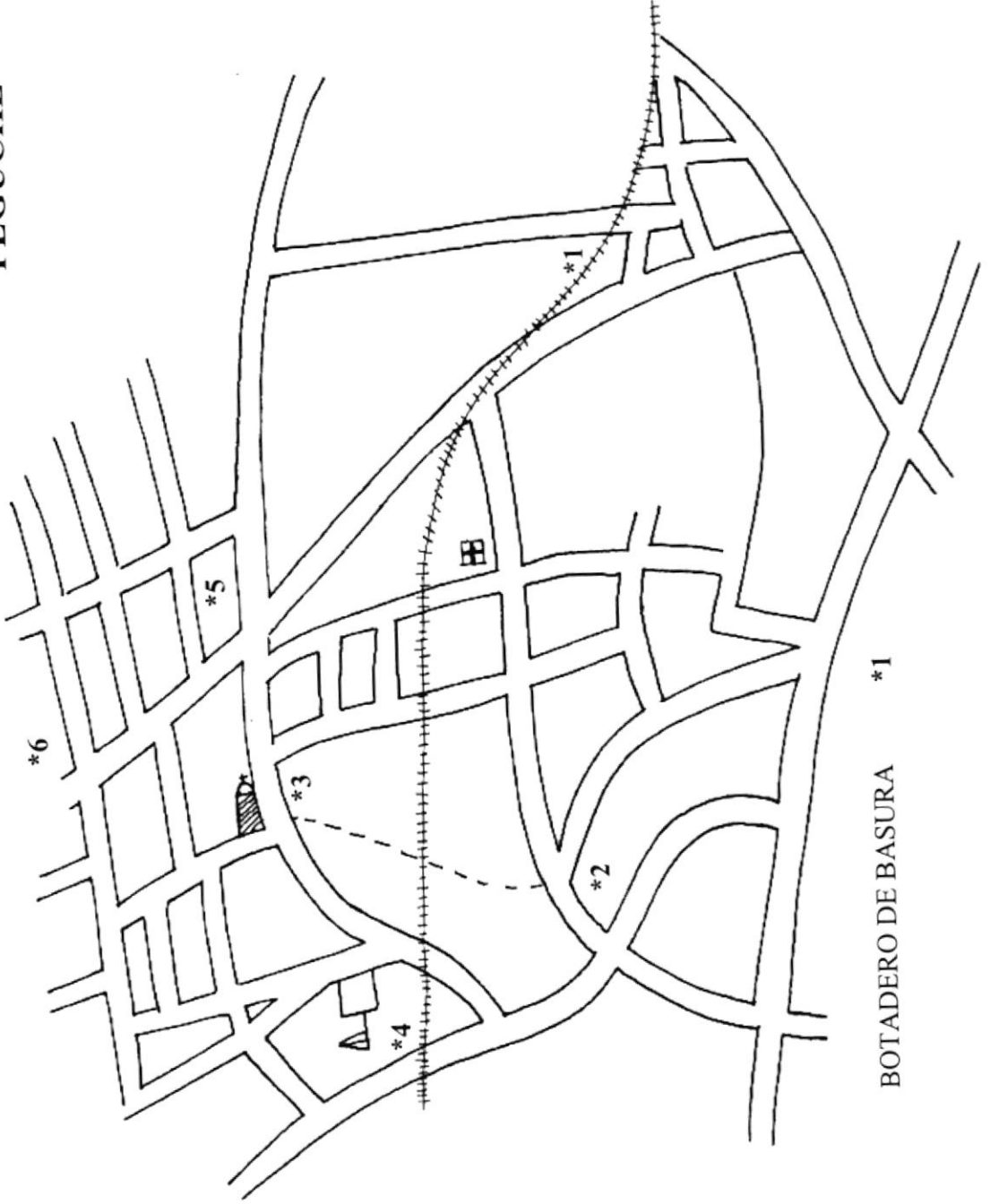




PEGUCHE



PEGUCHE



BOTADERO DE BASURA *1

ANALISIS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS EN LA PARROQUIA DR. MIGUEL EGAS CABEZAS (PEGUCHE)

Para determinación el diagnóstico de Salud de la Parroquia Miguel Egas Cabezas (Peguche) se realizó una encuesta a los habitantes; tomando muestras en las diferentes comunidades, instrumento que nos sirvió para tener un enfoque claro de la realidad socio-económica, educativa, cultural, sobre todo de Salud en la que se desarrollan sus habitantes cuyos resultados se analizan a continuación:

SEXO

Según los datos obtenidos, en cuanto al Sexo de los encuestados; tenemos que de los 100 el mayor porcentaje corresponde al Sexo Femenino con el 50.9 %; y para el sexo masculino el 49.1 %.

