



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

Sistema de Posgrado

Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud

TITULO DE LA TESIS:

**“EL TALENTO HUMANO EN BENEFICIO DE
LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD
ANDRÉS DE VERA DEL CANTÓN
PORTOVIEJO”**

**Previa la obtención del Grado Académico de
Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**

AUTORA

MARÍA ANTONIETA MURILLO YULÁN

TUTORA

ECON. MARÍA DEL CARMEN LAPO

GUAYAQUIL - ECUADOR

2014



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO
CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la Dra. María Antonieta Murillo Yulán como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico **MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

DIRECTOR DE TESIS

Econ. María del Carmen Lapo Maza

REVISORES

C.P.A. Laura Vera Salas

Dra. Cinthya Game Varas

DIRECTOR DEL PROGRAMA

Econ. María del Carmen Lapo

Guayaquil, a los 05 días del mes de Marzo del año 2014



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, María Antonieta Murillo Yulán

DECLARO QUE:

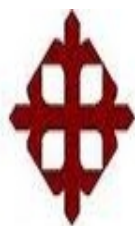
La tesis **“El talento humano en beneficio de los usuarios del Centro de Salud Andrés de Vera del cantón Portoviejo”** previa a la obtención del Grado Académico de **MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las paginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico de la Tesis de Grado Académico en mención.

Guayaquil, a los 05 días del mes de Marzo del año 2014

LA AUTORA

Dra. María Antonieta Murillo Yulán.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

AUTORIZACIÓN

Yo, María Antonieta Murillo Yulán

DECLARO QUE

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil la publicación en la biblioteca de la institución de la **Tesis de Maestría** titulada “**El talento humano en beneficio de los usuarios del Centro de Salud Andrés de Vera del cantón Portoviejo**” cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 05 días del mes de marzo del año 2014

LA AUTORA

Dra. María Antonieta Murillo Yulán.

AGRADECIMIENTO

La gratitud es la mejor virtud del ser humano.

Agradezco a la universidad católica de Santiago de Guayaquil por haberme permitido ampliar mis conocimientos.

A mi tutora Eco. María Carmen Lapo por sus valiosos aportes para que la tesis quede de la mejor manera posible.

A todos quienes de una u otra forma coadyuvaron a que a la culminación de esta tesis de grado.

MARÍA ANTONIETA MURILLO YULÁN

DEDICATORIA

La familia es el pilar fundamental en el cual descansan los éxitos conseguidos, sin ella no se podría llegar a la consecución de muchos logros.

A mis padres quienes supieron inculcar valores y virtudes.

A mi esposo pilar fundamental en el cual me sostengo

Gracias los amo.

MARÍA ANTONIETA MURILLO YULÁN

ÍNDICE

Certificación	ii
Declaración de responsabilidad	iii
Autorización	iv
Agradecimiento	v
Dedicatoria	vi
Índice	vii
Índice de tablas	ix
Índice de figuras	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN	1
Planteamiento del problema	3
OBJETIVOS	6
Objetivo general	6
Objetivos específicos	6
CAPÍTULO I	7
1. EL TALENTO HUMANO Y LOS SERVICIOS DE SALUD	7
1.1. Generalidades	7
1.2. Talento humano	9
1.3. Impacto en la gestión	10
1.4. Importancia del talento humano	11
1.5. El talento humano y los recursos de salud	11
1.6. Usuarios de los servicios	15
CAPÍTULO II	18
2. LOS SISTEMAS DE SALUD Y SU ALCANCE	18
2.1. Análisis del sistema actual de salud	18
2.2. Políticas que se han implementado	25
2.2.1. Alcance	27
2.3. Plan estratégico del Ministerio de Salud Pública	28
2.4. Programa de Aseguramiento Universal de Salud	34
2.5. Programas prioritarios: sector salud	36
2.6. Cobertura	40
CAPÍTULO III	46
3. CENTRO MÉDICO LEA Y LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ECUADOR	46
3.1. Centros de salud en Portoviejo	46
3.2. Los servicios de salud en la parroquia Andrés de Vera	47
3.2.1. Datos de la parroquia Andrés de Vera	47
3.2.2. Ubicación del Centro de Salud 24 Horas Andrés de Vera	49
3.2.2.1. Misión	50
3.2.2.2. Visión	51
3.2.2.3. Personal que labora	53
3.2.2.4. Recursos materiales	56
3.3. Programas que se ejecutan en la unidad de salud	57
3.3.1. Sistema Integrado de Cuidado Obstétrico Esencial (SICOE)	59
3.3.1.1. Estándares e Indicadores de Entrada para la Atención de la Salud Reproductiva y Atención a la Niñez	60

