

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
SEDE-CUENCA

CARRERA GESTIÓN PARA EL DESARROLLO LOCAL SOSTENIBLE

Tesis previa a la obtención del título de:

Licenciada en Gestión para el Desarrollo Local Sostenible

TEMA:

“ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DE LOS DEPARTAMENTOS DE ESTADÍSTICA EN LOS CENTROS DE SALUD PÚBLICA TIPO B DE LA CIUDAD DE CUENCA (JOSÉ MARÍA ASTUDILLO REGALADO Y PUMAPUNGO) Y SU IMPACTO EN LA ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA EN EL MES DE FEBRERO-AGOSTO 2014 CON RELACIÓN AL BUEN VIVIR”

AUTORA:

Rocío Alejandrina Montaña Tapia

DIRECTOR:

Econ. Dalton Orellana Quezada

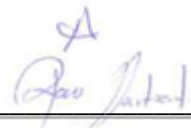
CUENCA – ECUADOR

Cuenca, marzo del 2015

DECLARATORIA

Los conceptos desarrollados, las técnicas aplicadas, los análisis realizados y las conclusiones de la presente tesis de grado, desarrollado en los periodos 2014-2015, son de responsabilidad de la autora de la tesis y autorizo a la Universidad Politécnica Salesiana el uso de la misma con fines académicos.

Cuenca, 2 de marzo del 2015.

(f)  _____

Rocío Alejandrina Montaña Tapia.

C.I. 0104685060

CERTIFICADO

De haber dirigido y revisado el proyecto de Tesis titulado “**ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DE LOS DEPARTAMENTOS DE ESTADÍSTICA EN LOS CENTROS DE SALUD PÚBLICA TIPO B DE LA CIUDAD DE CUENCA (JOSÉ MARÍA ASTUDILLO REGALADO-PUMAPUNGO) Y SU IMPACTO EN LA ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA EN EL MES DE FEBRERO-AGOSTO 2014 CON RELACIÓN AL BUEN VIVIR**”, realizado por la señorita estudiante Rocío Alejandrina Montaña Tapia, por haber cumplido con todos los requisitos autorizando su presentación.

Cuenca, 2 de marzo del 2015

(f)



Econ. Dalton Orellana Quezada

DIRECTOR DE TESIS

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado principalmente a DIOS, quien me ha guiado en el camino para llegar a cumplir mis metas tanto en la vida espiritual como en la profesional.

A mis Padres, quienes me han sabido educar, mediante ejemplos que han hecho de mí una persona de valores y me han brindado su apoyo incondicional, en los momentos difíciles de mi vida y carrera profesional.

A mis hermanos y familiares cercanos, quienes han estado cerca de mí para brindarme su apoyo y confianza, para alcanzar mi más apreciado ideal de superación, también quiero expresar que cuanto uno más quiere hacer más puede lograr en la vida y cuando se quiere alcanzar algo, no hay tiempo ni obstáculo que lo impida para poderlo hacer realidad.

AGRADECIMIENTO

Muchas personas han contribuido en la elaboración de mi tesis, pero antes quiero agradecer a Dios por permitirme llegar a esta etapa de mi vida.

A la Universidad Politécnica Salesiana, por darme la oportunidad de cumplir una meta muy importante en mi vida profesional.

A mi director de tesis, Econ. Dalton Orellana por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	4
1. POLÍTICAS PÚBLICAS DE LOS CENTROS DE SALUD TIPO B.....	4
1.1. Políticas de gestión de los centros de salud.....	4
1.1.1. Concepto de Políticas.....	4
1.1.2. Las políticas de Salud.....	4
1.1.3. Las políticas de gestión de los Centros de Salud tipo B.	9
1.2. Programas o proyectos para el desarrollo sostenible en investigación en salud, para contribuir a la planificación para un buen manejo de atención prioritaria.	10
1.2.1. Los programas.....	13
1.2.2. Marco jurídico de salud para el buen manejo de atención prioritaria.	15
1.3. Rol de las unidades operativas de salud en torno a la política y constitución 2008 de la República del Ecuador.....	17
1.3.1. Rol de las unidades operativas de salud.....	17
1.3.2. Marco constitucional y legal que operativizan los centros de salud tipo B.	19
CAPITULO II.....	22
ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LAS UNIDADES OPERATIVAS B.....	22
CAPITULO II.....	23
2. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LAS UNIDADES OPERATIVAS TIPO B	23
2.1. Organización departamental de los centros de salud tipo B en la ciudad de Cuenca.....	23
2.1.2. Organigrama departamental.....	24
2.2. Estructura y gestión de los centros de salud tipo B, de la ciudad de Cuenca.	30
2.2.1. Estructura.....	30
2.2.2. Organigrama de la estructura y gestión.....	32
2.2.3.1. Procesos Agregadores de Valor.....	33
2.2.3.2. Productos y Servicios.....	36
2.2.3.3. Procesos Habilitantes de Apoyo.....	38
2.3. Sistematización de experiencias y resultados alcanzados en proyectos mediante datos estadísticos obtenidos por los centros de salud tipo b, en el cantón Cuenca 2014.....	40
2.3.1. Concepto de Sistematización de experiencias.....	41
2.3.2. Datos Generales.....	41
2.3.3. Datos cuantitativos de proyectos de salud y población atendida.....	43
2.3.4. Resultados y datos estadísticos de los programas de salud.....	45

2.3.5. Análisis de resultados por programa.	59
2.3.3.1. Análisis Social.	60
CAPITULO III	65
ESTRATEGIAS DE REESTRUCTURACIÓN DEPARTAMENTAL EN BENEFICIO DE LA SALUD PÚBLICA.	65
CAPITULO III	66
3. ESTRATEGIAS DE REESTRUCTURACIÓN DEPARTAMENTAL EN BENEFICIO DE LA SALUD PÚBLICA.	66
3.1.1. Propuestas en torno al manejo de los departamentos que presentan el primer contacto con el usuario.	66
3.1.2. Propuestas en torno a los departamentos de estadística.	67
3.1.3. Recomendaciones.	70
3.2. PROPUESTAS EN TORNO A LOS MODELOS DE GESTIÓN EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DE SALUD.	71
3.2.1. Concepto de Gestión.	71
3.2.2. Concepto de Modelo de Gestión	71
3.2.4. Propuestas en torno a los modelos de gestión.	74
3.3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	76
3.3.1. Conclusiones.	76
3.3.2. Recomendaciones.	77
3. BIBLIOGRAFÍA.	79
4. ANEXO.	81

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 1, <i>Departamentos Centros de Salud tipo B</i>	27
Tabla No. 2, <i>Proyectos en los centros de Salud tipo B</i>	44
Tabla No. 3, <i>Modelo de Gestión</i>	72

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico No. 1; Número de Atenciones en los Centros de Salud Tipo B	42
Gráfico No. 2; Género	42
Gráfico No. 3; Discapacidades.	45
Gráfico No. 4; Materno Infantil Adolescentes.	46
Gráfico No. 5; Programa Materno Infantil en Mujeres 20-49 años.....	46
Gráfico No. 6; Planificación Familiar.	47
Gráfico No. 7; Programa de prevención ginecológico.	48
Gráfico No. 8; Programa preventivo en niños de 0 años.....	49
Gráfico No. 9; Programa preventivo en niños de 1-9 años	50
Gráfico No. 10; Programa preventivo en Adolescentes	51
Gráfico No. 11; Programa de atención preventiva en adultos de 20-64 años.	52
Gráfico No. 12; Programa de atención preventiva en adultos de 20-64 años.	53
Gráfico No. 13; Programas de Clubs Diabéticos e Hipertensos.....	54
Gráfico No. 14; Programa de prevención odontológica y salud bucal.....	55
Gráfico No. 15; Proyecto del Pie Derecho	56
Gráfico No. 16; Programa AIEPI	57
Gráfico No. 17; Proyecto ADAS.....	58
Gráfico No. 18; Modelos de gestión en salud. Componentes del sistema.....	73

INTRODUCCIÓN.

El análisis de los departamentos de estadística, en los centros de salud tipo B, sirve para identificar la situación que agrava el funcionamiento y la distribución de actividades relacionadas con el buen manejo de la atención prioritaria. Los departamentos de estadística como primer mediador debe buscar la forma de solucionar la necesidad del usuario, a través de la organización, cooperación y selección de intervenciones prioritarias, para la obtención de reformulación de políticas de salud y el desarrollo en los sistemas de los servicios de salud.

El análisis investigativo, además de permitirme identificar, la organización, estructura y por ende las funciones de los modelos de gestión ejecutados en los departamentos de estadística, con relación a los procesos colectivos y participativos de producción de conocimiento y retroalimentación de experiencias y lograr mediante esta valiosa herramienta fortalecer la capacidad de los niveles técnicos y políticos de los centros de salud tipo B, y también formular propuestas de reestructuración departamental según el tipo y nivel de riesgo que aquejan a la población y buscar que los servicios de salud estén de acuerdo a las necesidades de la población para la intervención adecuada.

Los resultados del análisis cuantitativo, incluye la identificación de políticas y/o planes, programas, proyectos intervenciones o acciones orientadas a maximizar el impacto del sector salud en la población, logrando que los objetivos o prioridades nacionales en correspondencia del derecho al acceso a la salud se desarrollen en íntima relación con el usuario que demanda prestación de servicios de salud buscando respuestas en una gerencia que permita al usuario ser comprendido ante su realidad

Para una mayor comprensión del tema, sobre el análisis de los departamentos de estadística, se ha tomado en consideración el rol fundamental de los centros de salud tipo B, con relación a la política y a la Constitución del Ecuador 2008, para buscar una alternativa que no se base en el antiguo modelo de gestión si no a través de la gestión de

procesos, que involucra actividades orientadas a generar un valor complementario sobre una entrada para conseguir un resultado, y una salida que a su vez cumpla los requerimientos del usuario.

Para concluir, en el siguiente documento, se exterioriza el panorama de la situación de salud, frente a las propuestas en base al funcionamiento de los departamentos de estadística en los centros de salud tipo B, en los diferentes contextos y finalmente permitirme priorizar la situación del usuario en el campo de la salud, como un derecho irrenunciable, estimado en la Carta Magna de la República del Ecuador 2008, y localizar estrategias de un correcto funcionamiento departamental de los Centros de Salud tipo B, esto lo hago en base a la información obtenida en una sistematización de datos estadísticos, realizado por los departamentos de estadística basados en resultados y experiencias en los diferentes programas o proyectos, usando el sistema del Registro Diario de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACCA), como fuente de investigación, para la elaboración de una matriz de producción en los meses de febrero-agosto del 2014. Esta priorización fue realizada conjuntamente con los integrantes de salud pública del departamento de estadística.

CAPÍTULO I

POLÍTICAS

PÚBLICAS DE

LOS CENTROS DE

SALUD TIPO B

CAPÍTULO I

1. POLÍTICAS PÚBLICAS DE LOS CENTROS DE SALUD TIPO B.

1.1. Políticas de gestión de los centros de salud.

Antes de referirme a las políticas de gestión de los centros de salud, definiré conceptos básicos de política, gestión, etc., concluyéndose, que me ayudara a comprender la importancia de las mismas.

1.1.1. Concepto de Políticas.

Las políticas facilitan pautas para orientar el trabajo a realizarse, son lineamientos generales a observar en la toma de decisiones sobre algún problema, además tiene por finalidad impulsar capacidades y potencialidades individuales y colectivas que respalden el mejoramiento de la calidad de vida y así facilitar la implementación de las estrategias.¹

Un proceso político, es probable que comience cuando los órganos sectoriales de Gobierno y los demás actores de la sociedad civil, reconocen y evalúan las necesidades y demandas de los conjuntos sociales involucrados. Éste es también un momento estratégico, porque es cuando se desarrollan las capacidades de negociación, concertación y liderazgo, cuestiones vitales para el cumplimiento de la responsabilidad que engloba a los órganos sectoriales de gobierno.

1.1.2. Las políticas de Salud.

Las políticas de salud son parte integrante de las políticas sociales y se las puede definir como una iniciativa sistemática para reducir los problemas de salud. Una política de salud lleva de una manera implícita, la aceptación de la salud de las

¹ Eugenio Lahera – Políticas y política públicas 2004. Pág. 9

personas como un problema público en el cual el Estado asume un papel activo y explícito. Las políticas de salud es el papel que desempeña el Estado en salud².

Las políticas en un régimen de salud, solo tendrían éxito cuando logren una conciencia ciudadana sobre el problema y se pueda exigir a las autoridades la toma de decisiones adecuadas, y esto se logra estableciendo alianzas entre los distintos sectores del gobierno, academia, instituciones científicas y sociedad civil. Uno de los ejes fundamentales para una buena política de salud, es tener en cuenta el principio de la equidad, que no significa la igualdad absoluta, sino que implica un sistema de justicia.

La políticas de salud en base a la gestión ayuda a planificar estratégicamente en el campo de la salud, como en cualquier otro campo, es tomar decisiones, y sólo tiene sentido si tenemos cierto poder para hacerlo, o si podemos acumular el poder necesario. El enfoque estratégico apunta justamente a considerar la dimensión política, a valorar la presencia de diversidad de actores con distintos intereses y capacidades de ejercer poder, de modo que podamos pensar estratégicamente cómo obtener apoyos y sortear los obstáculos para alcanzar los objetivos sanitarios buscados.

La estrategia supone construir un camino en medio de un juego de actores y en un territorio incierto donde las variables del entorno pueden cambiar drásticamente la situación, bajo la planificación como uno de los principales objetivos de las políticas públicas y en consecuencia los planes son los instrumentos más significativos por los cuales se lleva a cabo la labor política.

La reciente Carta Magna de la República del Ecuador 2008, visibiliza este proceso ejecutivo que evita la improvisación y promueve una visión de conjunto y a largo plazo de los distintos territorios que integran el Estado.

En él, **Art. 363.-** El Estado será responsable de; formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral

² TOBAR, F (2012). Políticas de salud.

en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura, fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.³

Este artículo de la Constitución, diviniza a la salud pública como un derecho de las y los ciudadanos, el mismo que está acogido en los principios del Buen Vivir (Sumak Kawsay), como el enfoque de desarrollo que debe reflejarse en la atención y sobre todo en el acceso a la salud.

Finalmente para que el derecho a la salud sea aplicable es indispensable un sistema de seguridad social que beneficie a las personas más allá de su responsabilidad laboral. El campo de acción de la promoción de la salud incluye poder elaborar políticas públicas que refuercen la salud, que construyan una intersectorialidad local para propiciar la participación comunitaria real y el desarrollo de habilidades personales.

La implementación de la estrategia de promoción de la salud implica necesariamente volver al ámbito local, incluyéndolo desde una perspectiva determinante en la toma de decisiones, no solamente en la situación de descentralización operativa y en el mejor de los casos, económica, sino desde la planificación participativa, generando una interacción de los actores sociales, que puedan tomar decisiones y producir transformaciones de las situaciones generadoras de enfermedad para esa comunidad.

Así el elemento fundamental para la planificación, constituye el primer momento de la gestión en el cual se identifican, ordenan y armonizan de manera participativa y concertada el conjunto de estrategias seleccionadas para alcanzar determinadas metas, según sea la problemática analizada, las potencialidades del desarrollado y los recursos disponibles.

³ Constitución del Ecuador 2008

De tal forma que el estado propone el Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa para el Ecuador, al sistema le corresponde la conformación de los consejos de Planificación, según la organización territorial del estado ecuatoriano empezando por el Consejo Nacional de Planificación integrado por los distintos niveles de gobierno (regional, provincial, cantonal, parroquial, comunidades y barrios) y así se incluye el modelo de consejos de los gobiernos autónomos descentralizados como unidades de planificación y participación del estado.

El trabajo parte del plan Nacional de Desarrollo que en otras palabras es la planificación del desarrollo del país. El sector de la salud esta direccionado en este plan que actúa como instrumento guía para mejorar la participación del sector social, político y económico, en el cumplimiento en general de las garantías del buen vivir.

El proceso se ha iniciado con la conformación de bloques geográficos, económicos y políticos teniendo en cuenta los niveles de desarrollo, estructuras económicas, sistema político y rasgos culturales semejantes en un área territorial determinada, promovida para el desarrollo de las comunidades y cuyos efectos son una mayor división del trabajo y especialización de la comunidad en la producción y desarrollo.

Se presenta un plan de desarrollo alternativo que tiene que ser institucionalizado de modo que todas y todos seamos parte activa de la construcción del progreso y del desarrollo del país siendo planificado por la Secretaria Nacional de Planificación y desarrollo SENPLADES.

Siendo así que en las competencias de la SENPLADES, se ha realizado el proceso de planificación territorial para lograr los objetivos nacionales de potencializar la vida de la población ecuatoriana, a través de la delimitación de los objetivos institucionales descentralizados y desconcentrados, como indica la constitución en forma de las gobernanzas del Estado.

Art. 238.- Los gobiernos autónomos descentralizados gozarán de autonomía política, administrativa y financiera, y se regirán por los principios de solidaridad, subsidiariedad, equidad interterritorial, integración y participación ciudadana. En ningún caso el ejercicio de la autonomía permitirá la secesión del territorio nacional.

Constituyen gobiernos autónomos descentralizados las juntas parroquiales rurales, los concejos municipales, los concejos metropolitanos, los consejos provinciales y los consejos regionales.⁴

En el nuevo plan nacional del Buen Vivir 2013-2017, aprobado por la consulta popular en el campo de la salud, se eliminaron los costos de las consultas médicas, fue ampliado el acceso a medicamentos esenciales gratuitos y se normalizó la jornada de atención a ocho horas. Para ambos sectores, se ha elevado el número de partidas disponibles (número de médicos) y la inversión en infraestructura básica.⁵

Las políticas de redistribución implementadas reconstruyen una matriz de inclusión social (protección del poder adquisitivo, continuidad de las subvenciones, combinación de políticas universalistas y focalizadas de protección social, y acceso a derechos) que se funda en el imperativo de reducir la pobreza y procurar mayores niveles de igualdad

Esta es la organización para los gobiernos autónomos descentralizados ejercen las políticas de mejora en especial para las áreas de salud, así la nación se organiza territorialmente en regiones, provincias, cantones y parroquias rurales.

⁴ Constitución del Ecuador 2008.

⁵ Plan Nacional del Buen Vivir 32013-2017.

1.1.3. Las políticas de gestión de los Centros de Salud tipo B.

Las políticas de gestión de los Centros de Salud tipo B (Área N°1 Pumapungo , Área 2 José María Astudillo Regalado), se rigen por la Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud (CGDES); ya que como responsable de validar las políticas públicas que están bajo su competencia, provee insumos que apoyan a la formulación de políticas estratégicas para el sector salud, tomando en cuenta las evidencias científicas y técnicas sobre el impacto de las acciones en salud y el estado de salud de la población, en base a los requerimientos de las distintas instancias del Ministerio de Salud Pública, y entre otras tales como; la gestión de inteligencia y economía de la salud pública.