EDAD

Las edades de los encuestados, fluctúan en su mayoría entre los 15 y 49 años con el 46 %, luego de 5 - 14 años el 27.1%, de 50 y más un 14%, de 1 - 4 el 10.3% y menores de un año el 2.6%; lo que quiere decir, que la población en su mayoría esta formada por persona jóvenes y adultos.

ESTADO CIVIL

En lo que se refiere al estado Civil de los encuestados se nota claramente que son muy organizados y responsables del hogar que forman; ya que el 59.3% son casados, el 34.7% son solteros (por lo general los jóvenes), viudos el 5% lo que llama la atención es que no haya una sola familia en la cual los conjugues se hayan separados y de igual manera se encontró que una sola persona que vive en Unión libre.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Se deduce que en lo referente a educación los habitantes de esta comunidad son atrasados; el 44.7% no tienen educación, el idioma predominante es el quichua, el 18% estuvieron en la escuela pero lograron terminar solo el 5%, acuden a centros de alfabetización el 7.3%, a la secundarias asisten un 21% y apenas 4 de los 100 ha llegado a un Centro de Educación Superior.

VIVIENDA

El 48% de la población encuestada esta formada de 7 a 10 miembros (mayor parte de familias, son muy numerosas), el 40% está formada por 4 a 6 miembros, el 5% de la 1 a 3 y el 7% mas de 11 personas.

RELIGION

El 88% son católicos, debe anotarse que también existen en la comunidad Iglesias Evangélicas con el 9% de los encuestados con esta creencia y el 3% tienen diversas religiones que se encuentran asentadas en Otavalo.

CREENCIAS MAGICAS

El 98% cree en poderes mágicos, mientras que apenas un 2% no cree en ninguno. Lo que quiere decir, que por estar esta comunidad formada de gente totalmente indígena, se mantiene casi intacta la creencia mágico - religiosa, que se conserva a través de los años desde épocas remotas; la enfermedad es una lucha contra los malos espíritus, ya que solamente el brujo o curandero puede sacar del cuerpo los malos espíritus.

INGRESOS ECONOMICOS

El 57% de las familias de estas comunidad se mantienen por el trabajo de padre y madre, el 22% trabaja solo el padre, en el 12% aportan económicamente los hijos, esto sobre

todo en las familias en las cuales los padres ya no pueden valerse por si mismo por su avanzada edad, en el 6% solo trabaja la madre y en el 3% aportan otros (suegros, tíos).

OCUPACION DEL RESPONSABLE ECONOMICO

La mayoría son artesanos, esta comunidad se caracteriza por ser eminentemente textil. Se observa casi en todas las viviendas por pobres que sean por lo menos un telar. El 51% viven de la actividad artesanal-textil, se dedican exclusivamente al comercio de artesanías textiles (sacos, tapices, ponchos, etc) el 20%, el 12% son obreros que se dedican especialmente a la albañilería , el 5% son jornaleros, el 6% son agricultores (cabe anotarse, que todos también se dedican a la agricultura en sus pequeños minifundios) y empleados apenas son el 3% y profesionales 1%.

INGRESOS

El 43% tiene menos del mínimo vital (S/.100.000,00), si consideramos el gran número de miembros por familia podemos ver las condiciones en las que se desenvuelven; el 37% gana el mínimo vital y el 20% mas del mínimo vital. En si se nota que esta población no esta formada por gente sumamente pobre, ya que la gente mayoría, viaja constantemente a otros países, llevando sus artesanías y la música, que son muy apreciadas en países de Europa especialmente lo que representa buenos ingresos económicos.

TENENCIA DE LA VIVIENDA

El mayor porcentaje de los encuestados (79%) tiene casa propia, mientras que el 18% que son por lo general matrimonio jóvenes viven en las casa de sus padres o familiares en donde no tienen que pagar y arriendan apenas el 3%.

NUMERO DE DORMITORIOS POR VIVIENDA

A pesar de ser familias numerosas, se nota claramente el completo hacinamiento en que viven ya que según los datos el 76% tiene un solo cuarto para dormir debiendo anotar

que en muchos hogares por lo general en los mas pobres ese único cuarto lo utilizan para todo, (dormitorio, cocina, allí mismo tienen sus animales). El 18% tiene de 2 a 3 dormitorios y el 6% mas de 3.

LUZ Y AGUA

En lo que se refiere a servicios básicos (luz y agua) el 20% tienen únicamente luz en el interior de sus viviendas; el 68% posee agua y luz (especialmente en la comunidad de Peguche) y el 12% no posee ni siquiera luz (Quinchuqui alto).