3.3.1.2. Propósito del Plan Sicoe – MANABÍ	60
3.3.1.3. Objetivos del plan SICOE – Manabí	61
3.3.1.4. Componentes del plan SICOE – MANABÍ	61
3.3.1.5. Estrategias del plan SICOE – MANABÍ	61
3.4. Calificación de una Unidad COE (Cuidados Obstétricos Esenciales)	62
3.5. Normas del SICOE (Sistema Integrado de Cuidados Obstétricos Esenciales)	63
CAPÍTULO IV	67
4. MARCO METODOLÓGICO	67
4.1. Hipótesis	67
4.2. Variables y Alcance	63
4.3. Tipo de Investigación	67
4.4. Métodos del Estudio	68
4.5. Población	68
4.6. Muestra	68
4.7. Técnicas e Instrumentos de investigación	70
4.8. Tabulación y análisis de los resultados	71
CAPÍTULO V	81
5. PROPUESTA DE MEJORAS DEL SERVICIO	81
5.1. Planteamiento de la Propuesta	81
5.2. Objetivos	81
5.3. Estrategias y acciones	82
5.4. Alcances	84
5.5. Responsable	85
5.6. Formas de difusión de la propuesta	86
5.7. Costo beneficio	86
CONCLUSIONES	87
RECOMENDACIONES	89
REFERENCIAS	90
APÉNDICES	94

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Profesionales que laboran en el subcentro de salud	56
Tabla 2 Plan de acción	83
Tabla 3 Plan temático	83

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 ¿Cuántas veces viene al Subcentro de Salud por asistencia médica?	71
Figura 2 ¿Cómo calificaría a la atención brindada por el talento humano en salud del Subcentro de Salud Andrés de Vera?	72
Figura 3 ¿Qué considera le hace falta a la infraestructura del Subcentro de Salud Andrés de Vera?	73
Figura 4 ¿Cómo usuario atendido en el Subcentro de Salud Andrés de Vera se siente?	74
Figura 5 ¿Al talento humano de salud del Subcentro de Salud Andrés de Vera le hace falta?	75
Figura 6 ¿Considera que las políticas llevadas a cabo por el actual gobierno en relación al talento humano en salud deben incluir mejora relativa a?	76

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar la situación del talento humano en beneficio de los servicios de salud que se brindan en el Centro de Salud de la parroquia Andrés de Vera conocido como LEA del cantón Portoviejo.

Los métodos que se utilizaron fueron inductivo-deductivo, Histórico exploratorio, descriptivo, correlacional, documental, así también las hipótesis y variables; en el caso de la investigación de campo se preguntó a los usuarios externos.

ABSTRACT

The research aimed to determine the situation of human talent for the benefit of health services that are provided at the Health Center Andrés Vera parish known as Canton Portoviejo LEA.

The methods used were inductive-deductive, Historic exploratory, descriptive, correlational, documentary, and also the assumptions and variables, in the case of field research to external users were asked.

INTRODUCCIÓN

La universalidad de acceder a los servicios de salud, es un tema pendiente en la agenda estatal, a pesar de que el Ecuador es un país petrolero y que en los últimos años ha visto ingresar cientos de miles de millones por concepto de los altos precios del barril de petróleo en el mercado internacional, ese dinero no ha sido utilizado en crear nueva infraestructura hospitalaria y modernizar aquellas que están en malas condiciones. Siendo también un factor clave, la inclusión de profesionales especializados en ramas de la medicina que la población demanda de atención, sin dejar de lado la provisión de medicina.

Portoviejo por ser capital de provincia, presenta mejor infraestructura de salud que son atendidas por el Estado, que otros cantones de la provincia, a pesar de que estas presentan deficiencias serias. Uno de estos centros donde se atienden personas de algunos sectores de Portoviejo y de cantones colindantes es el Centro de Salud de Andrés de Vera (ver apéndice f), al cual llegan por atención de diversa índole, prevaleciendo el relacionado con la gineco obstetricia, ya que posee una infraestructura, que si bien es cierto presenta falencias, permite la atención de mujeres de estratos bajos.