De esa manera las políticas públicas de gestión de los Centros de Salud tipo B, se basa en los siguientes elementos centrales:

- **Compromiso con políticas públicas saludables:** Ampliar la cobertura y acceso de los servicios públicos de salud para toda la población, mejorando la infraestructura física y la provisión de equipamiento, a la vez que se eliminen barreras de ingreso a grupos de atención prioritaria, mujeres, pueblos y nacionalidades.
- **Participación comunitaria:** es una característica poco desarrollada, debatida, controvertida y escasamente puesta en práctica.
- **Acción intersectorial:** Promover la constitución en una Red de Salud de Cuenca articulada funcionalmente, que tome en cuenta las características sociales, territoriales y culturales, en las que se desenvuelven la población y con una visión integral de salud que permitan construir espacios saludables, planificados y con participación activa de la ciudadanía
- **Sustentabilidad:** Garantizar los derechos del Buen Vivir para la superación de todas las desigualdades en especial en salud.

- **Movilización y gestión de recursos:** Impulsar la prestación de servicios de salud sobre la base de principios de bioética y suficiencia, con enfoque de género, intercultural e intergeneracional.
- **Fortalecimiento de equipos técnicos:** Asignar prioritaria y progresivamente recursos públicos para propender al acceso gratuito de los servicios de salud en función de criterios poblacionales, territoriales y de equidad social.

1.2. Programas o proyectos para el desarrollo sostenible en investigación en salud, para contribuir a la planificación para un buen manejo de atención prioritaria.

Los programas para el desarrollo sostenible; deben abordar las necesidades de atención primaria de la salud de la población, ya que se integran con el logro de los objetivos de desarrollo sostenible y de la atención primaria de la salud. La vinculación de las mejoras de carácter sanitario, ambiental y socioeconómico exige la ejecución de actividades intersectoriales y tienen por objeto que la población pueda asegurar el desarrollo sostenible en sus propias comunidades.

Especialmente resulta importante la inclusión de programas de prevención en vez de solamente medidas de corrección y tratamiento. Se deben elaborar planes para la adopción de medidas prioritarias en relación con las áreas de programas que se basan en la planificación cooperativa en los diversos niveles de gobierno, organizaciones no gubernamentales y comunidades locales.

Los programas para el desarrollo sostenible en investigación en salud, están dirigidos por el Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública, (INSPI), de tal manera que es el encargado de generar, transferir y difundir conocimientos científicos y tecnológicos en salud mediante la ejecución de investigaciones, desarrollo e innovación tecnológica, y la gestión de laboratorios de referencia nacional que proveen servicios especializados en salud pública; con la finalidad de obtener evidencias que contribuyan al fortalecimiento de políticas públicas en salud.

Todos los organismos e institutos, relacionados en la investigación en Salud, (MSP, INSPI, ARCSA, etc.), son necesarios y contribuyen e implementan el equilibrio, la equidad en la dotación de los servicios de salud, y además proveen información para decisiones sobre promoción de salud, prevención de las enfermedades más frecuentes y los resultados en el perfil epidemiológico y estado de salud de la población.

La intervención en los programas y proyectos desarrollados para el desarrollo sostenible en investigación en salud, ha sido motivo de gran interés para el Gobierno autónomo descentralizado de la ciudad de Cuenca, y junto a la Acción Social Municipal, han orientado su política social, dirigida a varios sectores vulnerables y en riesgo del cantón Cuenca, especialmente los grupos prioritarios (adultas mayores, niñas, niños, adolescentes, mujeres embarazadas personas con discapacidad, aquellas privadas de la libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, así como las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos), por lo que el plan operativo se ejecutará de manera directa e indirecta, con la participación a través de la administración de servicios sociales específicos en los campos de desarrollo y relación con otros organismos públicos y privados, mediante acuerdos, alianzas y convenios de cooperación interinstitucional. Esto ayudará a contribuir al aumento de la autogestión y la equiparación de oportunidades para todos y todas los habitantes de la ciudad.

Si bien es cierto que muchas de las intervenciones de estos institutos u organizaciones relacionadas en salud, permiten dar un enfoque participativo local, a través de la atención prioritaria y especializada, pero no se ha logrado restituir por completo los derechos vulnerados de estos grupos ya que la mayoría de los programas o proyectos olvidan el factor de cooperación mutua para el desarrollo y crecimiento de las comunidades más necesitadas.

Los programas para el desarrollo sostenible en la investigación en salud deben estar más enfocados a impulsar los procesos de autogestión que además de generar recursos económicos en el campo de salud, y al mismo tiempo también

desarrollen actividades para el beneficio de estos grupos prioritarios. Si se mejora la gestión y administración en la prestación de servicios al usuario, de los Centros de Salud tipo B (Área 1 Pumapungo y Área 2 José María Astudillo Regalado), con un personal capacitado, la atención al público puede optimizar la calidad del servicio prestado.

Sin duda alguna se debe poner más atención al momento de impulsar o gestión proyectos locales, con respecto a la administración de recursos en las áreas, para que tengan un manejo óptimo y eficiente en beneficio de los usuarios, esto involucra acuerdos y convenios en donde funcione correctamente la micro red de salud, para descongestionar el peso o carga que tenga una sola Unidad Operativa, a través de campañas medicas con atención a grupos prioritarios ya sea área rural o urbana con el fin de mejorar su salud integral.

Si se implementa proyectos o programas para los grupos prioritarios, tendría que ser en base a una verdadera empatía y protección antes su situación de abandono y maltrato, brindándoles alternativas de convivencia familiar y reinserción en otros espacios.

De ahí que el diseño e implementación de programas o proyectos de salud para el cantón Cuenca, siempre deben estar enfocados en el cuidado de la vida del usuario (ciclo vital), responder positivamente ante la presencia de aspectos fundamentales tales como la equidad de género y el aspecto intercultural, que permita generar información para la toma de decisiones que pertinentemente deben ser comunicadas y formular una atención integral, oportuna y pertinente a las diferentes necesidades y dimensiones de la población.

Para liderar los programas y políticas de promoción de la salud en los centros de salud tipo B, en la ciudad de Cuenca, debe contarse con la amplia participación ciudadana y así lograr cambios positivos en prácticas y comportamientos de los grupos poblacionales y territorios prioritarios, como garantizar la sostenibilidad del trabajo voluntario en la comunidad con un sentido de pertenencia y logro positivo en el mejoramiento de la calidad de vida de su localidad.

1.2.1. Los programas

Priorizarán las estrategias, objetivos y acciones para dirigir la intervención sobre un área específica y con sujetos específicos, como por ejemplo: salud. Los programas atienden a un objetivo concreto para alcanzar en un plazo razonable, constituyéndose en una herramienta que organiza las acciones concretas en torno a los problemas u oportunidades concretos, partiendo de objetivos, actividades, metodologías y metas.

El sector de la salud se puede generar evidencia sobre qué proyectos son buenos para la salud mediante la medición de las iniciativas de desarrollo sostenible, ya que sin salud no hay desarrollo sostenible; las personas sanas son más capaces de aprender, trabajar y contribuir de manera positiva a sus economías y sociedades, por esa razón es que debemos preocuparnos por el bienestar de cada uno de los individuos, para contribuir al progreso de una comunidad.

Estos programas implementados para el desarrollo sostenible en investigación en salud, se manifiestan en base a la satisfacción de las necesidades de atención primaria de la salud, sobre todo en las zonas rurales, en donde los grupos prioritarios no tienen una asistencia médica debido a diversas situaciones, como la falta de información.

En los centros de salud tipo B, en el cantón Cuenca, junto al Ministerio de Salud Pública y la Dirección Provincial de Salud del Azuay lleva a cabo la difusión de programas y proyectos como por ejemplo:

- a) **Programa Materno Infantil;** es el control prenatal en Adolescentes de 10-19 años de edad y en mujeres de 20-49 años de edad, por medio de tarjetas de diferentes colores según el nivel de riesgo de embarazo en caso de existir, el cuidado del crecimiento y desarrollo del feto, intervenido por los médicos generales y la especialidad de gineco-obstétrica de los centros de salud y el programa de atención a adolescentes especializada (ADAS)

- b) **El programa de Planificación Familiar**, desarrollado por el departamento de Medicina Familiar, junto con el departamento de psicología, el proyecto consiste en la Estrategia Intersectorial para prevenir los embarazos en adolescente y planificación familiar (ENIPLA).
- c) **Programas preventivo de Odontología**, atención preventiva odontológica, y educación bucal.
- d) **Programa de control de enfermedades**, atención preventiva y respiratoria (DOTS), desarrollado en los departamentos de Medicina General.
- e) **Programa de micro nutrientes**, control del niño sano, prevención de enfermedades contagiosas, vacunación, en conclusión programas de atención integral por etapas de la vida; niño, adolescente, joven, adulto, con la ayuda del departamento de enfermería, médico general, médico familiar, psicología y trabajo social.
- f) **Programa de Tamizaje Metabólico Neonatal**, que tiene por objeto, prevenir la discapacidad intelectual y la muerte precoz en los recién nacidos (Hipotiroidismo, Hiperplasia, Galactosemia, Fenilcetonuria) mediante la detección temprana y manejo de errores del metabolismo.
- g) **Programas de atención integral en salud a grupos prioritarios**, en especial a los adultos mayores, con la conformación de clubs de Diabéticos e Hipertensos, desarrollado por el departamento de Trabajo Social.
- h) **Programa de calificación y atención especializada para los grupos de discapacidad**, esto se lo realiza según la zona a la que pertenezca (dirección de su vivienda), realizado por un médico general, trabajo social (carta socioeconómica), y psicología.

Pienso que en el campo de salud, se debe poner énfasis en fomentar y mejorar el acceso a servicios de calidad y lograr la universalización integralidad en el cuidado de la salud para el buen manejo de los grupos prioritarios, a través de

la satisfacción de las necesidades presentadas de la población mediante el funcionamiento de la red pública integral de salud con base territorial en la ciudad de Cuenca, conformada por el conjunto articulado de establecimientos con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad entre las diferentes entidades del sector público.

1.2.2. Marco jurídico de salud para el buen manejo de atención prioritaria.

El país cuenta con un amplio marco legal y normativo relacionado a la garantía del derecho a la salud, la estructuración del Sistema Nacional de Salud y la protección de grupos poblacionales. De igual manera el Ecuador ha suscrito Acuerdos Internacionales que se orientan a la garantía y cuidado integral de la salud de la población.

Al mejorar la calidad de la gestión del sistema de prevención y atención integral basado en un modelo de articulación interinstitucional, organizacional y operativa de las entidades públicas, privadas, no gubernamentales y comunitarias para la prestación de servicios del Sistema de Protección Integral para grupos de atención prioritaria, para que se logren proteger de diversos factores que agravan las salud y de esa manera lograr restituir los verdaderos derechos del buen vivir, de la población mencionados en la Carta Magna de la República del Ecuador, Constitución 2008.

Al establecer un marco normativo para los centros de salud, en la ciudad de Cuenca, nos beneficiara de una gestión eficiente, de mecanismos de regulación y control técnico y sistemas de seguimiento de metas, así como mecanismos de transparencia, rendición de cuenta y un buen manejo al prestar servicios, para precautelar el interés público y el cumplimiento de los objetivos nacionales.

La Constitución del Ecuador 2008, nos ayudara a cumplir los objetivos mencionados con anterioridad, ya que en su clasificación de los derechos,

en lugar de la clásica división entre: derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales; actualmente están organizados por: derechos del Buen Vivir, libertad, “de los pueblos”, participación, protección, de grupos vulnerables, por los derechos de las personas y los grupos de atención prioritaria, etc.

En la constitución del 2008, el estado garantiza la atención prioritaria en salud a través de programas de atención a las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.

El **Art. 32;** de la Constitución Política de la República del Ecuador 2008 consagra a la salud como un derecho garantizado por el Estado mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

Desde el **Art. 36 al 38**, se desarrollan los derechos de los adultos mayores, que en términos generales se basan en las garantías que el estado ofrece

como son las salud gratuita y cuidados especializados, programas de inclusión a la sociedad y protección, sobre cualquier tipo de violencia, explotación o abandono, también se menciona la atención prioritaria que recibirán en el sector público y privado, y en casos de desastres o emergencias, básicamente los mismos derechos que todos los ciudadanos pero con prioridad y con ciertos casos específicos como son el caso de la privación de la libertad, que en el caso se los adultos mayores la se efectuaran en lugares especializados o en su propio domicilio.

1.3.Rol de las unidades operativas de salud en torno a la política y constitución 2008 de la República del Ecuador.

La Unidad Operativa de Salud; como un elemento local de salud, bajo la política deber ser el punto de interacción entre los servicios y una población definida a la misma que se le proporciona servicios de salud, es decir establece relaciones participativas con la población de la cual es responsable y se encarga de optimizar la organización del primer nivel de atención en cualquier sistema racional de atención pública.

1.3.1. Rol de las unidades operativas de salud.

El rol a desempeñarse en la Unidades Operativas de Salud, debe ser involucrativo, participativo y sobre todo informativo, orientado al sistema de salud con base en la Atención Primaria de Salud renovada, para alcanzar el verdadero propósito que es el de prestar un servicio de la calidad y calidez, ante la población que necesita mejorar su realidad en todos los aspectos incluyendo las socioeconómicas y culturales; y no ser vistos sólo como usuarios estatales de atención médica, afectados por enfermedades.

El rol desempeñado políticamente, debe facilitar al personal la capacidad de comprender que para la gente, la salud, y las actividades de salud, no tienen más que una importancia relativa, en el contexto de sus preocupaciones actuales y futuras, por lo que deben actuar bajo los nuevos enfoques del auténtico empoderamiento de la población, que solo se logra con la

participación y la organización como elementos impulsores y transformadores de las políticas públicas, que ciertamente a diferencia de los viejos paradigmas de los modelos políticos, pone como centro la preocupación del bienestar y salud de la población, para alcanzar este propósito es fundamental el Fortalecimiento de la Rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional en el marco de la descentralización.

Al ser la salud un acto político, se va más allá de la responsabilidad individual de la salud para considerar una acción colectiva organizada, igualitaria y equitativa, basado en la estrategia de atención primaria, que empieza por la gente y sus problemas.

Es por eso que los centros de salud como un bien público, debe cumplir su rol, que es el ser la puerta de entrada de la población al sistema de salud, y desde el enfoque político ajustarse principalmente a las actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para la debida intervención en las insuficiencias de salud más frecuentes de la persona, familia y comunidad.

El grado de severidad y magnitud de los problemas de salud en este nivel, plantea la atención con una oferta de gran tamaño, y de baja complejidad, se constituye en el facilitador y coordinador del flujo del usuario dentro del sistema

Los centros de salud, en torno a la política tienen un rol protector que juega en la prevención de riesgos y la adopción de conductas saludables en beneficio de sus miembros, que, se plantea asegurar el desarrollo infantil integral para el ejercicio pleno de los derechos, involucrando a la familia y a la comunidad para generar condiciones adecuadas de protección, cuidado y buen trato en particular en las etapas de formación prenatal, parto y lactancia, así como articular progresivamente los programas y servicios públicos de desarrollo infantil, que incluyan salud, alimentación saludable y nutritiva, educación inicial y estimulación adecuada.

El rol de la Unidad operativa en torno a la política; se orienta a garantizar el ejercicio pleno de los derechos de los pacientes, integrándolos plenamente al desarrollo social, económico, político y cultural del país, a través de su participación y empoderamiento, junto al Estado, sociedad civil y la familia.

El rol de los Centros de Salud tipo B, en torno a la política ha puesto énfasis en promover prácticas saludables, fortalecer la prevención el control y la vigilancia de la enfermedad, y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad y así lograr garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad.

1.3.2. Marco constitucional y legal que operativizan los centros de salud tipo B.

El rol de la unidades operativas en torno a la Constitución 2008 del Ecuador; es constituido bajo el marco normativo que rige la organización y vida democrática del país, personificando un nuevo pacto social para la garantía y el ejercicio de los derechos y responsabilidades en función del logro del buen vivir, (Sumak Kawsay).

Desde la perspectiva de una concepción integral de la salud y de la visión integradora del marco constitucional, varios de sus capítulos y articulados establecen derechos y garantías que se relacionan con la generación de condiciones saludables.

Art. 361, Señala que el Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector y en el Art. 363 nos dice que es la responsabilidad del Estado garantizar el ejercicio del derecho a la salud.

El marco legal ecuatoriano refleja la conceptualización del Sistema Nacional de Salud (SNS), y sus funciones en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, detallando en su Art. 2 que *“tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud. Estará constituido por las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan funcionalmente sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes”*⁶. Así, el sistema nacional de salud desempeña cinco funciones fundamentales:

- a).** Garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud, a través del funcionamiento de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada.
- b).** Proteger integralmente a las personas de los riesgos y daños a la salud; al medio ambiente de su deterioro o alteración.
- c).** Generar entornos, estilos y condiciones de vida saludables.
- d).** Promover la coordinación, la complementación y el desarrollo de las instituciones del sector.
- e).** Incorporar la participación ciudadana en la planificación y veeduría en todos los niveles y ámbitos de acción del Sistema Nacional de Salud.

Con la Constitución se crea además el Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa y se le da el carácter de vinculante a su principal herramienta, el Plan Nacional para el Buen Vivir y éste constituye el máximo instrumento de planificación nacional y de política pública.⁷

El Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013 tiene como objetivo número tres el mejorar la calidad de vida de la población. Así, se propone promover

⁶ Ley Orgánica de Sistema Nacional de Salud

⁷ SENPLADES 2011.

“acciones públicas, con un enfoque intersectorial y de derechos, que se concretan a través de sistemas de protección y prestación de servicios integrales e integrados” con énfasis en los servicios de salud (Senplades, 2009).

En esta línea, la política busca garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios con calidad, calidez y equidad. Con el propósito de alcanzar la meta planteada por el Ministerio de Salud Pública, de aumentar la calificación del funcionamiento de los servicios de salud, de esa manera se formulan algunos planteamientos como la importancia de articular la Red Pública Integral y fortalecer el rol de MSP como entidad rectora (Senplades, 2009).

La normativa general nacional para el sector se establece a través de la Ley Orgánica de Salud (LOS) y su reglamento. Estos instrumentos legales tienen el propósito de regular, al modo general, a las acciones de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y ser el marco formal para aplicar políticas, programas y normas de atención de salud integral y de calidad.