ELIMINACION DE EXCRETAS

En Peguche el 80% dispone del sistema de alcantarillado, el 12% tiene letrinas y el 8% lo hace al aire libre. En Quinchuquí los porcentajes son 0%, 76% y el 24%. Para la Bolsa son 0%, 80% y 20%.

ELIMINACION DE BASURAS

El sistema de eliminación de basura no es adecuado, el 40% lo hacen superficialmente, es decir botando en sus terrenos (según ellos la utilizan como abono). El 60% la botan a las quebradas, calles o botaderos barriales que están dentro de la comunidad.

Esto realizan los habitantes de la parroquia por que no cuentan con ningún servicio publico que se encarga de la recolección de la basura.

UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Al preguntarle a que servicio acuden, cuando necesitan atención, el 9% dice que al S.C.S. por encontrarse mas cercano. El 12% acuden al hospital san Luis de Otavalo por que en el SCS. El 32% van al medico particular (personas cuyos ingresos económicos son altos y pueden pagar la consulta). Un 13% acude al seguro campesino al cual son afiliados, el 23% acuden aa curándero (brujo local) y el 11% a remedios caseros.

RAZONES DE LA CONSULTA

El 34% por control del niño sano. Luego por enfermedad el 42%. El 15% por vacunación. El 8% por emergencias (quemaduras,heridas, etc.) y el 1% por otros. Debiendo anotar que aquí se encuentran las personas que visitan el SCS por control Prenatal, Post-parto, Regulación de la fecundidad,etc.

ESTADO CIVIL CUADRO-GRAF. Nro. 9

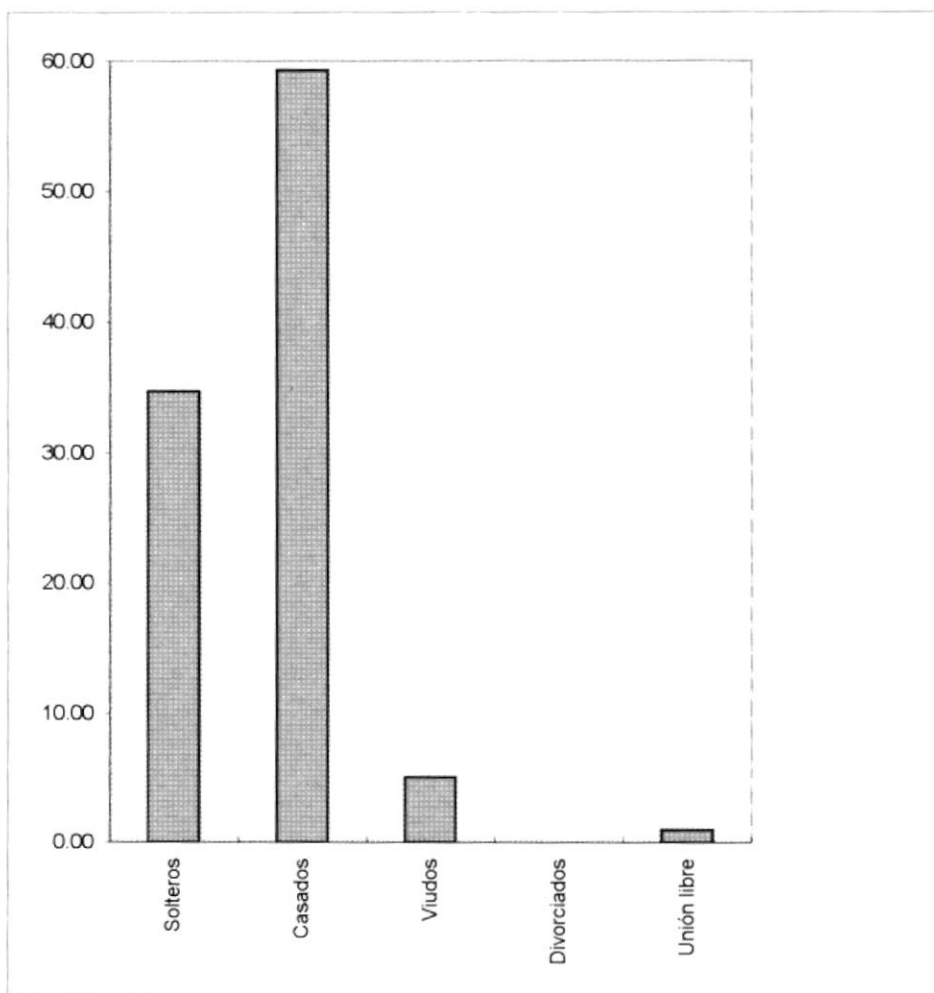
ESTADO CIVIL	%
Solteros	34.70
Casados	59.30
Viudos	5.00
Divorciados	0.00
Unión libre	1.00
Total	100.00