En el Centro de Salud de Andrés de Vera, laboran doctores que atienden diferentes especialidades, así también cuenta con personal de enfermería y administrativo, que brindan una atención acorde a su voluntad, es decir las carencias existentes las van tratando de solucionar de acuerdo a su voluntad y ganas de servir. Ante todo lo citado, urge la necesidad de incorporar profesionales de la salud y mejorar las instalaciones del

subcentro, a lo que se suma adquirir equipos de punta, que permita acceder al servicio universal de salud a las personas que asisten hasta este centro de salud. Todo lo cual, guarda relación con las garantías constitucionales y con los preceptos del Plan Nacional para el Buen Vivir. (Ver apéndice A)

Hay nuevos enfoques que se vienen dando relacionado con la forma en que se aprecia al talento humano que forma parte de las instituciones públicas, habiendo dado un cambio que tiene como objetivos la atención de primer nivel al usuario interno y externo. Este escenario solo puede darse con paradigmas que se encuadren en los momentos actuales que se vive, debido a que hay pedido de parte de la ciudadanía en que se recupere la parte pública.

El talento humano es el engranaje que permite el normal funcionamiento de toda empresa o institución, sea ésta privada o pública, en el caso concreto del tema que se trata, necesitan de un ambiente laboral idóneo, infraestructura física y tecnológica, capacitaciones, esto crea un entorno en donde el único beneficiado es la persona que llega hasta el hospital o centro de salud buscando asistencia médica.

En un aspecto macro, un aspecto que debe tener una planificación para todo el territorio ecuatoriano, y que contribuye a la prestación de servicios estipulados es el Sistema Nacional de Salud del Ecuador (ver apéndice A).

Todo lo cual gira en torno a los beneficios de los servicios que se encuentran estipulados en el Sistema Nacional de Salud del Ecuador (ver apéndice A) logrando consolidar y fortalecer la institucionalidad.

Con todo lo acotado, el objeto de estudio que plantea la investigadora gira en torno determinar la situación del talento humano, factor clave que tiene

como únicos favorecidos a la gran mayoría de ecuatorianos, que a diario hacen uso de las instalaciones relacionadas con la prestación y cobertura de salud.

Planteamiento del problema

Debido al aumento en la demanda de atención, y sabiendo que la salud es un derecho constitucional con cobertura universal, es de gran importancia el mejoramiento a través del replanteo de lo actuado hasta ahora. Aplicando para ello mecanismos con un enfoque integral, sustentado en que el sistema y servicio de salud participe activamente como defensor y promotor de una atención con calidad, equidad e integralidad; esto permitirá conocer la percepción que tiene el usuario externo sobre los servicios de salud que brinda, puede conocerse mediante diálogos que permitan entablarse entre los miembros del equipo de salud y la comunidad.

Algo que se ha venido planteando al Estado central es que haya una mejora en la atención requerida en las unidades de salud del país, hecho que con el actual gobierno se ha ido dando, pero que sin embargo todavía falta por mejorar.

Términos como calidad y calidez se han ido incorporando como una forma que el usuario externo vea que se realizan cambios, más sin embargo en la práctica queda mucho por hacer.

La satisfacción se la puede definir como "la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario" (Corbella & Saturno, 1990), este parámetro solo puede ser medido a través de la evaluación para conocer satisfacción en los usuarios externos, esto a través de la aplicación de la entrevista se puede determinar de forma

clara el grado de satisfacción del usuario externo es decir la investigación de campo en el Centro de Salud Andrés de Vera.

El artículo 2 del Sistema Nacional de Salud estipula:

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. Mientras que el artículo 19 del ordena (Gobierno Nacional de la República del Ecuador, 2005).

De igual manera el marco general de la reforma estructural de la salud en el Ecuador (Gobierno Nacional de la República del Ecuador, 2005) cita:

Art. 19.- Funciones del Consejo Nacional de Salud.- El Consejo Nacional de Salud tiene como funciones:

1. Concertar entre todos los actores y niveles del Sistema la aplicación de la política nacional en salud.
2. Participar conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública en la formulación del Plan Integral de Salud y los criterios para su ejecución, incluyendo la programación de extensión progresiva de cobertura y su financiamiento.
3. Coordinar la participación de los integrantes del Sistema para la implementación del Plan Integridad de Salud.

4. Aprobar la utilización común de normas técnicas y protocolos para las prestaciones; procedimientos de referencia y contrarreferencia, y, otros mecanismos necesarios para la provisión de servicios.
5. Promover la participación, el control social, el cumplimiento y la exigibilidad de los derechos de los usuarios.
6. Convocar y organizar periódicamente eventos de amplia consulta nacional sobre los temas relevantes para la salud del país.
7. Promover el desarrollo integral de los recursos humanos en salud.
8. Designar al Director Ejecutivo.
9. Las demás que le asigne la Ley, su Estatuto y el Reglamento.