Su finalidad es hacer efectivo el cumplimiento del derecho a la salud al que se sujetan todos los integrantes del sistema nacional de salud, la ley orgánica del Sistema Nacional de Salud, tiene como propósito establecer los principios y normas generales para la organización y funcionamiento mediante el cual se establecen los objetivos, principios, funciones, e integrantes en el Sistema Nacional de Salud.

CAPITULO II

**ORGANIZACIÓN
Y GESTIÓN DE
LAS UNIDADES
OPERATIVAS B**

CAPITULO II

2. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LAS UNIDADES OPERATIVAS TIPO B

2.1. Organización departamental de los centros de salud tipo B en la ciudad de Cuenca.

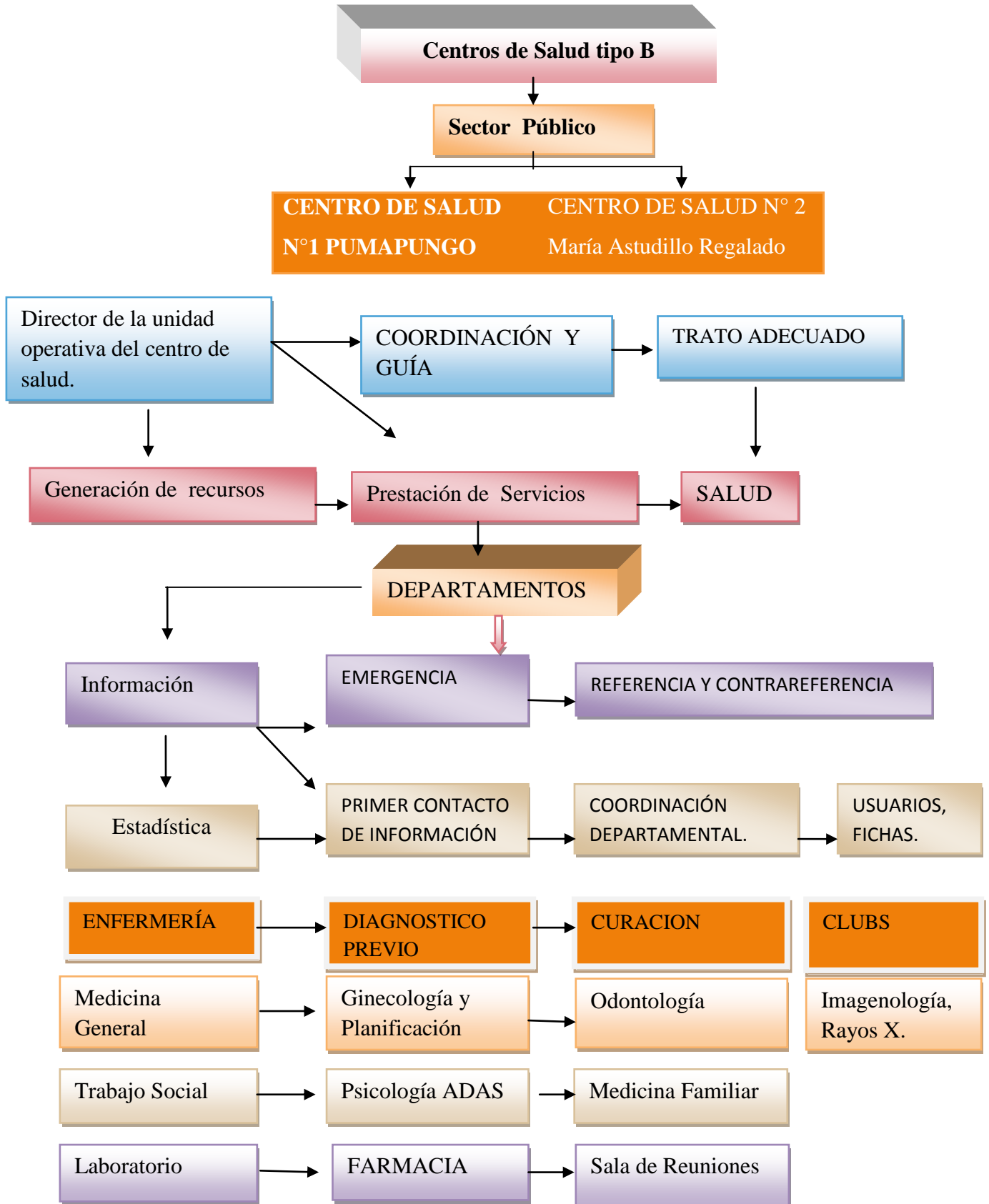
La dimensión organizacional corresponde a lado duro de las organizaciones (Centros de Salud tipo B) su infraestructura y recursos materiales, la respectiva distribución espacial de esa infraestructura y recursos materiales el conjunto de los seres humanos que las integran y la estratificación funcional que asigna roles a estas personas en el espacio material de la organización

La organización departamental de los centros de salud tipo b, permite dividir el trabajo, es decir, determinar las actividades para alcanzar objetivos planeados, agrupando actividades en una estructura lógica y de esa manera se designa a los funcionarios, para que ellos lleven a cabo cargos y tareas por cada uno de los departamentos, asignado los recursos necesarios y la coordinación de esfuerzos realizados.

Una buena organización es importante, sobre todo cuando se trata de hacer frente a grandes cargas de trabajo, algo habitual en muchos centros de salud, cuando esto sucede; el establecimiento tiende a fallar, pero si además de tener a la organización como herramienta indispensable, se buscara empoderarse de lo que se hace o el servicio que representa, se podrá hacer sentir al usuario, las oportunidades sociales, las garantías de transparencia y la seguridad protectora que un centro de salud puede brindarle.

2.1.2. Organigrama departamental.

Fuente; Departamento de Trabajo Social José María Astudillo Regalado.
Elaboración: Rocío Montaña.



El organigrama departamental se organiza a nivel gerencial, como se trabaja internamente en los Centros de Salud Tipo B, (área 1 Pumapungo, área 2 José María Astudillo Regalado).

El Director de la unidad operativa, debe aclarar y definir las metas, promueve la toma de decisiones y velar por el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales de salud fijados por la autoridad. Debe coordinar los esfuerzos de todos para alcanzar objetivos, aunque no ocupe el cargo de líder y tiene que ser capaz de delegar encargados.

Un buen guía, brinda toda la información o asesoramiento permanente al equipo de Gestión, en la toma de decisiones en materia de atención primaria requerida y articulación de la red asistencial de acuerdo a la realidad local e identificar las necesidades de los individuos, que integran la organización y practicar un esquema de reconocimiento al trabajo realizado, asociado a la satisfacción de las necesidades de los integrantes, asociado a las necesidades de la institución, generando siempre un clima laboral agradable, de mutuo respeto, donde nadie se sienta juzgado ni rechazado.

Además debe responder efectivamente a las inquietudes y sugerencias de los usuarios con respecto al funcionamiento y calidad de la atención otorgada por los Centros de Salud y para ello deberá impulsar y fomentar en el personal una actitud permanente de atención humanizada, personalizada y deferente para con los usuarios internos y externos. De la misma manera el director de la unidad operativa de salud debe optimizar e identificar, los recursos (financieros, económicos, tecnológicos), para facilitar el buen manejo del departamento y por ende brindar la atención que requiere el paciente.

El Coordinador departamental: se encarga de planificar las actividades y establecer los esquemas de acción para todo el equipo. Por lo tanto siempre debe estar al tanto de las tareas y las necesidades de diferentes departamentos, que componen el centro de salud y, además, debe contar con gran habilidad comunicacional para atender reclamos, comentarios o sugerencias de los pacientes.

El guía departamental, debe estar presto a escucha, a buscar la estrecha relación y colaboración de todos los integrantes de su departamento, debe lograr que contribuyan los funcionarios para volver más eficaz el trabajo que se presta al usuario, a través de la elaboración de estrategias efectivas que permitan mejorar la atención día a día.

El guía departamental debe buscar métodos de comunicación y organización, que sus integrantes sean capaces de crear o transformar costos en bienes, capaces de ser libres y tener espacio para pensar y no humanos que sean capaces de ejecutar tareas rutinarias e imitar comportamientos.

2.1.3. Departamentos.

La organización departamental permite que el nivel de atención sea reconocido por la población, y al contar con servicios de salud articulados en la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria, garantiza la continuidad de la atención con los más altos estándares de calidad y excelencia técnica, actuando sobre los problemas de salud y sus determinantes para contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población.

Tabla No. 1. Departamentos Centros de Salud tipo B.

Departamentos de los Centros de Salud tipo B	
1.	Estadística
2.	Emergencia
3.	Enfermería
4.	Medicina General
5.	Medicina Familiar
6	Pediatría
7.	Trabajo Social
8.	Odontología (Rayos X)
9.	Ginecología-obstétrica (Ecografía)
10.	Psicología
11.	Atención especializada en Adolescentes ADAS
12.	Farmacia
13	Laboratorio.

Fuente, Ministerio de Salud Pública, Dirección Zonal 6, Área 1: Pumapungo y Área 2 José María Astudillo Regalado.

Elaboración, Rocío Montaña.

El departamento de Información necesario y capaz de dar una respuesta clara y concisa al usuario ante sus dudas, del funcionamiento del sistema de salud, siendo en el Área 1 Pumapungo., el único que posee tal servicio.

El departamento de Estadística, el Área N°2, José María Astudillo Regalado cumple dos funciones a la vez, de informante y generador de turnos, es el departamento que tiene el primer contacto con el usuario, a quien se le debe buscar una solución para su problema de salud y va a ser enviado a los diferentes departamentos del centro de salud, dependiendo su necesidad

Cumple funciones de informador, agendador, además debe llevar un matriz para agendamientos internos en el establecimiento (laboratorio, citas médicas, citas odontológicas, citas psicológicas, y odontológicas) y el registro de pacientes agendados por el programa CALL CENTER. El coordinador de este departamento debe dar trámite a las referencias y contra referencias que serán agendados al segundo nivel de atención (Hospital Vicente Corral Moscoso), y concentrarse en buscar dar al paciente lo que pide y sus solicitudes (elaboración de certificados médicos).

De ahí la importancia de la organización departamental es fundamental, en cualquier institución de carácter público, ya que si existe una buena organización el paciente reconocerá que sintió que ante su problema, hubo y habrá una respuesta por el sistema integral de salud.

Estadística es uno de los departamentos que más problemas tiene para organizarse debido a la presión del trabajo, continuos conflictos de comunicación dados por el guías departamental, médicos, entre compañeros y del usuario.

El Departamento de Emergencia; está encargado de realizar las medidas y tratamiento médico que requiera de inmediato el paciente, proporcionando permanentemente la oportuna atención de salud, a las personas que lo requieran (Neonato, lactante, niño, AEPI, adolescente y mujer con problemas gineco-obstétricos)

Departamento de enfermería, presenta un diagnóstico previo al médico, sobre el paciente al tomar sus signos vitales, peso, talla post consulta y se encarga de llevar la Historia clínica del usuario a cada uno de los médicos que se suministró los turnos, curaciones, vacunas administración de medicamento, realización de Tamizajes y establecer un apoyo en casos de emergencia con el médico que esta de turno.

El departamento de Medicina General; lleva un control de pacientes en general, a través de un registro diario (control neonatal, planificación familiar, colocación de implantes, etc.), sus funciones son entregar la medicación en caso de necesitar el paciente, después de un diagnóstico a través de pruebas (laboratorio), en caso de aplicarse la medicación en el establecimiento la enfermera estará presta a oír las indicaciones del médico, y este departamento ayuda en la elaboración de documentos para gestión y organización departamental y gestión de programas de salud, ejemplo; Control de niño sano, nutrición, etc.; como respuesta ante la necesidad de la población.

El departamento de Medicina Familiar, trabaja junto a el departamento de Psicología (ADAS), un espacio para los adolescentes, en donde pueden dar una atención más especializada y controlada con el doble de tiempo (45 minutos), que un médico general puede ofrecer.

El departamento de Trabajo Social; crea redes de trabajo con los departamentos de psicología, laboratorio, estadística, medicina general y familiar, ya que es el encargado de resolver problemas específicos de la comunidad (enfermedades catastróficas, venerias, maltrato materno infantil, discapacidades) y busca gestionar una atención prioritaria para estos grupos.

El departamento de odontología, da un diagnóstico, tratamientos básicos, atención especializada para niños con y sin capacidades especiales, administración de medicación, emergencia odontológica, etc.,

El departamento de Gineco-obstétrica, esta implementado para generar tratamiento oportunos frente a la necesidad del paciente (riesgos de embarazo, infecciones en órganos reproductores, Doc. Mamario e intrauterino), trabaja con los departamentos de laboratorio, y según su diagnóstico trata el problema en el establecimiento o autoriza referencias al segundo nivel de atención al tratarse de cirugías o reconstrucciones quirúrgicas (infertilidad).

Pediatría: es un espacio solo para niños de 0 a 9 años, es responsable de detectar las anomalías congénitas y tratarlas cuando sea posible, se ocupan de

enfermedades infecciosas cuya frecuencia es más elevada en la infancia. (Infecciones del oído, paperas, sarampión, tos ferina o poliomielitis), prevenidas mediante inmunización, que es responsabilidad del pediatra y deben estar atentos a enfermedades que suelen aparecer en la infancia, como alergias, inmunodeficiencias, y epilepsia.

Laboratorio; esta implementado en los centros de Salud tipo B, para evidenciar un problema de salud del usuario y confirmar el diagnóstico profesional que el médico le proporcionó, además trabaja conjuntamente con el departamento de estadística, quien se encarga de agendar sus pacientes, otorgándoles una cita previa en 24 horas, después del pedido médico o en consecuencia de la decisión del paciente.

El departamento de Farmacia, se encarga de dar al paciente el medicamento indicado en su receta bajo control, en caso contrario de no tener el medicamento indicado, deberá explicar al paciente, por qué no se le puede otorgar este beneficio y hacer el pedido inmediato para adquirir el medicamento, promueve acciones de salud pública y participación social; cumple con las normas y programas de atención del Ministerio de Salud Pública

2.2. Estructura y gestión de los centros de salud tipo B, de la ciudad de Cuenca.

2.2.1. Estructura.

La estructura se sustenta en una asignación poblacional y territorial, asume un enfoque de gestión por procesos y resultados determinando su ordenamiento orgánico a través de la identificación de métodos, productos y servicios. La dimensión de la gestión impacta, positiva y negativamente sobre todas las demás dimensiones de una organización, por esa razón debería ser la fuente de energía impulsora de iniciativas innovadoras, en el campo de la salud.

La estructura organizacional del Primer Nivel de Atención (Centros de salud tipo B), se encuentra alineada a los objetivos de Sistema Nacional de Salud, a la misión del Ministerio de Salud Pública, al Modelo de Atención Integral en Salud y a las políticas establecidas en la normativa legal vigente. Como entidades dependientes de la Dirección Distrital del Ministerio de Salud Pública, los establecimientos de salud del primer nivel aplican el modelo de gestión establecido que permite satisfacer las necesidades de salud de forma integral, que garantizan la calidad y continuidad de la atención.

Con esta enunciación se busca disponer de herramientas que permitan identificar necesidades y problemas de salud de la población asignada, para tomar decisiones objetivas y actuar de forma oportuna en cumplimiento de dichas necesidades y problemas. Los centros de salud tipo b se estructuran conforme la nueva estructura descentralizada de gestión del estado ecuatoriano y la articulación requerida.

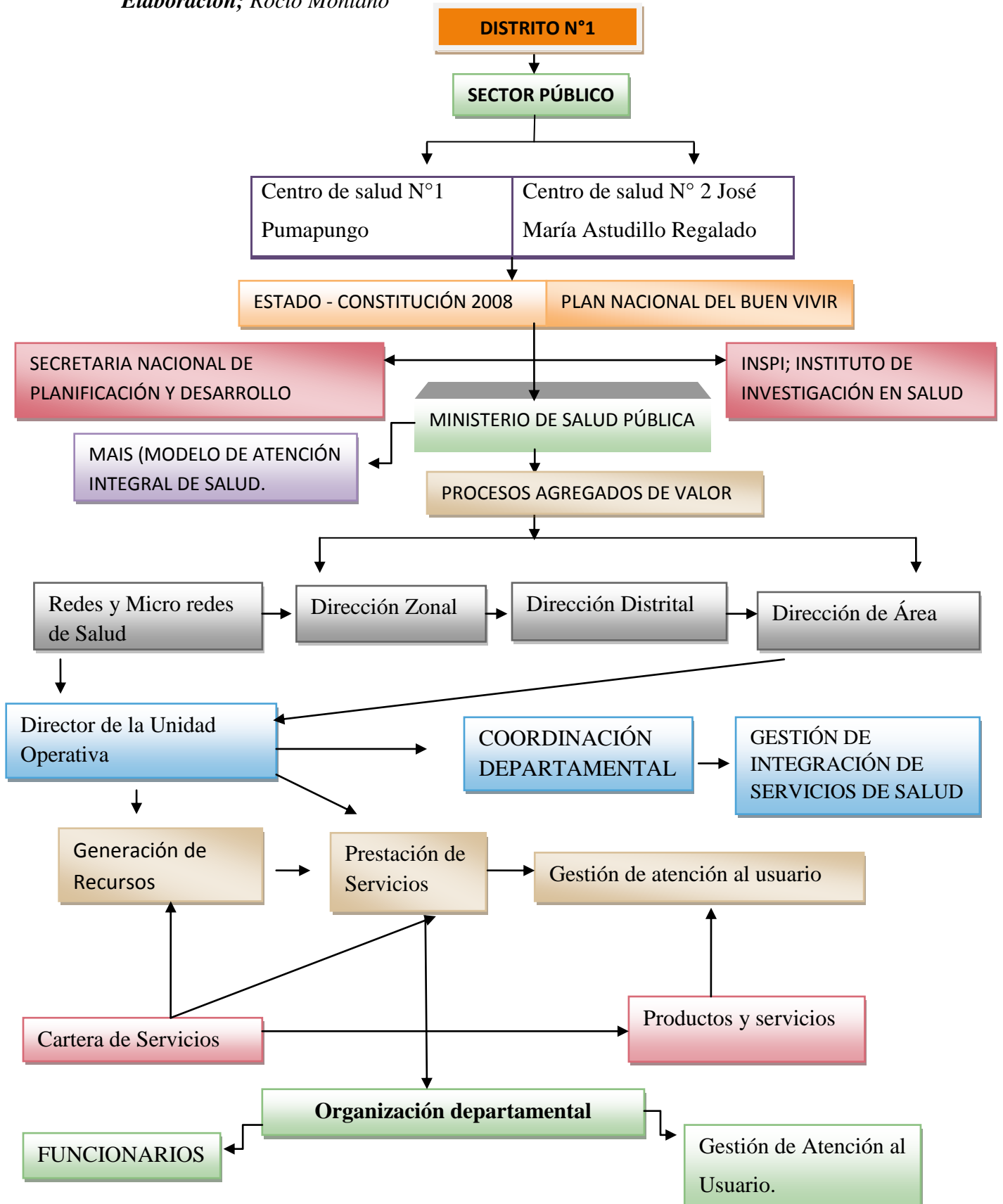
En los diferentes niveles de atención, siendo el subsistema de referencia y contra-referencia el instrumento esencial para garantizar la continuidad de las prestaciones en los cinco niveles de atención definidos por el Sistema Nacional de Salud.