FUENTE:

ARCHIVO SCS PEGUCHE

ELABORADO

GRUPO TRABAJO IMBABURA

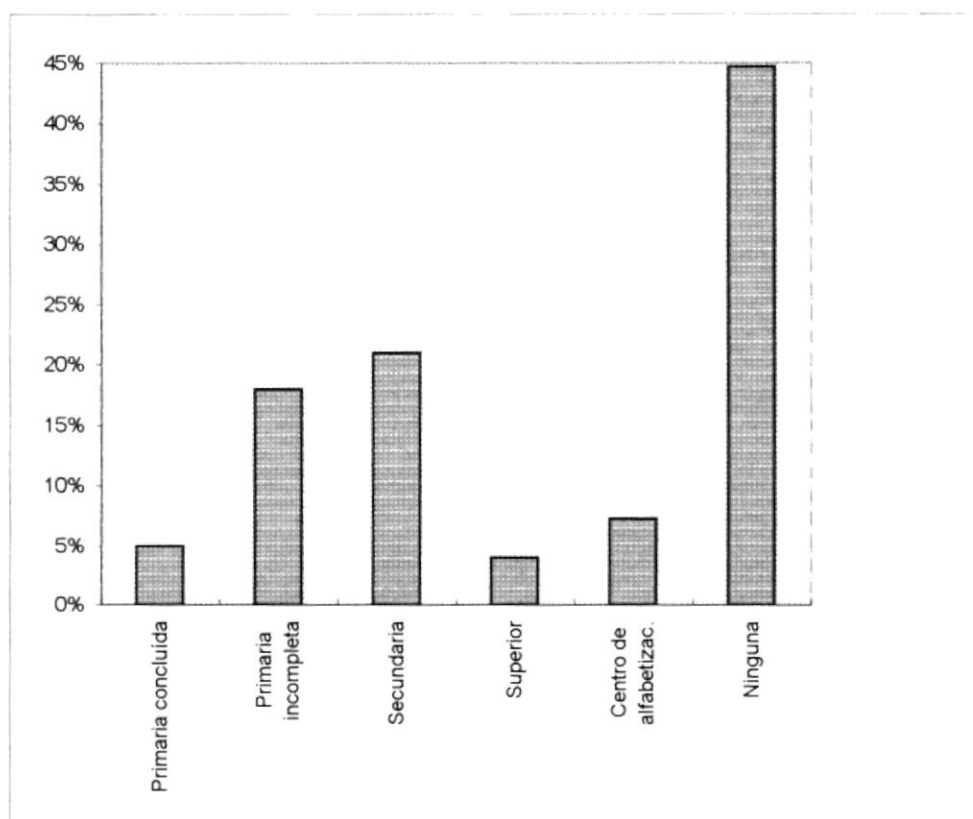


NIVEL DE INSTRUCCION CUADRO Y GRAF. Nro. 10

NIVEL	PORCENTAJE
Primaria concluida	5%
Primaria incompleta	18%
Secundaria	21%
Superior	4%
Centro de alfabetizac.	7.30%
Ninguna	44.70%
TOTAL	100%