Lo anterior, fortalece y consolida vínculos interinstitucionales e intersectoriales que permiten acuerdos a favor de la salud y una acción complementaria en función del mejoramiento de la calidad de vida de la población, a través de la articulación funcional de la red nacional integrada de servicios de salud.

2.2.2. Organigrama de la estructura y gestión.

Fuente; Quipux; Sistema Documental, Centro de Salud Pumapungo.

Elaboración; Rocío Montaña



2.2.3. Gestión.

El Modelo de Gestión debe conducir a una mayor capacidad resolutive, a un aumento de la eficiencia y la eficacia, mediante el intercambio y la colaboración e implica capacitación (nivelación y actualización), continúa de sus equipos técnicos y administrativos.

La estructura y gestión de los Centros de Salud tipo B, en el cantón Cuenca (Pumapungo y José María Astudillo Regalado), se ordena gráficamente a través del marco legal de la planificación del Buen Vivir, constitución 2008, quien garantiza a la salud como un derecho irrenunciable, el mismo que comprenderá instituciones, programas y políticas, quien además posee la planificación del desarrollo, por lo que toma a la SENPLADES, como instrumento planificador de los programas o proyectos para los centros de salud, a través de la ayuda del Instituto Nacional de investigación en el sector público de salud.

El Ministerio de Salud Pública, como autoridad sanitaria, implementa un modelo de salud integral (MAIS); el mismo que busca ubicar al usuario en el centro de la atención, instalando buenas prácticas, desarrollando intervenciones orientadas hacia resultados de impacto social, para el cumplimiento de responsabilidades, desarrollan los siguientes procesos internos, en el marco de las directrices emanadas desde el nivel Distrital del Ministerio de Salud Pública:

2.2.3.1. Procesos Agregadores de Valor.

a) Redes y micro redes de salud.

Este mecanismo desconcentrado de organización y gestión sanitaria de los servicios prestados en los centros de salud, es responsable, de planificar, organizar, coordinar, dirigir, controlar, supervisar y evaluar la ejecución de todas las acciones de salud desde su ámbito jurisdiccional, para lo cual gestiona los establecimientos de salud y los recursos sanitarios asignados por la red de salud y su estructura permite la articulación de los centros con los puestos de salud. El modelo tiene un enfoque de gestión local que facilita a su vez una atención integral de los individuos, familias y comunidades.

b) Dirección Zonal, Dirección Distrital, Dirección de Área y Dirección de los Establecimiento en atención en salud tipo B.

Los actores son responsables de coordinar, supervisar y gestionar los procesos definidos por los centros de salud tipo B, a fin de que ésta otorgue al usuario la atención de primer nivel con oportunidad, calidad, eficiencia y efectividad, a fin de satisfacer las necesidades de salud de la población.

Coordina la participación en investigaciones operativas a partir de necesidades planteadas; elabora y ejecuta el plan de acción normativa y proyectos del equipo de atención integral de salud, producto del diagnóstico situacional de salud, incorporando el enfoque familiar, comunitario e intercultural de género, e intergeneracional y garantizando derechos; además de identificar necesidades de recursos a partir del trabajo en conjunto con los equipos de atención integral a fin de facilitar la disponibilidad de los suministros, medicamentos, insumos y equipamiento necesario para la realización de las actividades programadas.

Identifica las necesidades de talento humano de salud para cumplir los estándares de licenciamiento y del modelo de atención integral de salud, se asegura que se cumplan las políticas, normas y procedimientos emitidos desde el nivel superior. Supervisa al equipo de atención integral

de salud y otro personal técnico u operativo de las unidades a su cargo; representando al centro de salud en reuniones y eventos técnicos y ser su portavoz en esos ámbitos.

Genera estadísticas y entregar oportunamente a la instancia correspondiente de la Dirección Distrital, con el fin de evaluar la productividad de los servicios ofrecidos; aplica las normas y procedimientos técnicos del manejo y utilización de instalaciones, equipos, instrumental médico y otros; elabora e implementa un plan de mantenimiento del establecimiento de salud y presenta informes semestrales a la Dirección Distrital para su respectiva evaluación; responde ante las demandas de las instancias correspondientes de la Dirección Distrital del Ministerio de Salud Pública y a cualquier otra actividad que por necesidad institucional amerite, y se ocupa de :

- **Gestión de Servicios Integrales en Salud.**

Los servicios integrales en salud están conformados por los equipos de atención integral en salud que responden a los problemas y necesidades de salud de la población de acuerdo a la capacidad resolutoria de los centros de salud tipo b, (Área 1 Pumapungo, Área 2 María Astudillo Regalado), a través de los servicios de salud establecidos en el licenciamiento.

La gestión de los servicios integrales en salud se desarrolla mediante la atención intramural y extramural, a través de actividades de: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, con enfoque familiar, comunitario, intercultural, de género y generacional, interviniendo sobre los determinantes de la salud.

- **Gestión interna**

Es la atención integral en salud, laboratorio clínico, imagenología, rehabilitación, terapias y farmacia.

La gestión interna se encarga de la atención integral de los individuos, familias y comunidad, de acuerdo a los ciclos de vida, con acciones de promoción, prevención, curación, recuperación, cuidados paliativos, en actividades intramurales y extramurales; identifica la área de influencia y familias asignadas a los equipos de atención integral de salud, según estándares establecidos por la normativa del Ministerio de Salud Pública y del modelo de atención integral de salud (MAIS).

2.2.3.2.Productos y Servicios.

- **Atención Integral en Salud**

La atención integral se ve reflejada en las consultas de libre demanda de atención en programas de morbilidad por primera vez y subsecuentes, el seguimiento de referencias y contra referencias; a partir de prioridades nacionales y locales para mantener y mejorar la salud de la población, con el sustento de las normativas y protocolos existentes, con actividades de promoción de la salud; en el marco del modelo de atención integral de salud y familiar con enfoque de género e intercultural permitiendo hacer uso de sus derechos, en todos los escenarios de atención

Para mejorar la atención integral sería pertinente, elaborar un plan de gestión en los centros de salud tipo b, que permita realizar un mapeo de actores, mapas parlantes, salas situacionales del área de influencia de los equipos de atención y construir un plan de actividades intra y extra murales: consultas, visitas domiciliarias, establecimientos educativos, laborales, comunitarios, etc.

Las visitas domiciliarias ayudan a realizar diagnóstico integral de la salud individual y familiar, detectar riesgos biológicos, psicológicos,

sociales, ambientales; bajo un plan de intervención integral y seguimiento, a personas que por enfermedad, discapacidad, emergencia o estado terminal requiera de atención integral y no pueda movilizarse al establecimiento de salud, de acuerdo a normas y protocolos de atención.

De acuerdo a normas y protocolos de atención; se realiza interconsultas, referencias a los diferentes niveles, en dependencia de los casos, sustentada en la evidencia, guía de práctica clínica, de acuerdo con la cartera de servicios autorizados por el MSP; o la información de enfermedades de notificación obligatoria; el registro de información local pertinente para el sistema único de información en salud a partir de la metodología nacional a fin de alimentar el sistema de información en salud nacional y apoyar la toma de decisiones en los diferentes niveles de gestión, utilizando las tecnologías de la información y la comunicación.

La gestión ayuda a dar seguimiento la referencia de los pacientes a los diferentes niveles de atención, en dependencia de estado de salud y necesidades específicas, que se registrará en la Historia Clínica; interconsultas y atención de especialidades básicas y otros servicios (pediatría, medicina interna, ginecología obstetricia, nutrición, etc.) de acuerdo a la cartera de servicios definida en el licenciamiento y que se registrará en la Historia Clínica; que incluye un informe de aplicación de referencia y contra referencia de acuerdo a las normas y protocolos; que son indicadores de producción, calidad y de gestión; en los planes de identificación de necesidades de mejoramiento de la calidad y gestión en la ejecución de las acciones.

La atención integral de urgencias, emergencias desastres y la gestión de riesgos de la comunidad, sirve para crea planes de contingencia. La actualización de la sala situacional, de acuerdo a la normativa correspondiente; a la participación en los procesos, a partir de las necesidades detectadas conjuntamente, para garantizar que los

diferentes actores sociales se involucren en el análisis, planificación, ejecución y evaluación de acciones locales, se debe diseñar y ejecutar de estrategias de educación basadas en el modelo de gestión y el modelo de atención del Ministerio de Salud Pública, para modificar conocimientos, actitudes y prácticas que faciliten la producción social de la salud, para orientar la toma de decisiones en el proceso de planificación con participación activa de la comunidad con el uso racional de recursos existentes y procesos participativos en salud a nivel local, para la planificación, rendición de cuentas, control social, veedurías en salud e identificación de eventos centinelas para la aplicación de medidas epidemiológicas oportunas (Asambleas comunitarias para la identificación y priorización de eventos centinela, recolección y análisis de historias de vida, mapas de riesgo, planes de intervención, seguimiento y monitoreo), y la evaluación integral, de riesgos e intervención intersectorial y multidisciplinaria a establecimientos educativos, centros de desarrollo infantil, centros de rehabilitación social e instituciones privadas del área de influencia del equipo de atención integral de salud.

2.2.3.3. Procesos Habilitantes de Apoyo

- **Gestión de Atención al Usuario.**

Ayuda a proveer servicios de atención al usuario para facilitar la accesibilidad al establecimiento de salud. La Atención al usuario le permite obtener un informe general del centro de salud, la organización y los servicios que en él se prestan para ser proporcionada a los pacientes, y a sus familiares respectivamente.

El centro de salud difunde los derechos y deberes a los usuarios, velando por su obligado cumplimiento, facilita el direccionamiento a los usuarios, sobre el sistema de reclamos, quejas y sugerencias; envío de documentación de los pacientes a otras instituciones y traslado de información a los establecimiento de salud o profesionales de otros

ámbitos para la resolución de problemas concretos de los ciudadanos, y otros asuntos de interés

Agilización de referencia de individuos o familias con riesgos sociales a otros actores interinstitucionales: MIES, INFA, entre otros; el soporte informativo a los familiares, facilitación de los requisitos y trámites para la inscripción de los recién nacidos en el Registro Civil; brindar atención, información y asesoramiento a los usuarios en todos aquellos problemas relativos a la asistencia o derivados de ella, que no puedan ser atendidos de forma ordinaria y satisfactoria en otro ámbito de la Organización.

Participación en los distintos grupos de trabajo y comisiones del establecimiento de salud o distrito; programas de sensibilización al paciente y a sus familiares sobre temas de salud; responder ante la gestión de los sistemas de recepción de comentarios, quejas y sugerencias de los usuarios sobre la atención prestada en la institución e informes sobre las acciones tomadas para resolver problemas referentes a quejas y sugerencias presentadas al establecimiento de salud.

En la gestión de atención del usuario debe haber frecuentemente una actualización de datos de los pacientes, mantenimiento y actualización del fichero; informes de actividades realizadas en admisión; asignación de códigos y mantenimiento de las Historias Clínicas; apertura y custodio de la Historia Clínica; depuración de archivo activo y archivo pasivo de Historias Clínicas, agenda de las referencias emitidas del establecimiento de salud; informe diario de citas entregadas y citas atendidas; reportes estadísticos para la toma de decisiones; informes de análisis de situación del establecimiento de salud e informes de análisis de calidad de la información generada en el Establecimiento.

La gestión y el servicio público, promueve mejoras en la calidad de trabajo, a través de la capacitación de las servidoras y los servidores públicos, la mejora de los procesos administrativos y la innovación

tecnológica, para transparentar y acelerar los trámites públicos en cada organización departamental.

Reconoce la importancia del componente de gestión de la política pública y el funcionamiento del aparato estatal, se ha preocupado por su renovación, calidad e innovación, para atender las necesidades ciudadanas y transformar sus expectativas en realidades. De esta forma, se han cimentando los pilares para una nueva gestión eficiente, profesionalizada, meritocrática y comprometida con la población y la satisfacción de sus demandas, alejada de viejas prácticas burocráticas.

c) Funcionarios y servidores.

Tienen que sujetarse a las disposiciones determinadas e implantadas por instancias mayores (MSP), sujetarse al direccionamiento procedente de las Direcciones Distritales de Salud en el marco de la política y lineamientos del MSP.

Los funcionarios son encargados de dar direccionamiento a los usuarios, deben ser capacitados con frecuencia para obtener buenos resultados en la atención y prestación de servicios para que de esa manera cumplan con el objetivo del modelo integral de salud requerido.

2.3. Sistematización de experiencias y resultados alcanzados en proyectos mediante datos estadísticos obtenidos por los centros de salud tipo b, en el cantón Cuenca 2014.

Los Centros de Salud Tipo B (José María Astudillo Regalado y Pumapungo), en el cantón cuenca, en el año febrero-agosto 2014 , ante el cambio de políticas públicas e intervención del estado ecuatoriano, se reconoce la importancia de sistematizar las experiencias y resultados en los proyectos realizados en los establecimientos.

2.3.1. Concepto de Sistematización de experiencias.

La sistematización puede contribuir significativamente a un proceso de investigación, como parte de la estructura de un puente que nos puede llevar desde la experiencia a la teorización de lo que hacemos.

*Lo esencial de la “sistematización de experiencias” reside en que se trata de un proceso de reflexión e interpretación crítica sobre la práctica y desde la práctica, que se realiza con base en la reconstrucción y ordenamiento de los factores objetivos y subjetivos que han intervenido en esa experiencia, para extraer aprendizajes y compartirlos. Por ello, la simple recuperación histórica, narración o documentación de una experiencia, aunque sean ejercicios necesarios para realizarla, no son propiamente una “sistematización de experiencias”.*⁸

- **Objetivo**

Construir una propuesta de trabajo participativo e informativo en los centros de Salud tipo B, a partir de la experiencia institucional, frente a las necesidades de la población.

2.3.2. Datos Generales.

Los Centros de Salud tipo B (José María Astudillo Regalado y Pumapungo cuentan con un número de pacientes registrados de 6 035 mensualmente, y con un número total de 4 131 casos no atendidos que representa el 7%, para cumplir la meta de número de 10 176 atenciones mensuales y con un total de 61.066 por año, propuestas para los centros de salud tipo B, según los lineamientos impuestos por el Ministerio de Salud Pública.

⁸ Jara Oscar, Sistematización de experiencias 2010.

Gráfico No. 1; Número de Atenciones en los Centros de Salud Tipo B

ATENCIÓN EN LOS CENTROS SALUD TIPO B	
Meta de atenciones por mes	10 166
Total atenciones mensualmente (mes referencial mayo 2014)	6 035
Valor faltante para cumplir la meta propuesta	4 131



Fuente; Departamento de estadística José María Astudillo Regalado.

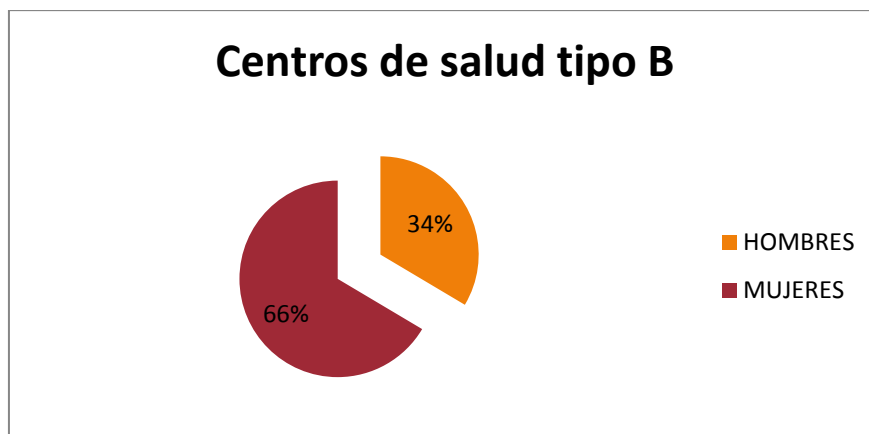
Elaboración; Rocío Montaña

Interpretación.

En los centros de Salud tipo B, la mayoría de atenciones registradas son del género femenino con un 66% y los de género masculino con un total de 34%.

Gráfico No. 2; Género

CENTROS DE SALUD TIPO B			
Género	HOMBRES	MUJERES	
Establecimiento	2 034	3991	6 035



Fuente; Departamento de estadística José María Astudillo Regalado.
Elaboración; Rocío Montaña

2.3.3. Datos cuantitativos de proyectos de salud y población atendida.

Se utilizara para la sistematización de experiencias y resultados de los proyectos realizados en los centros de salud tipo B; el programa de Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA); realizado por cada uno de los médicos después de proporcionar la atención al usuario.

Este programa esta implementado para evaluar el cumplimiento de metas por mes, en todos los centros de Salud del país, dependiendo de tipo A, B y C; y por supuesto varía el número del total de población a ser atendida. La información es consolidada por el coordinador o asistente del departamento de estadística, obedeciendo su organización departamental, que por cierto todos los funcionarios entrevistados dicen que el número de atenciones no está directamente relacionado con calidad o mejoramiento del servicio de atención, si no con el cumplir diario de las metas impuestas por la Dirección Distrital y Zonal 6.⁹

Para la sistematización de los datos obtenidos por los centros de salud tipo B, en el cantón Cuenca, se estructuro una tabla que muestran el número de pacientes atendidos, en los meses de febrero-agosto 2014, en los diferentes programas establecidos bajo las metas y objetivos del Ministerio de Salud Pública, para posteriormente ser analizados por medio de tablas y gráficos estadísticos.

⁹ Anexo 1, 2

Tabla No. 2, Proyectos en los centros de Salud tipo B.

PROGRAMAS DESARROLLADOS EN LOS CENTROS DE SALUD TIPO B EN EL CANTÓN CUENCA								
PROGRAMAS DE SALUD	PERIODO FEBRERO-AGOSTO 2014							TOTAL
	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	
Discapacidades	77	92	86	89	97	92	96	629
Atención preventiva 65 y más	62	72	70	69	80	65	78	496
Materno Infantil 10-19 años	55	67	62	59	62	74	68	447
Materno Infantil 20-49 años	172	175	177	178	174	196	180	1 252
Planificación Familiar	239	262	266	259	276	263	265	1 830
Atención ginecológica	159	150	163	152	176	151	160	1 111
Atención Preventiva de 0 años	335	340	339	341	349	343	346	2 393
Atención preventiva 1-9 años	501	499	566	534	559	567	551	3 777
Atención Preventiva 10-19 años	365	401	399	390	419	389	406	2 769
Diabetes e Hipertensión	141	145	151	154	158	155	149	1 053
Hipertensión	148	163	159	155	170	167	166	1 128
TAMIZAJES	20	37	43	69	49	40	32	290
Proyecto ADAS (ENIPLA)	79	89	110	26	84	69	159	616
Odontología	369	398	427	438	356	410	489	2887
AEPI	219	279	233	208	301	298	283	1 821

Fuente; RDACAA, Departamento de Estadística de los Centros de Salud tipo B.

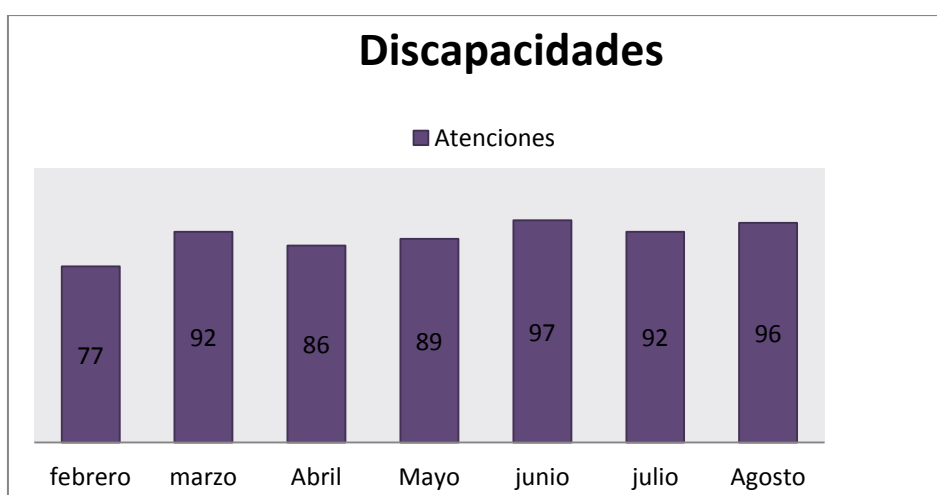
Elaboración; Rocío Montaña

2.3.4. Resultados y datos estadísticos de los programas de salud.

1. Programa de Atención a grupos de Discapacitados.

Gráfico No. 3; Discapacidades.

ATENCIÓN A DISCAPACITADOS EN LOS CENTROS DE SALUD TIPO B								
MES	febrero	marzo	Abril	Mayo	junio	julio	Agosto	Total
Establecimiento	77	92	86	89	97	92	96	629



Fuente; RDACAA, Departamento de estadística de los centros de salud tipo B.
Elaboración; Rocío Montaña

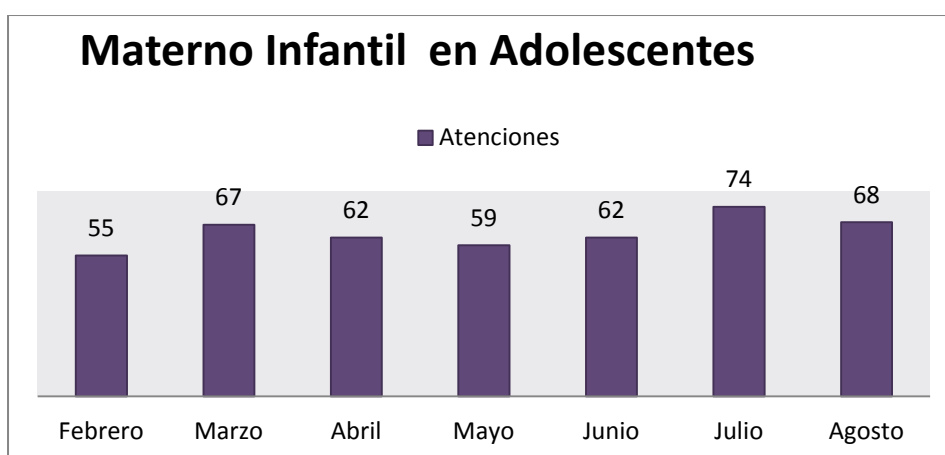
INTERPRETACIÓN

Hace referencia al programa de atención prioritaria a los Discapacitados, en los centros de salud tipo B, dentro de los meses de febrero- agosto 2014 y con un total de 629 atenciones.

2. Programa Materno Infantil en Adolescentes

Gráfico No. 4; Materno Infantil Adolescentes.

PROGRAMA MATERNO INFANTIL EN ADOLESCENTES DE 10-19 AÑOS								
MES	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Total.
Establecimiento	55	67	62	59	62	74	68	447



Fuente; RDACAA, Departamento de estadística de los centros de salud tipo B.
Elaboración; Rocío Montaña

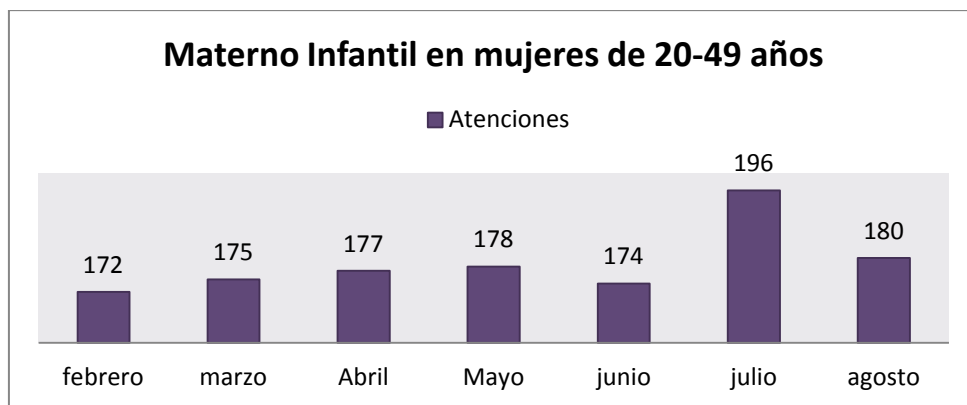
INTERPRETACIÓN

Hace referencia al programa de atención prioritaria a las adolescentes embarazadas, en los centros de salud tipo B, dentro de los meses de febrero-agosto 2014, con un total de 447 atenciones.

3. Programa Materno Infantil.

Gráfico No. 5; Programa Materno Infantil en Mujeres 20-49 años

PROGRAMA MATERNO INFANTIL EN MUJERES DE 20- 49 AÑOS								
Mes	febrero	marzo	Abril	Mayo	Junio	julio	agosto	total
Establecimiento	172	175	177	178	174	196	180	1252



Fuente; RDACAA, Departamento de estadística de los centros de salud tipo B.
Elaboración; Rocío Montaña

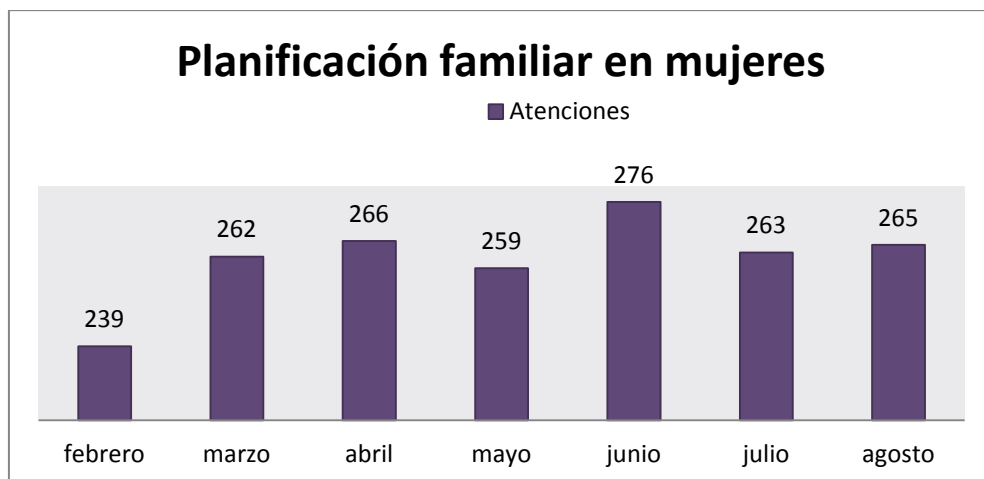
INTERPRETACIÓN.

Hace referencia al programa de atención prioritaria a mujeres embarazadas en la edad de 20 – 49 años , en los centros de salud tipo B, dentro de los meses de febrero- agosto 2014 y con un total de 1252, atenciones.

4. Programa de Planificación familiar mediante microcirugías y otros.

Gráfico No. 6; Planificación Familiar.

PROGRAMA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES								
MES	Febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	Total
Establecimiento	239	262	266	259	276	263	265	1830



Fuente; RDACAA, Departamento de estadística de los centros de salud tipo B.
Elaboración; Rocío Montaña

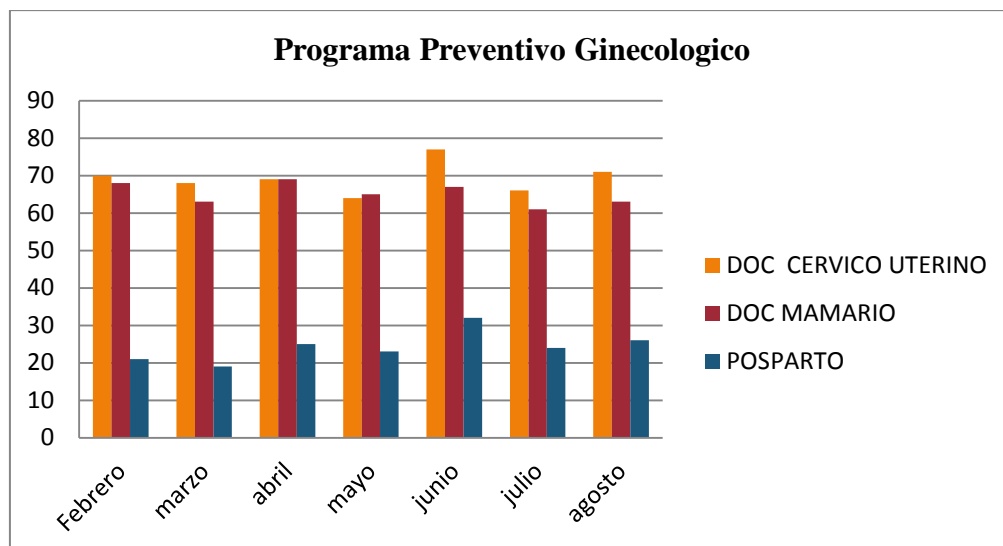
INTERPRETACIÓN

Hace referencia al programa de planificación familiar en mujeres mediante microcirugías y otros (géstatenos orales, preservativos, píldora de emergencia, etc.), en los centros de salud tipo B, dentro de los meses de febrero- agosto 2014 y con un total de 1830, atenciones.

5. Programa de prevención ginecológica.

Gráfico No. 7; Programa de prevención ginecológico.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN EN GINECOLÓGICA								
Mes	Febrero	marzo	Abril	mayo	junio	julio	Agosto	Total
Doc. Cérvico Uterino	70	68	69	64	77	66	71	
Doc. Mamario	68	63	69	65	67	61	63	
Posparto	21	19	25	23	32	24	26	
Atenciones	159	150	163	152	176	151	160	1111



Fuente; RDACAA, Departamento de estadística de los centros de salud tipo B.
Elaboración; Rocío Montaña

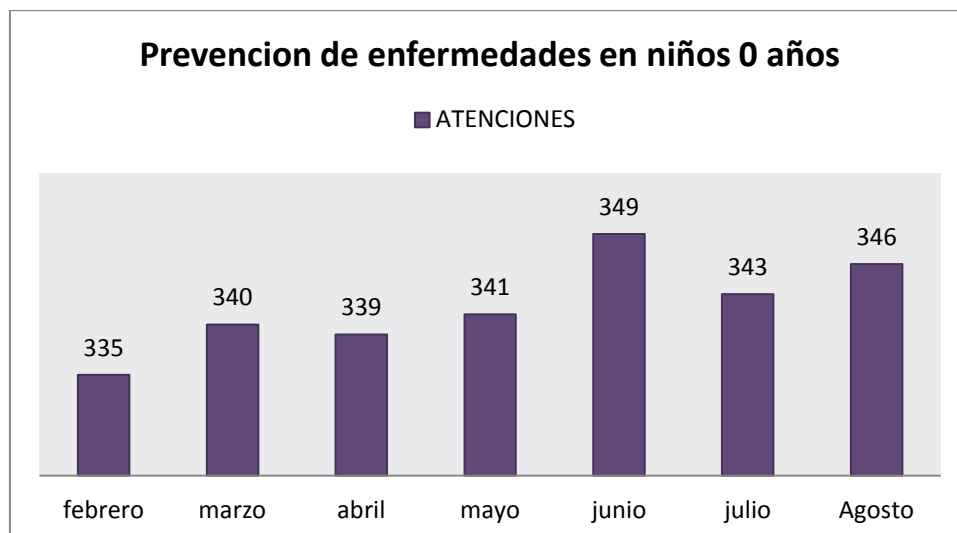
INTERPRETACIÓN

Hace referencia al programa de prevención ginecológica en mujeres mediante procedimientos como el Doc. Mamario, Doc. Intrauterino y control posparto, mediante exámenes para descartar enfermedades catastróficas (CÁNCER), realizados en los centros de salud tipo B, dentro de los meses de febrero- agosto 2014 y el número de pacientes atendidos mensualmente con un total de 1 111 atenciones.

6. Programa de Atención preventiva en niños menores de un año.

Gráfico No. 8, Programa preventivo en niños de 0 años

ATENCIÓN PREVENTIVA EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO								
MES	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	Agosto	Total
Atenciones	335	340	339	341	349	343	346	2393



Fuente; RDACAA, Departamento de estadística de los centros de salud tipo B.
Elaboración; Rocío Montaña

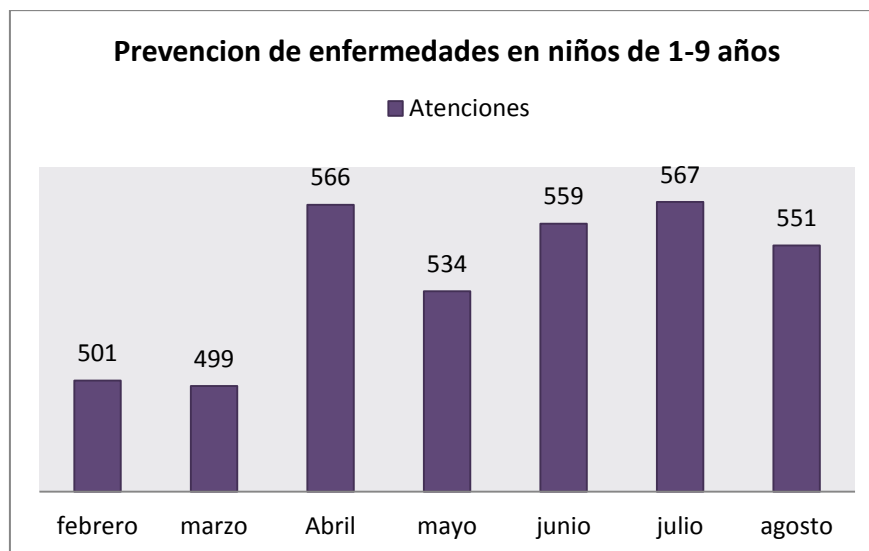
INTERPRETACIÓN

Hace referencia al programa de prevenciones enfermedades en niños menores a un año en los Centros de Salud tipo B, dentro de los meses de febrero- agosto 2014 y con un total de 2 393 atenciones.

7. Programa preventivo en niños de 1 a 9 años.

Gráfico No. 9; Programa preventivo en niños de 1-9 años

PROGRAMA DE ATENCIÓN PREVENTIVA EN NIÑOS DE 1-9 AÑOS								
MES	febrero	marzo	Abril	mayo	junio	julio	agosto	total
Atenciones	501	499	566	534	559	567	551	3777



Fuente; RDACAA, Departamento de estadística de los centros de salud tipo B.
Elaboración; Rocío Montaña.

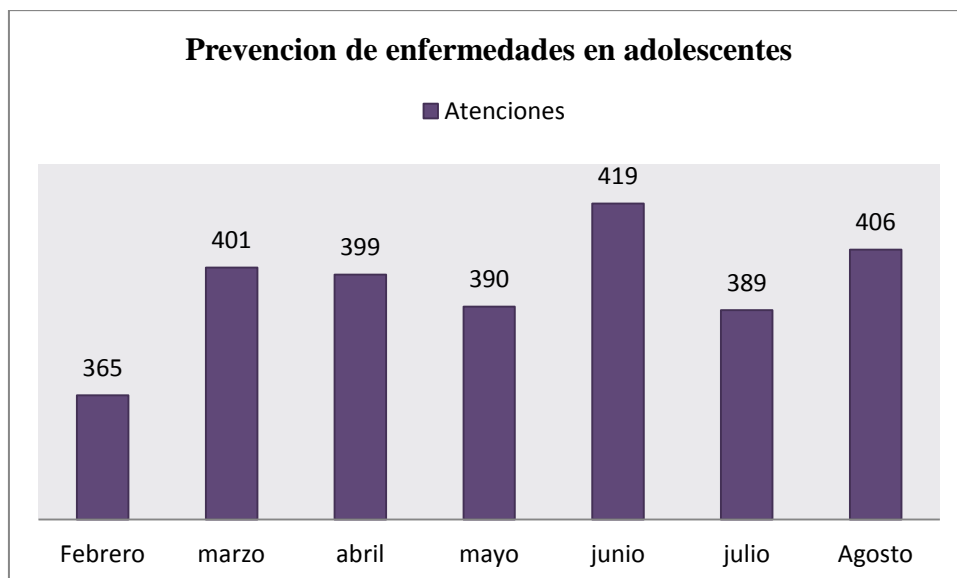
INTERPRETACIÓN

Hace referencia al programa de prevención de enfermedades en niños de 1–9 años mediante el control de curvas de crecimiento, realizados en los centros de salud tipo B, dentro de los meses de febrero-agosto 2014 y con un total de 3 777 atenciones.