FUENTE: ARCHIVO SCS PEGUCHE

ELABORADO: GRUPO TRABAJO IMBABURA



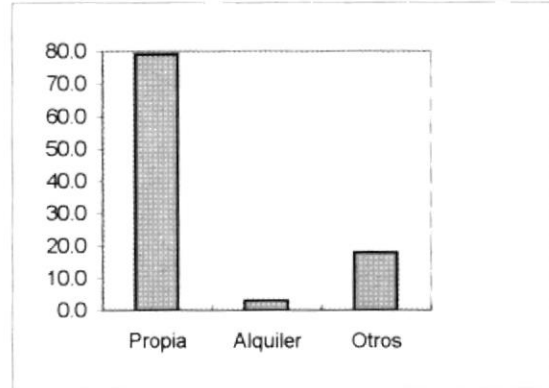
LA VIVIENDA

TENENCIA
CUADRO-GRAF. Nro. 11

Forma	%
Propia	79.0
Alquiler	3.0
Otros	18
TOTAL	100.0

FUENTE ARCHIVO SCS PEGUCHE

ELABORADO GRUPO TRABAJO IMBABURA

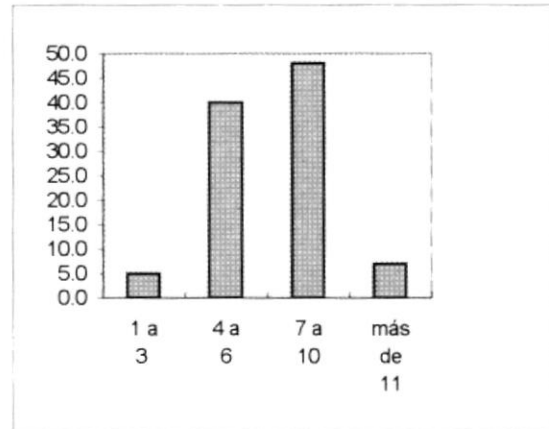


**NUMERO DE MIEMBROS
POR FAMILIA**
CUADRO-GRAF. Nro. 12

Numero de miembros	%
1 a 3	5.0
4 a 6	40.0
7 a 10	48.0
más de 11	7.0
TOTAL	100.0

FUENTE ARCHIVO SCS PEGUCHE

ELABORADO GRUPO TRABAJO IMBABURA

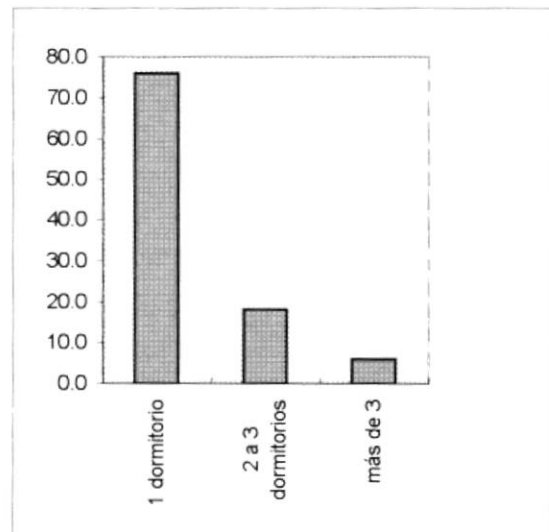


**NUMERO DE DORMITORIOS
POR VIVIENDA**
CUADRO-GRAF. Nro. 13

Numero de dormit.	%
1 dormitorio	76.0
2 a 3 dormitorios	18.0
más de 3	6.0
TOTAL	100.0