8. Programa preventivo en Adolescentes

Gráfico No. 10; Programa preventivo en Adolescentes

Programa de atención preventiva en adolescentes de 10-19 años								
MES	Febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	Agosto	Total
Atenciones	365	401	399	390	419	389	406	2769



Fuente; RDACAA, Departamento de estadística de los centros de salud tipo B.
Elaboración; Rocío Montaña

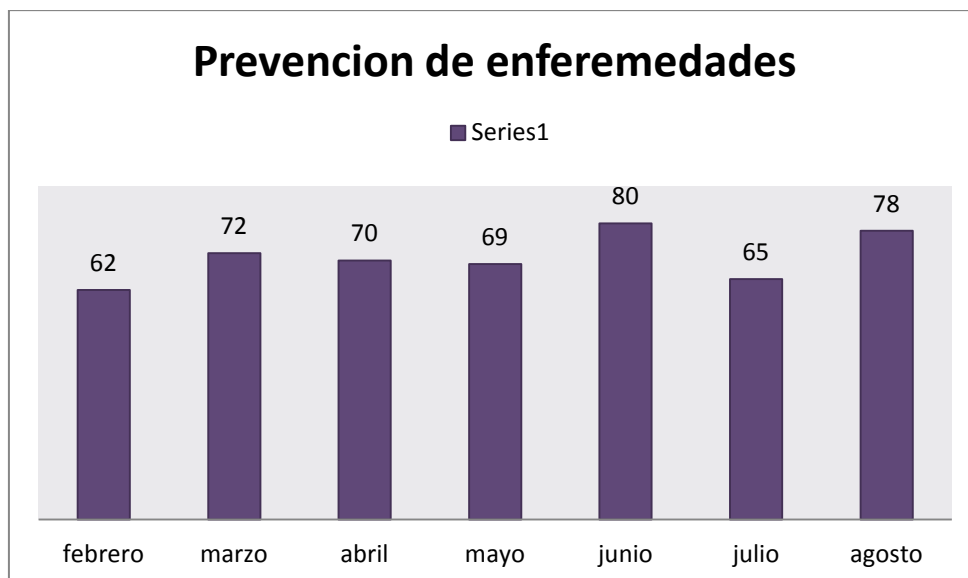
INTERPRETACIÓN

Hace referencia al programa preventivo de enfermedades en adolescentes de 10 a 19 años de edad, mediante el control de curvas de crecimiento y desarrollo, realizados en los centros de salud tipo B, en los meses de febrero- agosto 2014 y con un total de 2 769 atenciones .

9. Programa de Atención preventiva de enfermedades en adultos.

Grafico No. 11; Programa de atención preventiva en adultos de 20-64 años.

Programa de atención preventiva en adultos de 20-64 años								
MES	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	total
Atenciones	811	823	798	801	837	809	834	5713



Fuente; RDACAA, Departamento de estadística de los centros de salud tipo B.
Elaboración; Rocío Montaña

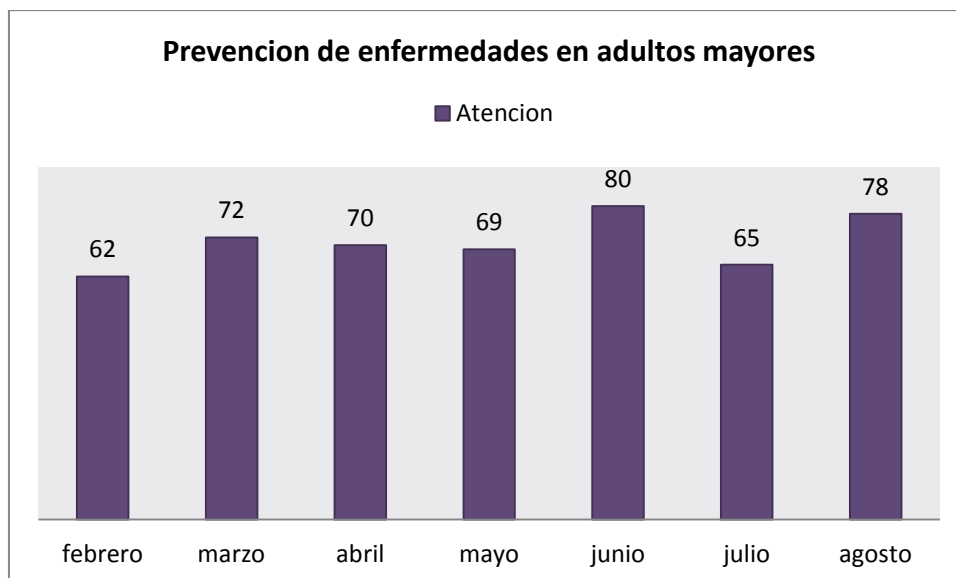
INTERPRETACIÓN

Hace referencia al programa preventivo de enfermedades en adultos de 20 a 64 años de edad, mediante exámenes y control, realizados en los centros de salud tipo B, dentro de los meses de febrero-agosto 2014 y con un total de 5 713 atenciones.

10. Programa de Atención Preventiva en adultos mayores.

Gráfico No. 12; Programa de atención preventiva en adultos de 20-64 años.

Programa de atención preventiva en adultos de 65 y más años								
mes	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	total
atenciones	62	72	70	69	80	65	78	496



Fuente; RDACAA, Departamento de estadística de los centros de salud tipo B.
Elaboración; Rocío Montaña

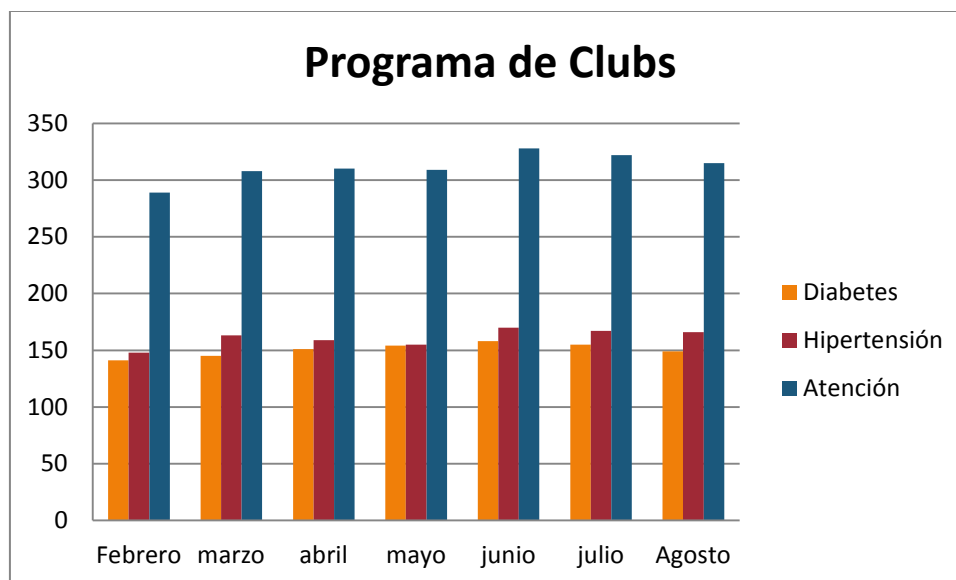
INTERPRETACIÓN

Hace referencia al programa preventivo en enfermas en adultos mayores de 65 años y , mediante exámenes y control, realizados en los Centros de Salud tipo B, dentro de los meses de febrero- agosto 2014 y el número de pacientes atendidos mensualmente con un total de atenciones.

11. Programa de Clubs Diabéticos e Hipertensos.

Gráfico No. 13; Programas de Clubs Diabéticos e Hipertensos.

PROGRAMA DE CLUBS DIABÉTICOS E HIPERTENSOS								
MES	Febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	Agosto	Total
Diabetes	141	145	151	154	158	155	149	
Hipertensión	148	163	159	155	170	167	166	
Atención	289	308	310	309	328	322	315	2181



Fuente; RDACAA, Departamento de estadística de los centros de salud tipo B.
Elaboración; Rocío Montaña

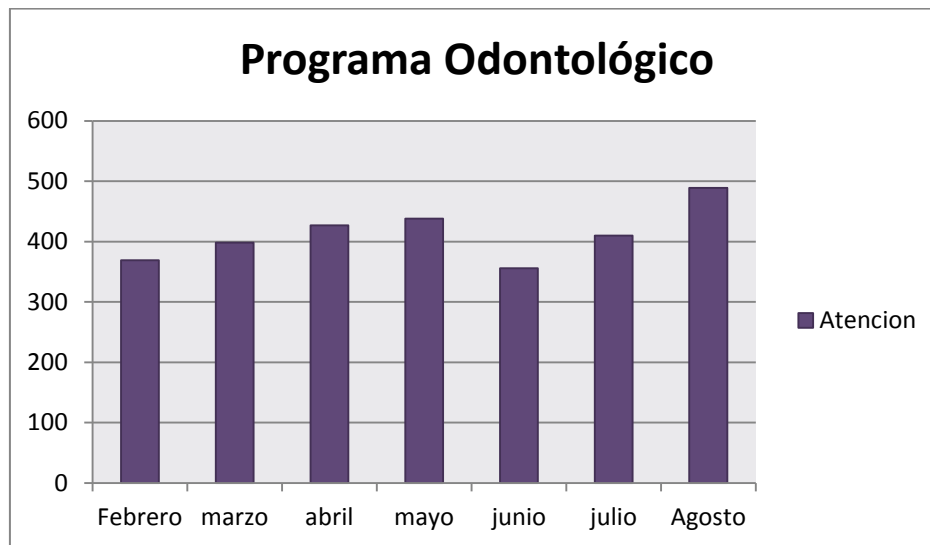
INTERPRETACIÓN

Hace referencia al programa de los clubs de, Diabéticos e Hipertensos, para educar a la población y tener acceso al control mediante exámenes para de esa manera conservar estable a los pacientes, realizados en los centros de salud tipo B, dentro de los meses de febrero- agosto 2014 y con un total de 2181 atenciones.

12. Programa de Odontología preventiva y salud bucal.

Gráfico No. 14; Programa de prevención odontológica y salud bucal

PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y SALUD BUCAL								
Meses	Febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	Agosto	Total
Atención	369	398	427	438	356	410	489	2887



Fuente; RDACAA, Departamento de estadística de los centros de salud tipo B.
Elaboración; Rocío Montaña

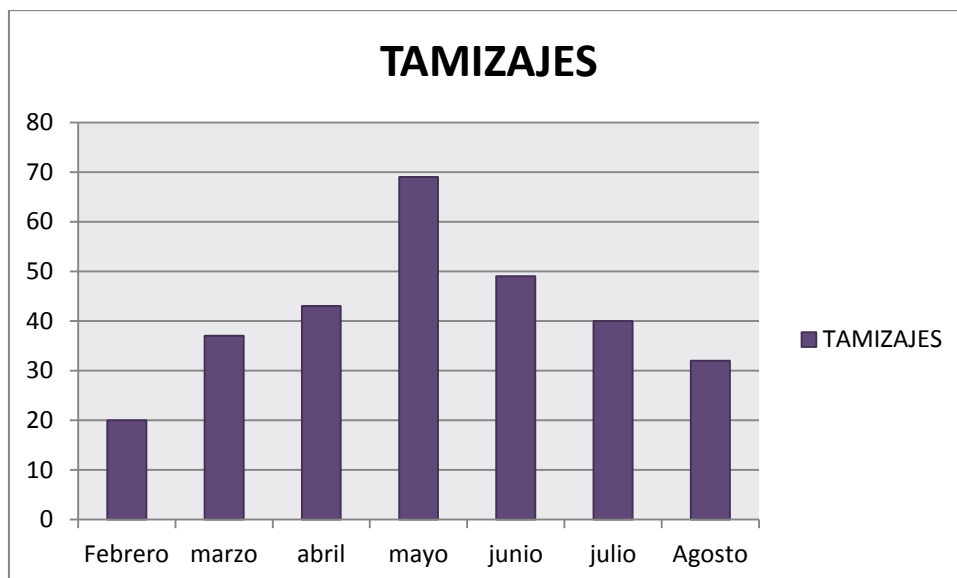
INTERPRETACIÓN

Hace referencia al programa preventivo de odontología, mediante el cuidado de la dentición propia (calzas, limpieza bucal, etc.), realizados en los centros de salud tipo B, en los meses de febrero- agosto 2014 y con un total de 2 887 atenciones.

13. Proyecto de Pie Derecho.

Gráfico No. 15; Proyecto del Pie Derecho

PROYECTO DEL PIE DERECHO								
MES	Febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	Agosto	Total
TAMIZAJES	20	37	43	69	49	40	32	290



Fuente; RDACAA, Departamento de estadística de los centros de salud tipo B.
Elaboración; Rocío Montaña

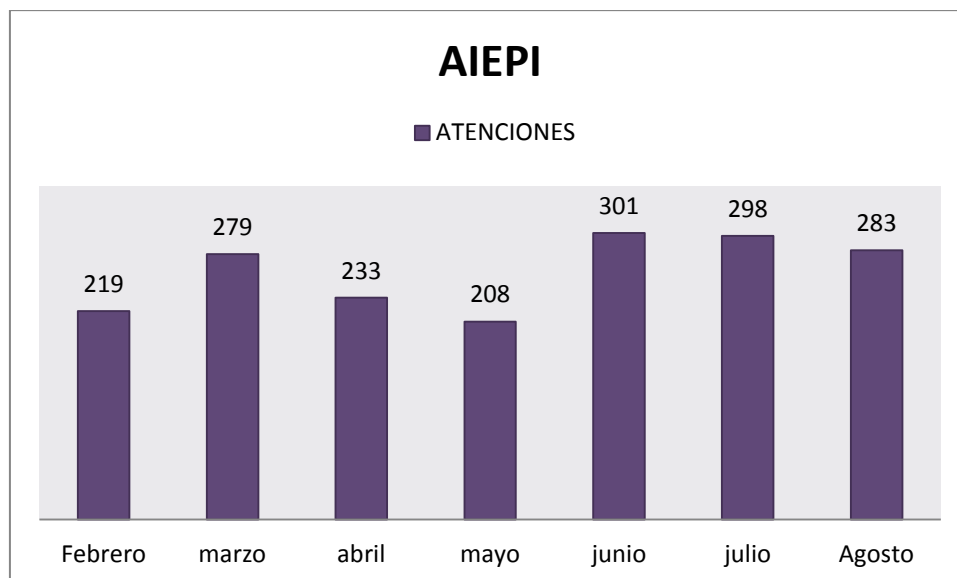
INTERPRETACIÓN

Hace referencia al proyecto de pie derecho, para detectar enfermedades que pueden ser tratadas oportunamente y así evitar discapacidades de tipo intelectual, realizados en los centros de salud tipo B, dentro de los meses de febrero- agosto 2014 y con un total de 290 atenciones.

14. Programa de atención integral a las enfermedades prevalentes de la Infancia

Gráfico No. 16; Programa AIEPI

Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia								
MES	Febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	Agosto	Total
ATENCIONES	219	279	233	208	301	298	283	1821



Fuente; RDACAA, Departamento de estadística de los centros de salud tipo B.
Elaboración; Rocío Montaña

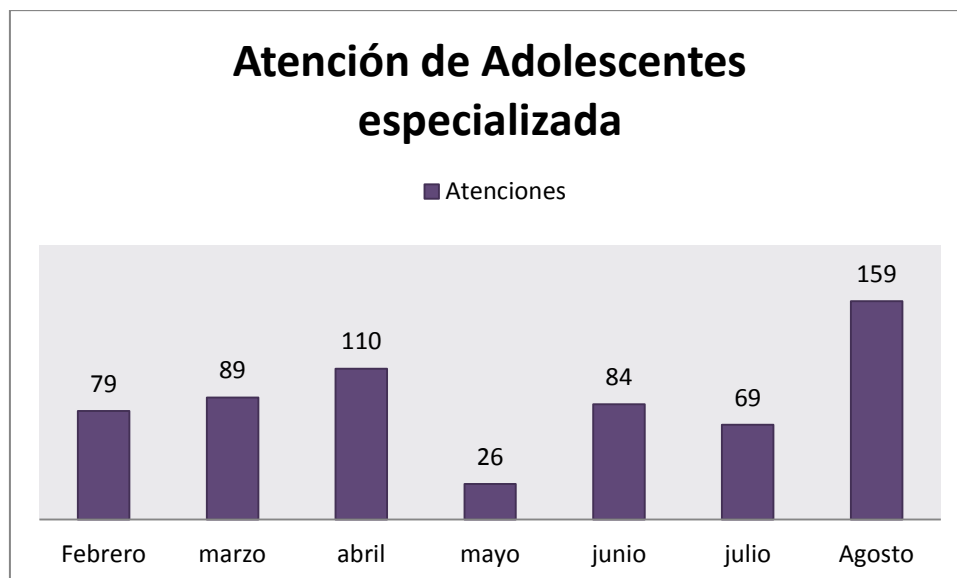
INTERPRETACIÓN

Hace referencia al plan de prevención de enfermedades prevalentes de la Infancia (infecciones intestinales, fiebre, etc.), realizados en los centros de salud tipo B, en los meses de febrero- agosto 2014 y con un total de 1821 atenciones.

15. Programa de Atención a Adolescentes Especializada.

Gráfico No. 17; *Proyecto ADAS.*

PROGRAMA DE ATENCIÓN DE ADOLESCENTES ESPECIALIZADA								
MES	Febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	Agosto	Total
Atenciones	79	89	110	26	84	69	159	616



Fuente; RDACAA, Departamento de estadística de los centros de salud tipo B.
Elaboración; Rocío Montaña

INTERPRETACIÓN

Hace referencia al plan de prevención de embarazos, planificación familiar y otros (depresión), en un espacio pensado solo para adolescentes. El proyecto es trabajado por dos departamentos Psicología y Medicina Familiar, realizados en los centros de salud tipo B, dentro de los meses de febrero-agosto 2014 y con un total de 616 atenciones.

2.3.5. Análisis de resultados por programa.

Las experiencias del trabajo en los centros de salud tipo B, en el campo de la salud dentro del establecimiento, han hecho que sea necesario un análisis de su organización, consecuencia de las falencias que presenta la organización en los departamentos de estadística.

Debido a que los programas de salud son amplios, eh creído conveniente, realizar un análisis del total de atenciones en los centros de salud tipo B, que más ha generado impacto en la comunidad beneficiada.

En la investigación se obtuvo el total, de los dos tipos de atenciones; primeras y subsecuentes, el total de atenciones varia, debió a la asistencia del usuario durante el mes y en cuantos programas está involucrado, es decir que puede él paciente tener dos atenciones en el día , siendo registrado en el RDACAA dos veces por día, en los diferentes semana o meses (febrero-agosto 2014), y se analizara los programas de acuerdo a la atención de grupos prioritarios según las políticas de los Centros de Salud tipo B.

Para ello ante la información recopilada, veremos qué población es la que tiene mayor número de incidencia y que programas necesitan ser intervenimos con prontitud.

2.3.3.1. Análisis Social.

Este análisis parte de la información obtenida en el programa RDACAA, debido a la cobertura de los servicios de salud, el mejoramiento de los niveles educativos de la población, la influencia de los medios masivos de comunicación, y el acceso a medidas preventivas como las inmunizaciones y atención a grupos prioritarios ha generado que programas tales como;

a) Programa materno infantil: según la información, el programa tiene registrado un total de 1 699 atenciones con relación a los meses de febrero-agosto del 2014, dividiéndose en, **materno-infantil solo en adolescentes**, con un total de 447, que representa el 1% de atenciones registradas, con relación al **programa de atención de discapacitados**, que tienen un porcentaje mayor de 8% con un total de 629 atenciones registradas.

La comparación de estos dos programas permite al departamento de estadística, tomar medidas sobre la distribución de los turnos, agendamientos internos, enfocándose en los resultados, en donde un mayor índice de asistencias ha sido la de los discapacitados con relación al programa Materno Infantil en adolescentes.

Para evitar el maltrato al paciente (largas filas de usuarios), debe emplearse una ventanilla, para encargarse solo de los pacientes con capacidades especiales ciertos días (dos o tres veces por semana), y evitar el maltrato del usuario.¹⁰

- b) **Programa materno-infantil en mujeres de 20-49 años**, con un total de atenciones de 1 252 con relación al **programa preventivo ginecológico**, con un total de 1 111, el dato, revela que se debe dar prioridad al programa materno infantil en mujeres de 20-49 como el índice mayor reportado de atenciones, durante los meses de febrero-agosto en el año 2014, los dos programas son muy importantes para el bienestar de los/las pacientes, el departamento de estadística obtendría mejores resultados, si se contara con un número mayor de profesionales o un nuevo modelo de generación de turnos, sin tener que posponer las atenciones que requieren mayor importancia.

En el caso de los programas preventivos ginecológicos (Doc. Mamario, Doc. Intrauterino y Posparto), es un valioso programa para prevenir enfermedades e infecciones (Cáncer), implementado para mujeres. Pero los integrantes del departamento de estadística, piensan que el problema radica en la falta de sensibilización y educación a la comunidad, que no ha permitido que este programa pase más allá de ser publicidad.

- c) **El programa de planificación familiar**; con un total de 1 830 atenciones de febrero-agosto del año 2014, con relación al **programa preventivo ginecológico**, con un total de 1 111, este resultado demuestra que la población, entiende la importancia de planificar no solo por evitar embarazos no deseados sino a prevenir la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. (microcirugías, implantes, DIU, etc), pero también es importante realizarse un examen preventivo contra enfermedad (Cáncer), e infecciones a través de métodos como él: Doc. intrauterino, Doc. mamario y control Posparto.

¹⁰ Anexo 3

Estos programas funcionan juntos y el departamento de estadística busca incentivar a los pacientes, mediante la distribución de doble turno para que la paciente pueda acceder a todos los beneficios y cumplir con la meta dispuesta por el Ministerio de Salud Pública, a través del buen empleo de los recursos.

- d) **El programa preventivo para niños de 0-9 años;** tiene un total de atenciones de 6.170, dividiéndose en atención preventiva en niños menores de 1 año con un total de atenciones de 2 393, y atención preventiva en niños de 1-9 años con un total de 3 777 dentro de los meses de febrero-agosto del 2014, con relación al **programa preventivo en adolescentes de 10-19 años**, con un total de 2 769 atenciones durante los meses febrero-agosto 2014.

En base a los resultados de la investigación el programa preventivo en niños de 0 a 9 años, es alto e implica que todos los centros de salud, cuenten con más recursos necesarios, como es un especialista en pediatría, para la óptima prevención de enfermedades primarias en los niños para tener un mejor resultado y así el departamento de estadística podría encargarse de estimular al paciente a ser atendido en un ambiente de calidad asistencial en los centros de atención primaria promoviendo un sistema de salud integral de un programa sólido, a través de la entrega de turnos.

- e) **El programa preventivo de enfermedades en adolescentes;** con un total de 2 769 atenciones, es mayor con relación al **programa de prevención de embarazos en adolescentes y planificación familiar (ENIPLA)**, realizado por el departamento de atención especializada en adolescentes, conformado por el departamento de medicina familiar y psicología, quien además controla otro tipo de enfermedades (mentales, depresión, etc.), con un total de 616 con relación a los siete meses de análisis (febrero-agosto 2014).

En la encuesta realizada a los integrantes del programa ENIPLA, dicen haber conseguido que los adolescentes se interesen en los centros de salud. Es más que evidente, según los resultados, que no está funcionando correctamente al igual que los objetivos planteados del programa, que es disminuir el índice de embarazos en adolescentes apareciendo más casos, pero esto no significa que el programa no funcione, ellos afirman que a través de la experiencia del trabajo realizado en los departamentos de estadística, han visto a muchos adolescentes, pasar por problemas difíciles por la falta de información y comunicación, dejando como resultados embarazos no deseados.

Debido al resultado de la información este programa ENIPLA, debe organizarse con el departamento de estadística en la distribución de turnos, para dar prioridad al adolescente no solo en atención preventiva sino también como una persona que necesita ser informada ante la situación que exige la sociedad.

- f) **El programa de atención preventiva en adultos mayores de 65 años o más**, el número total de atenciones es de 496 según la información es que hay 4 830 atenciones registradas de morbilidad de adultos mayores que busca conocer el riesgo de adquirir enfermedades tales como; **la Diabetes e Hipertensión**, las mismas que están registradas con un total de 2 181 atenciones prestadas durante los meses de febrero-agosto 2014.

El número de atenciones registradas de los Clubs de Diabéticos e Hipertensos, es debido al frecuente control (un día por semana) que estos pacientes necesitan, pero esto no quiere decir que el programa preventivo con relación a la enfermedad ya adquirida, deba ser puesto en un segundo nivel de atenciones, mucho más importante es prevenir que adquirir.

El departamento de estadística, debe trabajar bajo la cooperación con otros departamentos y mantenerse informado para estar alerta a optimizar los turnos referentes a las verdaderas necesidades de los pacientes.

- g) El proyecto del Pie Derecho**, según los datos obtenidos tiene un total de 290 atenciones registradas durante los meses de febrero-agosto 2014, con relación **al programa de atención integral a las enfermedades prevalentes de la Infancia (AIEPI)**, con un total de 1 821 atenciones de febrero a agosto del año 2014

El personal de estadística piensa en mantener un horario y un número específico por día, para registrar a los beneficiarios ya que el nivel de registro de los Tamizajes es bajo, evitando que los recursos sean expuestos sin necesidad alguna, y tener un número de turnos exclusivamente para emergencias o para el programa AIEPI, que presentan en su mayoría casos de signos alterados, teniendo que ser atendidos inmediatamente.

- h) El programa preventivo odontológico;** tiene un número de 2 887 atenciones registradas durante los meses febrero agosto del 2014, este programa necesariamente debe contar un especialista, para además de realizar procedimientos básicos (colocación de calzas y limpieza bucal), se contara con la ayuda de un especialista (reconstrucción dental, intervención de nervios bucales, etc.), el departamento de estadística podría reorganizar su agenda y darle un turno como respuesta ante su necesidad insatisfecha, con los nuevos recursos adquiridos a la comunidad.

Para concluir según la encuesta los integrantes del departamento de estadística señala, que la mayoría piensa que se debe fortalecer la organización mediante coordinación, participación e implementación de políticas internas para los departamentos que se encargan de proveer los turnos en la institución, y registrar a los beneficiados en los diferentes programas ofrecidos, en los centros de salud tipo B, para alcanzar las metas impuestas por el Ministerio de Salud Pública.

CAPITULO III

ESTRATEGIAS DE REESTRUCTURACIÓN DEPARTAMENTAL EN BENEFICIO DE LA SALUD PÚBLICA.

CAPITULO III

3. ESTRATEGIAS DE REESTRUCTURACIÓN DEPARTAMENTAL EN BENEFICIO DE LA SALUD PÚBLICA.

3.1.1. Propuestas en torno al manejo de los departamentos que presentan el primer contacto con el usuario.

En el ciclo de vida de una institución dirigida al servicio en salud para la comunidad, constantemente tiene rotación de funcionarios, y cambios de administración, consiguiendo desempeñar un buen papel, alcanzando metas y logros pero en la actualidad al no estar organizado ya no es viable debido a la gran demanda que exige el servicio prestado.

Lo que se necesita en una institución donde su objetivo es ser la puerta de entrada para el usuario, es transformar la responsabilidad en corresponsabilidad, cuando surge un problema no puede recaer la responsabilidad, sobre un solo departamento, la organización o saber hacerlo es el recurso principal de toda institución pública o privada. La observación e investigación del funcionario, será fundamental para brindar una adecuada información y así poder tener un buen manejo de cualquier departamento que este bajo su administración

La demanda de servicios de salud aumenta según el crecimiento de la población, es por ello que surgen mayores y nuevos requerimientos. En cuanto la población aumenta, los cambios sociales son más notorios y afectan directamente a la salud y otros aspectos relacionados con el ser humano, esta situación repercute en la atención médica debido a la falta de información que se genera, además de realizar otras actividades.

3.1.2. Propuestas en torno a los departamentos de estadística.

- ❖ Evaluación y estudio del clima organizacional que afecta positiva o negativamente en los departamentos del centro de salud tipo B, ya que en ese momento se contaba con 3 personas en el departamento Estadística, y este es el primero en intervenir al usuario, por lo que necesita un buen ambiente de trabajo y poder ser útil para dar al paciente la mejor atención.

La evaluación sirve como herramienta para el pertinente análisis, y evidenciara cual es el problema y elaborar una propuesta para mejorar el clima organizacional, en todos los departamentos que deben ser apoyo para los demás.

También se puede aplicar el método de los focos nodales, para evidenciar que departamento está fallando en su administración y entorpece el trabajo de los demás, de ahí poder definir a través del método, de la reestructuración departamental.

- ❖ Frente al problema de la coordinación del departamento de estadística; la comunicación es imprescindible para una coordinación efectiva, esta depende directamente de saber adquirir conocimiento, transmitirlo y procesar la información. Los centros de salud tipo B, necesitan la información como instrumento fundamental, ya que mientras mayor es la demanda, mayor es la necesidad de satisfacer los problemas de todos los usuarios.

La información interna y externa del departamento, ayudará a mantener una comunicación abierta y sistemática, y así el usuario se sentirá realmente encaminado, a tomar la mejor decisión para su salud.

- ❖ La comunicación es percibida por los usuarios como actividades formales, el usuario necesita crear un vínculo emocional (sentir empatía), con el funcionario que esta atrás de la ventanilla, es por ello que la comunicación entre funcionario-usuario, no debe ser rutinaria y sin valor, debe ser flexible con el fin de que sea

posible incluir al paciente dentro del programa integral de salud, logrando el objetivo del plan nacional 2009-2013 con relación al Buen Vivir.

El departamento debe mantener una comunicación abierta y sincera, de una forma clara y concisa, utilizando un lenguaje que pueda ser entendido por el usuario sin tecnicismo innecesario, debe tener paciencia (sin gestos de expresión, que expresan desesperación.) y prestar un verdadero interés por escuchar sus problemas, necesidades, quejas y reclamos. Además debe dar seguridad y confianza al paciente.

Las estrategias de comunicación social sobre los servicios hacia los pacientes, para que la comunidad conozca que servicios ofrecen los Centros de Salud tipo B, y como acceder a ellos y a los recursos necesarios para llevarlos a cabo, por medio del rediseño organizativo y el repensar de los procedimientos

- ❖ El personal debe estar capacitado, para desempeñar las funciones a las que está asignado y de ser necesario la utilización de tecnologías (manejo de computadoras y programas), debe estar capacitado para agilizar la entrega de turnos, apertura de fichas y un buen manejo de sistema de computación, solo así se podría dar atención inmediata a los pacientes con prioridad (discapacitados, tercera edad, mujeres embarazadas, niños menores de 5 años, emergencias).

Siempre debe estar preparado, para alcanzar una mejor coordinación, y así reducir los errores para proporcionar un servicio más rápido y eficaz a los usuarios, en realidad se trata de implantar un sistema de constancia en la información que se debe brindar al cliente y la continua capacitación que se debe dar al funcionario.

- ❖ El departamento de estadística debe lograr que la comunidad se empodere y se sienta parte de la institución, por lo que debe empezar por ganar el vínculo de carácter legítimo o emocional a través de la comprensión de la necesidad actual y futura del usuario, orientándolo de una manera correcta.

Debe existir una propuesta de implantación de acciones de mejora dirigidas a incrementar la calidad de la atención; registro de datos actualizados de los usuarios que reciben atención de la gestión social; programación de Agendas de atención a pacientes, diseño y mantenimiento de su estructura; recepción de solicitud de cita, adecuación, clasificación y priorización.

- ❖ Los integrantes del departamento deben ser capaces de tomar decisiones rápidas ante la situación del paciente, para ello debe saber escuchar con atención y conseguir, encontrar las soluciones, y proyectar una imagen de confianza al usuario que el departamento pueda brindarle. Esto puede lograrse con una oportuna gestión de retroalimentación permanente con los integrantes del departamento de estadística en base de las necesidades insatisfechas del usuario, a través de un conocimiento continuo, dinámico y progresivo.
- ❖ La falta de colaboración, entre los departamentos repercute en el buen funcionamiento de la institución, por eso se debe reestructurar las tareas, en cada departamento para no sobrecargar o generar el síndrome de la cabeza quemada, a los integrantes de un solo departamento (Estadística).
- ❖ La mala distribución de turnos para los diferentes departamentos de salud (la ley establece que el médico deberá atender 28 turnos al día), para evitar esta mala distribución, de turnos o chocar con otras actividades de los médicos, deben ser distribuidos, en horarios que los pacientes y médicos estén comprometidos y establecido, evitando la afluencia de pacientes, en un solo departamento.
- ❖ La falta de coordinación de estadística y falta de comunicación con los demás departamentos médicos, ha generado molestias en los usuarios, la propuesta es estar constantemente atento en los cambios de actividades, que los médicos realizan en sus actividades, debido a la reorganización pedida por la parte administrativa del Centro de Salud tipo B.

3.1.3. Recomendaciones.

- ❖ Realizar encuestas regularmente con el nivel de satisfacción de entorno de trabajo y pedir sugerencias para proporcionar un servicio mejor en salud a la comunidad.
- ❖ Llevar a cabo una encuesta de satisfacción del usuario al menos una vez al año, además de colocar los buzones de sugerencias y demandas.
- ❖ Evaluación de condición física de los funcionario (edad, capacidad visual, código de trabajo, ética) y establecer que actividades se les designará para mejorar la coordinación del trabajo en el departamento.
- ❖ Educar e involucrar a la población, en la normas y políticas públicas en salud, de los centros de salud tipo B, y además informar el manejo de turnos por el departamento de estadística, concepto de emergencia (signos vitales alterados, fiebre, enfermedades catastróficas, etc.), atención de grupos prioritarios (mujeres embarazadas, discapacidad, adultos mayores, niños y adolescentes), atención a la demanda espontánea y manejo de Call Center, beneficios y reglas que deben seguir el usuario, para beneficiarse de este bien común.
- ❖ Evitar generar un mal concepto de la atención “La Salud ya es de Todos”, el usuario tiene un derecho irrenunciable como es el de ser atendido ante su problema de su salud, debidamente sensibilizado y abordado para que razone sobre el verdadero significado que esta frase involucra.

3.2. PROPUESTAS EN TORNO A LOS MODELOS DE GESTIÓN EN LAS UNIDADES OPERATIVAS DE SALUD.

3.2.1. Concepto de Gestión.

Gestión, hace referencia a la rectoría, gobernabilidad, descentralización y desconcentración de funciones en áreas autónomas, la creación de infraestructuras básicas en el sector de la salud y establecimiento de sistemas de vigilancia y planificación.¹¹

La gestión, es el marco que orienta el procedimiento de acciones y decisiones de la planificación, ejecución, seguimiento, evaluación de estrategias y metas del desarrollo económico, social, político y financiero por medio de las intervenciones estatales que se interactúan para el logro de los objetivos del desarrollo acordado de manera democrático (Sumak Kawsay).

La gestión pública puede transformar los objetivos en resultados, atreves del ciclo de planificación que conecta la planificación estratégica con la planificación operativa, usando equitativamente los medios disponibles, conduciendo sensatamente la selección de las alternativas adecuadas, y el desempeño eficiente para alcanzar la planificación estratégica

3.2.2. Concepto de Modelo de Gestión

Un modelo de gestión, toma como herramienta las políticas, sistemas, técnicas e instrumentos que utilizando coherentemente, permiten establecer la forma de conducir, dirigir la organización, permitiendo una adecuada y oportuna toma de decisiones para el logro de los objetivos sanitarios y económicos, dentro de los nuevos escenarios cambiantes en el campo de salud.

Un verdadero modelo de gestión articula un marco para pensar, decidir y para actuar, son construidos y apropiados colectivamente, el propósito no es

¹¹ Gestión Social, Ernesto Cohen , Rolando Franco -2005,

homogeneizar la forma de pensar, decidir y actuar de los administradores sino permitir que piensen, decidan y actúen de forma coherente.

*Modelo de gestión hace referencia a la forma como se organizan y combinan los recursos, con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones. Un modelo de gestión depende de la definición que se dé a las prioridades del sistema.*¹²

La problemática del modelo de gestión radica en la definición de las prioridades del servicio en, cuáles son las decisiones que deben ser tomadas desde la conducción, qué valores los guían y quién las toma para generar una visión integral, en los centros de salud tipo B.

Tabla No. 3. Modelo de Gestión

Dimensión	Instrumento
Modelo de Gestión	<ul style="list-style-type: none"> -Disminución de trabas organizativas al acceso (sistemas de turnos, comunicación social sobre los servicios, a los pacientes, seguimiento de pacientes crónicos, etc.) -La agestión de abastecimiento. -La gestión de los recursos humanos en salud en los centros de salud tipo B, en concordancia con una Política territorial. -Programas de capacitación para directivos de los Centros de Salud tipo B. -Incentivos como promoción de la eficiencia y calidad. -El desarrollo del sistema de información estratégica.
Modelo de Financiamiento	-Gestión por resultados e implementación de modalidades de financiación vinculados a los compromisos de gestión.
Modelo de Atención	<ul style="list-style-type: none"> -Definición clara del funcionamiento de redes asistenciales. -La gestión pública.

Fuente; Hamilton, Gabriel en base a relatoría del V encuentro nacional de Hospitales

Elaboración; Rocío Montaña.