FUENTE ARCHIVO SCS PEGUCHE

ELABORADO GRUPO TRABAJO IMBABURA



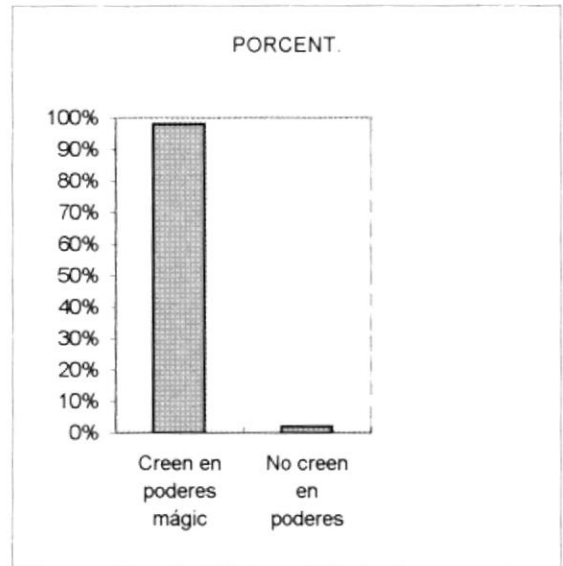
CREENCIAS RELIGIOSAS

FORMA DE CREENCIA
CUADRO-GRAF. Nro. 14

DETALLE	PORCENT.
Creen en poderes mágic	98%
No creen en poderes	2%
TOTAL	100%

FUENTE ARCHIVO SCS PEGUCHE

ELABORADO GRUPO TRABAJO IMBABURA

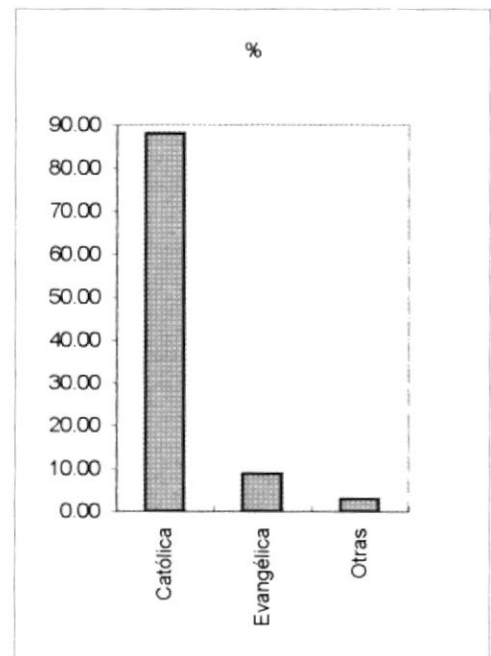


TIPO DE CREENCIA
CUADRO-GRAF. Nro. 15

TIPO DE RELIGION	%
Católica	88.00
Evangélica	9.00
Otras	3.00
Total	100.00

FUENTE ARCHIVO SCS PEGUCHE

ELABORADO GRUPO TRABAJO IMBABURA



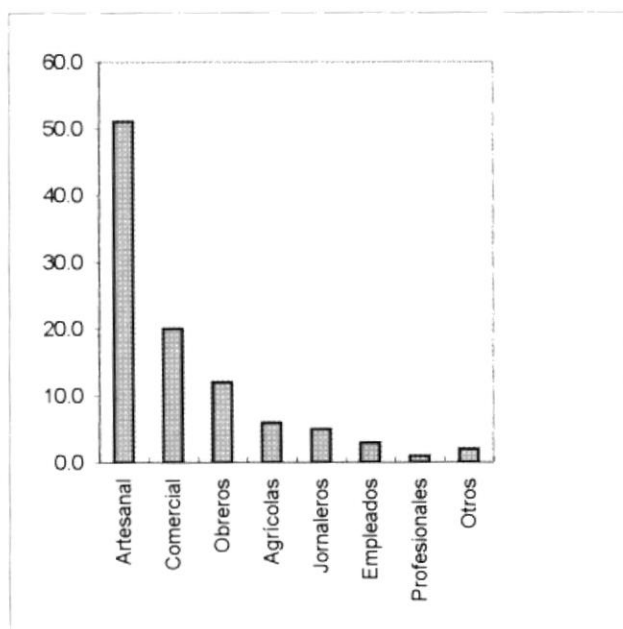
INGRESOS FAMILIARES

TIPO DE TRABAJO
CUADRO-GRAF. Nro. 16

Detalle	%
Artesanal	51.0
Comercial	20.0
Obreros	12.0
Agrícolas	6.0
Jornaleros	5.0
Empleados	3.0
Profesionales	1.0
Otros	2.0
TOTAL	100.0

FUENTE ARCHIVO SCS PEGUCHE

ELABORADO GRUPO TRABAJO IMBABURA

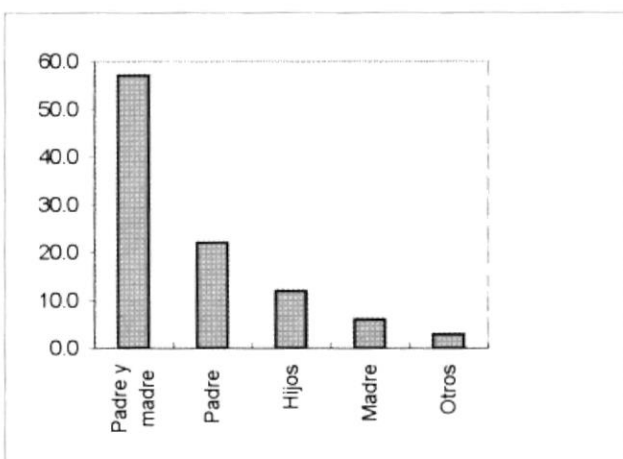


MIEMBRO DE LA FAMILIA QUE TRABAJAN
CUADRO-GRAF. Nro. 17

Detalle	%
Padre y madre	57.0
Padre	22.0
Hijos	12
Madre	6
Otros	3
TOTAL	100.0

FUENTE ARCHIVO SCS PEGUCHE

ELABORADO GRUPO TRABAJO IMBABURA

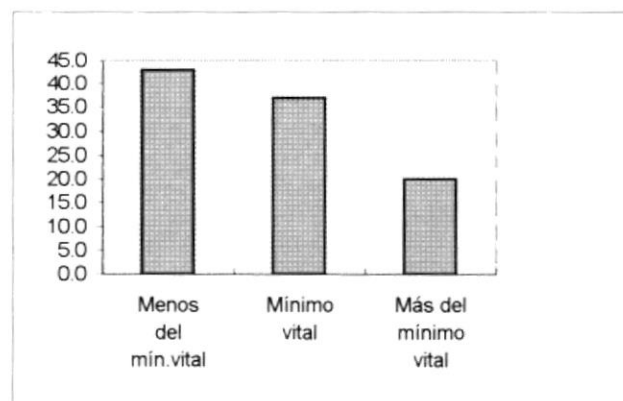


INGRESO FAMILIAR
CUADRO-GRAF. Nro. 18

Detalle	%
Menos del mín.vital	43.0
Mínimo vital	37.0
Más del mínimo vital	20
TOTAL	100.0