¹² Tobar F, Modelos de Gestión 2002

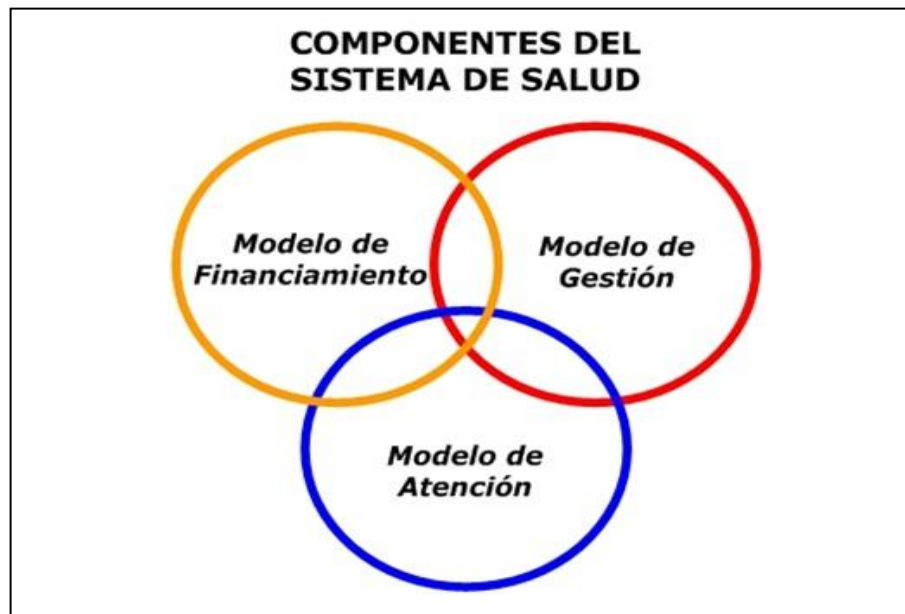
3.2.3. Sistema de Salud.

El sistema de salud tiene como objetivo abordar las acciones que la sociedad junto al estado desarrollan en el campo de salud, como una respuesta ante los problemas de salud de la comunidad.

Es por eso que el sistema de salud tiene una concepción más amplia que el actuar de un sistema de atención médica, ya que el sistema de salud incluye todas las funciones que el Estado y la sociedad desempeñan en salud, según Tobar Federico (modelos de gestión 2002), se puede pensar al sistema de salud como la articulación de tres componentes.

- a) **Político**, modelo de gestión en el análisis del sector salud;
- b) **Económico**, modelo de financiamiento; y
- c) **Técnico**, modelo de atención o modelo asistencial.

Gráfico No. 18; Modelos de gestión en salud. Componentes del sistema.



Fuente: Tobar Federico
Elaboración: Tobar Federico.

Este pensamiento contribuye a la conexión entre la dimensión de gestión y la sostenibilidad institucional de las organizaciones de desarrollo (Unidades Operativas de salud tipo B), para mejorar la gestión de las empresas públicas y fortalecer los mecanismos de regulación.

En las unidades operativas de salud, los modelos de gestión tienen falencias, llamados problemas de frontera, es decir que los pacientes van de un servicio de salud a otro, pasan de un nivel de atención primario a una atención especializada (Centro de Salud tipo B- Hospital Vicente Corral Moscoso), por medio de un proceso llamado referencia y contra referencia, organizada por la institución y los recursos del estado son empleados para resolver los llamados problemas de fronteras, pero ¿Quién realmente se encarga que este puente funcione?.

Es por esta razón, que se necesitan generar propuestas, para el modelo de gestión tradicional jerarquizado, modelos que no poseen una visión integral de los procesos en el campo de salud, se basan en normas cuando en realidad deberían regirse por objetivos a través de la medición de resultados o impactos y concentrarse en los problemas del usuario.

Pienso que al aprovechar responsablemente el patrimonio natural y los bienes públicos, a través del diseño de modelos de gestión que provea resultados que articulen el accionar de los Centros de Salud Tipo B, en coordinación de la planificación nacional, me ayudara a incrementar los niveles de eficiencia, calidad y optimización de recursos que serán empleados en el factor salud.

3.2.4. Propuestas en torno a los modelos de gestión.

- Impulsar el trabajo cooperativo, la retroalimentación de experiencias individuales colectivas originadas en los departamentos de la institución, a través de la responsabilidad y compromiso con la misión institucional y favorecer a los resultados en salud.

- Participar en la planificación, el aprendizaje de la visión de los procesos, y sus resultados basados en un marco de constante información sobre la realidad y acciones institucionales.
- Impulsar una mayor participación en la toma de decisiones, por parte de todos los que conforman la institución para optar por una mejor organización, y no dejar que una sola persona tome las riendas de la institución.
- Establecer objetivos coherentes en la institución, para conseguir una visión integral de los procesos, para centrarse en las demandas y expectativas del usuario, esto depende de la cooperación y organización de los funcionarios.
- Las unidades operativas de salud, deben transformarse en gestión por procesos esto enmarca la gestión sistemática-administrativa de contingencias y tomar decisiones adecuadas y oportunas, para dejar atrás el viejo modelo tradicional de gestión

3.3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

3.3.1. Conclusiones.

- ❖ Pensar en producir un servicio de salud quizá no sea una utopía sino un desafío, en el que los equipo de salud que están convocados a realizar dentro de un sistema de salud integral. La acción comunitaria como resultado de la participación social de todos los sectores de un territorio, es una dimensión fundamental en la que se sustenta la promoción de la salud y la planificación participativa.

- ❖ Es importante diseñar y proponer un modelo de gestión por procesos por cuanto esta técnica, posibilita el desarrollo continuo de competencias, actividades que recibe insumos, y a su vez se procesan y se transforman en un servicio, en el presente caso de los más significativos para la sociedad y el colectivo, que es la salud pública en términos preventivos, curativos, y de asistencia social, logrando de esta manera obtener un mejor y mayor control del centro médico, en todas sus áreas, procesos y subprocesos, que como resultado final se trata de permanentemente ofrecer y propiciar un eficiente, eficaz y productivo servicio, con el propósito de que los usuarios se encuentren satisfechos y se incremente la buena imagen de la unidad operativa de salud y de sus directivos, profesionales, servidores, funcionarios y trabajadores del centro.

- ❖ De esta manera concluyo que el análisis permite mejorar el acceso al servicio de la salud, en los departamentos de estadística y resolver los problemas que año tras año viene acarreándose, es por ello que a través de este análisis se conseguirá elaborar una distribución de turnos de una manera ordenada y equitativa, en base a las verdaderas necesidades del usuario, consiguiendo que el modelo de gestión sea a través de procesos, fundados

en modelos de vida o de desarrollo más justos, más sostenible, y sobre todo más humano, evitando el maltrato al usuario en las largas filas de espera.

3.3.2. Recomendaciones.

- ❖ Con relación al capítulo 1; Es necesario organizar los servicios en pos de la demanda y la necesidad a través de la implementación de políticas públicas bien elaboradas. Es por eso que a pesar de existir mucha bibliografía a cerca de las políticas públicas, no permite formular otras que incentiven a tener un pensamiento libre, para generar transparencia en el proceso del desarrollo normativo.

Los programas en los centros de salud tipo B, son muchos, pero ningún programa del Ministerio de Salud Pública, emplea sus recursos en la evaluación al usuario, para saber si realmente está satisfecho con los servicios de salud prestados y lograr un verdadero empoderamiento de la población, hacia estos beneficiosos programas.

El rol que desempeñan los centros de salud tipo B, es ser la puerta de entrada al sistema de salud, por la misma razón que todos los departamentos deben saber, que rol van interpretar y evitar conflictos departamentales.

- ❖ Con relación al capítulo II; La estructura y organización de los centros de salud tipo B, debe estar estratégicamente estudiado y puesto en un plan de contingencia anualmente para la eficiente gestión de modelos eficientes y eficaces, En este capítulo me encontré con la dificultad que ninguno de los departamentos sabía exactamente como está estructurado un centro de salud para poder organizarse, de alguna forma antes de pertenecer a los centros de salud, debería darse una pequeña capacitación de estos temas que son indiscutiblemente importantes, para manejar la parte administrativa de un departamento o institución.

Los resultados y experiencias en los datos obtenidos en los centros de salud, deben ser muy bien utilizados y tratar de organizar a los departamentos de acuerdo a sus verdaderas necesidades. Está información que manejan los centros de salud en un menor porcentaje, es errónea debido a que el programa de registro de atenciones y consultas ambulatorias, pasa primero por los médicos e ingresan los datos de una forma incorrecta, arrojando más consultas o menos o incluso el género puede ser modificado y cambiándose así el resultado correcto. Una recomendación frente a este problema es que se revise la información antes de consolidarla, y de ser necesario pedir a los médicos que vuelvan a ingresar los datos que el sistema no reconoce como incorrectos, aun si lo fueran.

- ❖ Con relación al capítulo III; Las propuestas para los centros de salud tipo B, con relación al departamento de estadística son diversas que incluso las proponen otros departamentos, pero la falta de comunicación, el mal ambiente laboral, la falta de información, y la mala distribución de actividades (sobrecarga de trabajo), hace que no funcione correctamente.

El correcto funcionamiento de los modelos de gestión, en este capítulo, sigue siendo una hipótesis que varios autores plantean, pienso que debe ser aplicado y pasar de ser una simple metodología. Los modelos deben ser empleados en un ámbito que permita, volverlos realidad, que los autores me den una clara idea de que se puede lograr mediante la gestión de procesos ante la necesidad de sincronizar y alinear los procesos de planificación estratégica enfocada al desarrollo de objetivos y metas, a partir de la visión y misión de la institución de las que surgirán planificaciones operativas. Estas planificaciones deben ser coherentes con las planificaciones en salud de los niveles Municipales, provinciales y nacionales.

3. BIBLIOGRAFÍA.

Amartya, Sen. (1999) Desarrollo y Libertad. Editorial Planeta, S.A., 2000 Córcega, 273-279, 08008 Barcelona (España)

Carta Magna de la República del Ecuador 2008.

Cohen, Ernesto–Franco, Rolando. (2005). Gestión Social. Cómo lograr eficiencia e impacto en las políticas sociales. Cerro del agua 248, Delegación Coyoacán 04310, México, primera edición Naciones Unidas.

Lahera, Eugenio. (2004). Política y políticas públicas 2004. United Nations Publications.

Flores Gabriela, Castillo Artabel. (2012). Una mirada desde la sociedad civil a la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, mayo.

Hamilton, Gabriela. (2009). Encuentro V Nacional de Hospitales, Desafíos y dilemas en la gestión.

J. Cheaz, J de Souza Silva, J. Santamaría, M.A. Mato. (2001). “La dimensión de Gestión en la construcción de la sostenibilidad institucional”, Proyecto Nuevo Paradigma. Serie innovación para la innovación institucional. San José Costa Rica.

Ministerio de Salud Pública. Tipología para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, Quito, 2012. Ministerio de Salud Pública, Manual de Unidades Móviles 2010.

Modelo Atención Integral Salud (MAIS - MSP) Diagnóstico.

Oyarce A. M, Pedrero M-m. (2012). Documento inédito, Elementos para la incorporación del Enfoque Étnico en los Sistemas de Información en Salud, (SIS), CEPAL/CELADE, Octubre.

Palacios Prieto, J.L.; Sánchez Salazar, M.T. (2010). Nuevo modelo de gestión en salud, Quito, Indicadores para la caracterización y Ordenamiento del Territorio.

Plan participativo de desarrollo del Azuay (2005-2015), Cuenca, octubre 2005 Plan quinquenal del Gobierno Provincial del Azuay (2010-2014), Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013.

SENPLADES, CONCOPE, AME, CONAJUPARE. (2010). Lineamientos para la planificación del desarrollo territorial.

SENPLADES. (2010). Agenda Zonal de desarrollo R6.

Tobar, Federico. (2002). Políticas públicas y Modelos de Gestión. Buenos Aires.

4. ANEXOS.

ANEXO 1. Encuestas realizada a los integrantes del departamento de estadística.

Obtenido por el sistema de registro diario de atenciones y consultas ambulatorias (RDACCA).

- 1.** Mencione el rol que desempeña el departamento de estadística.

- 2.** Meta a cumplir de registro de atenciones mensualmente, impuesta por la políticas del Ministerio de Salud Pública, en los Centros de Salud Tipo B.

- 3.** Mayor cantidad de número de atenciones registradas mensualmente, en el año 2014, durante los meses febrero-agosto.

- 4.** Que género participa más, en los programas empleados en los centros de Salud tipo B, femenino o masculino.

- 5.** Nombres de los programas empleados en los centros de Salud tipo B.

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

6 _____

7 _____

6. Datos cuantitativos del número de atenciones registradas en los centros de salud tipo B.

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

6 _____

7 _____

7. Número de atenciones registradas en los centros de Salud tipo B, durante los meses febrero-agosto 2014.

8. En qué consiste el programa ENIPLA.

9. Propuestas de reestructuración departamental.

ANEXO 2.

a). Hoja de registro de atenciones diarias de consultas y atenciones ambulatorias. RDACCA

Ministerio de Salud Pública Coordinación General de Planificación Dirección Nacional de Información, Seguimiento y Control de Gestión REGISTRO DIARIO AUTOMATIZADO DE CONSULTAS Y ATENCIONES AMBULATORIAS (RDACCA)																		
BLOQUE A: Datos Generales de la Unidad Operativa						BLOQUE B: Datos del Profesional												
No. de Especialización		Sector de Atención		Módulo Unidad Operativa		Nombre		Sexo		Fecha de Recuento		Formación Profesional		Especialidad				
BLOQUE C: Datos del Paciente						BLOQUE D: Datos de Consulta/Atención												
Apellidos y Nombres		Nº. de Cédula de Ciudadanía o Nº. de Pasaporte o Nº. de Historia Clínica		Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa)		Auto Identifi			Lugar de Residencia Habitual			Codificación CIE-10 Diagnóstico (Síndrome, Morbilidad, Prevención)			Procedimientos		Actividades	
MSF/DIAGNÓC/A Form. 504-08-2013																		
CÓDIGOS BLOQUE A																		
CÓDIGOS BLOQUE C																		

b). Sistema de consolidación de las atenciones diarias y consultas ambulatorias, por la meta mensual.

	A	DC	DD	DE	DF	DG	DH	DI	DJ	DK	DL	DM	DN	DO	DP	DQ	DR	DS	DT	
	SALUD N. 2 MEDICOS BIEN MAYO	CONDICIÓN DE DIAGNÓSTICO					ÓRDENES				TIEMPO									
		PRESUNTIVO / SOSPECHOSO	DEFINITIVO / INICIAL	CONFIRMADO	DEFINITIVO - CONTROL	A. I. E. P. I.	ALERTA - ACCIÓN	DEFERENCIAS	INTERCONSULTA / TRANSMISIÓN	REFERENCIA	CERTIFICADO D SALUD	PROCEDEMENTO	HORAS ASIGNADAS	HORAS TRABAJADAS	#IR/PTI	VERIFICACION	EDAD MOFB	SUMMA 98-99	SUMMA 101-102-103	MAYO
		101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	labor.						
		52	276	215			1	83	89	552	1384		2016	2016	19	BIEN	543	543	543	
13																				
14	1.-ESTABLECIMIENTO	110	714	461											BIEN	1285	1285	1285		
15	2.-COMUNIDAD	2										88	88	5	BIEN	2	2	2		
16		3													BIEN	3	3	3		
17	3.-ESCUELA (4 a 15 años)	4	209	4								24	24	3	BIEN	217	217	217		
18			4												BIEN	4	4	4		
19	4.-DOMICILIO											48	48	6	BIEN	0	0	0		
20			1	13											BIEN	14	14	14		
21	5.-Albergues Creados por Desastres														BIEN	0	0	0		
22															BIEN	0	0	0		
23	6.-Albergues para Refugiados														BIEN	0	0	0		
24															BIEN	0	0	0		
25	7.-Albergues														BIEN	0	0	0		
26															BIEN	0	0	0		
caratula Med Obst Psicologo CONSOLIDADO Med Rend ep2 maternidad tamisae laboratorio farmacia																				

Fuente, Departamento de estadística de los centros de salud tipo B.

ANEXO 3.



FOTO N 1; Departamento de estadística y largas filas para sus usuarios.
Fuente; propia.

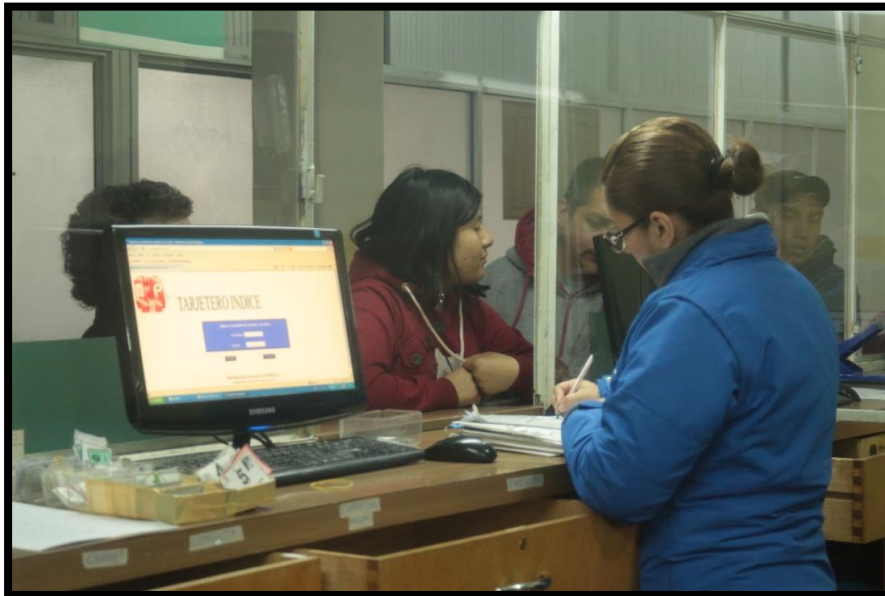


Foto N 2; Tarjeta o registro de admisión, para ingresar datos personales de los usuarios, realizado por el departamento de estadística.
Fuente; propia



Foto N 3; Información y socialización, atención exclusiva a pacientes del Call Center.
Fuente; propia.



FOTO N 4; Organización.-El departamento de enfermería, trabaja conjuntamente con el departamento de estadística, para después, enviar a los diferentes departamentos médicos.
Fuente, Propia



Foto N 5; realización de encuesta a los integrantes del departamento de estadística.

Fuente, propia



Foto N 6; Orden de las Historias Clínicas, mantenimiento y depuración, siendo responsables el personal de estadística.

Fuente; propia.