FUENTE ARCHIVO SCS PEGUCHE

ELABORADO GRUPO TRABAJO IMBABURA

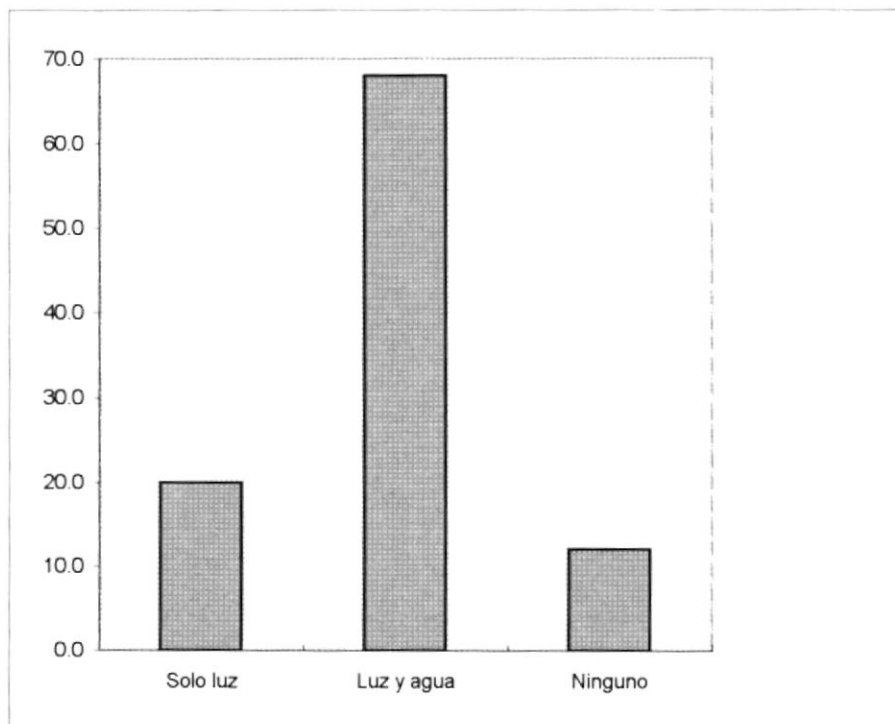


SERVICIOS DE AGUA Y LUZ CUADRO Y GRAFICO Nro. 19

Servicios que disponen	%
Solo luz	20.0
Luz y agua	68.0
Ninguno	12
TOTAL	100.0

FUENTE ARCHIVO SCS PEGUCHE

ELABORADO: GRUPO TRABAJO IMBABURA



FORMA DE ELIMINACION DE EXCRETAS

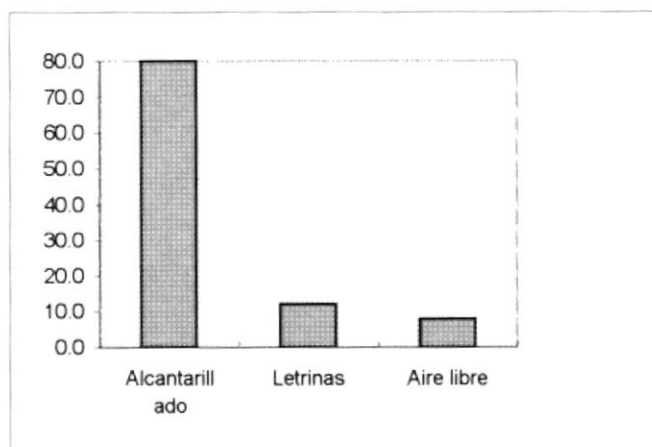
PEGUCHE

CUADRO-GRAF. Nro. 2 0

Detalle	%
Alcantarillado	80.0
Letrinas	12.0
Aire libre	8.0
TOTAL	100.0

FUENTE ARCHIVO SCS PEGUCHE

ELABORADO GRUPO TRABAJO IMBABURA



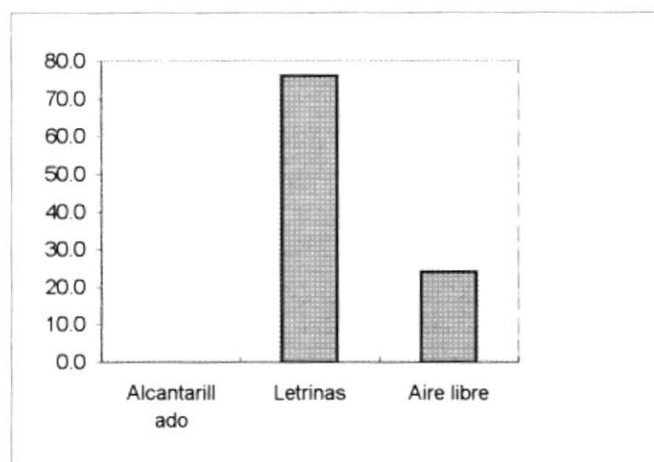
QUINCHUQUI

CUADRO-GRAF. Nro. 2 1

Detalle	%
Alcantarillado	0.0
Letrinas	76.0
Aire libre	24.0
TOTAL	100.0

FUENTE ARCHIVO SCS PEGUCHE

ELABORADO GRUPO TRABAJO IMBABURA



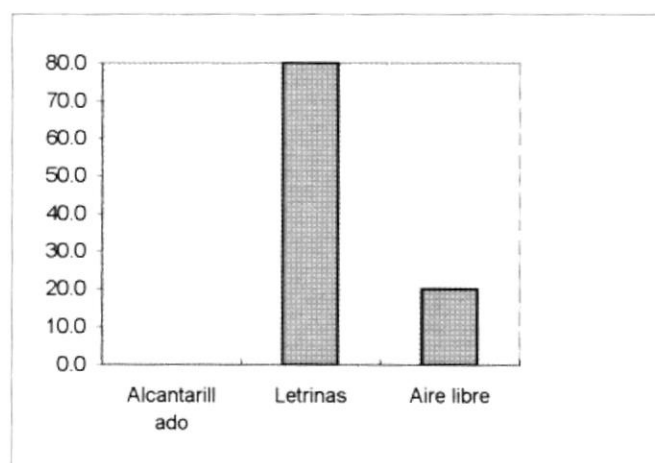
LA BOLSA

CUADRO-GRAF. Nro. 2 2

Detalle	%
Alcantarillado	0.0
Letrinas	80.0
Aire libre	20.0
TOTAL	100.0

FUENTE ARCHIVO SCS PEGUCHE

ELABORADO GRUPO TRABAJO IMBABURA

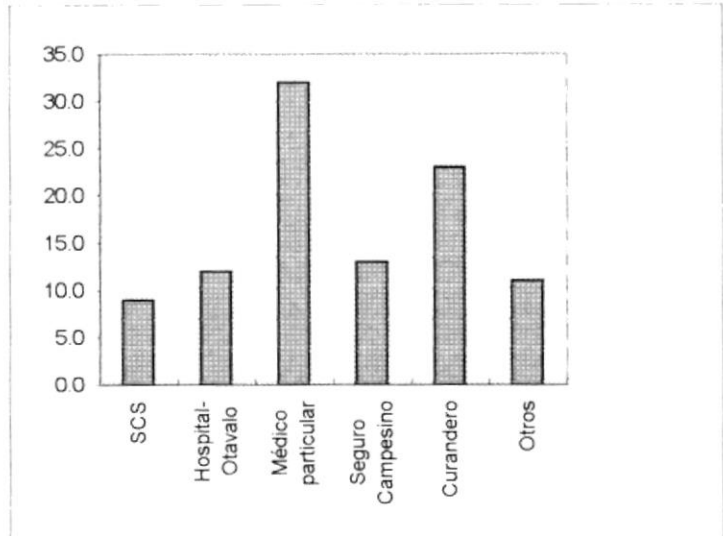


**USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA PARROQUIA
CUADRO-GRAFICO Nro. 23**

Lugar que acuden	%
SCS	9.0
Hospital-Otavalo	12.0
Médico particular	32.0
Seguro Campesino	13
Curandero	23
Otros	11
TOTAL	100

FUENTE ARCHIVO SCS PEGUCHE

ELABORADO GRUPO TRABAJO IMBABURA



**FRECUENCIA DE VISITA AL SCS PEGUCHE (DE LOS USUARIOS)
CUADRO-GRAFICO Nro. 24**

Nro. de veces	%
1 vez al mes	69.0
2 a 3 veces al mes	20.0
más de 3 veces al mes	2.0
Ni una sola vez	9.0
TOTAL	100

FUENTE ARCHIVO SCS PEGUCHE

ELABORADO GRUPO TRABAJO IMBABURA