Se puede apreciar que el numeral 7 del artículo 19 es claro, taxativo y vinculante, teniéndose que aplicar de forma inmediata por parte de los ministerios correspondientes, y siendo el caso de la investigadora haber detectado un problema en una unidad de salud en la circunspección territorial donde habita, es un problema que merece ser tratado en el desarrollado de la investigación.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la situación del talento humano en beneficio de los servicios de salud que se brindan en el Centro de Salud de la parroquia Andrés de Vera conocido como LEA del cantón Portoviejo.

Objetivos específicos

Identificar la situación actual del talento humano en el Centro de Salud de la parroquia Andrés de Vera conocido como LEA del cantón Portoviejo.

Fortalecer el talento humano que brinda los servicios de salud en beneficio de los usuarios externos que acuden al Centro de Salud.

Diseñar una propuesta alternativa que permita mejorar los servicios de la salud.

CAPÍTULO I

1. EI TALENTO HUMANO Y LOS SERVICIOS DE SALUD

1.1. Generalidades

Desde la época del Renacimiento en adelante se empezó a tocar el recurso humano como algo importante, procurando dar valor a la persona frente a los diversos recursos de la empresa, sin embargo esta expresión, se vio afectada al tomar en consideración que las personas, igual que cualquier recurso, se los podía sustituir, quitándoles el lugar de indispensables para el trabajo que realizan.

La utilización del término recurso humano no toma en consideración a la persona como el capital principal, con habilidades y características propias que le dan vida y dinamismo a toda organización (Galeon)

Se empezó a dar uso a otra definición, capital humano, con el cual se cambia la idea de que debe invertirse en las personas que forman parte de la empresa; aún así, también se lo puede transferir y negociar, dándole el enfoque mercantilista de confundirlo con mercancía.

Al haber pérdida de equipos o de capital monetario esto se lo puede afrontar a través del seguro u obteniendo un préstamo, pero “para la fuga del talento humano éstas no son las soluciones pertinentes ni adecuadas (Cuesta, Alcaide & López, 2010, p. 49).

El tiempo que implica incorporar, dar capacitación, así como adiestrar al personal que labora en la empresa y que se desee formar equipos o

grupos de trabajo, ha motivado a que las organizaciones empiecen a considerar al talento humano como el activo fijo más importante.

Esto hace que estar al frente del talento humano tenga la predisposición de desarrollar las competencias, habilidades y destrezas de las personas, debido a que creciendo ellas, las organizaciones de igual manera lo harán; ante lo cual tiene que atenderse a más del esfuerzo propio de la actividad humana, también factores como conocimientos, motivaciones, experiencias, entre otros.

Esto conlleva el requerimiento de una dirección apropiada del talento humano, el cual debe tomar decisiones que hagan ver al personal que hay influencia para que haya eficacia y eficiencia por parte del personal que forma parte de las instituciones.

En lo relativo a la gestión del talento humano de la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS) da mérito al recurso humano como un punto clave para lograr los cambios emprendidos por los sistemas de salud de los países, lo cual tiende a cumplir con las necesidades que tiene la ciudadanía.

Frente a problemas que se suscitan en el ámbito del sector salud los mismos que se aprecian en muchos países del mundo, hay un documento denominado *Llamado a la acción de Toronto, el Día Mundial de la Salud (2006) Trabajando por la Salud*, donde se convocó a todos los países forman parte de la OMS para que generen un Plan Decenal de Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud.

Para que haya mejoras en la eficiencia de los servicios de salud deben darse en gran medida la calidad y disponibilidad para cumplir su gestión el talento humano, según estipule la estructura ocupacional sectorial requerida; luego de esto se procede a concentrarse en aquellas ocupaciones específicas, así como en analizar las competencias que deben comprender. Se logró crear herramientas para que se afronten desafíos en consenso con colegios profesionales y las universidades.

1.2. Talento humano

Este es el activo fijo más importante en el funcionamiento de toda organización, sin el talento humano con todo esfuerzo aplicado, la organización no podrá seguir de forma adecuada por la senda del progreso, debido a que tienen no tendrían metas en común que cumplir, con el consiguiente perjuicio para todos que conforman la empresa o compañía.

En el ámbito concreto del centro de salud Andres de Vera es muy común escuchar que los usuarios están descontentos por el trato que se brinda, entre las razones se pueden citar:

Por la ubicación del subcentro de salud, este recibe a pacientes de algunos sectores de Portoviejo, e incluso de algunos cantones como Santa Ana, 24 de Mayo y Olmedo, lo que provoca una sobredemanda, lo cual causa que no se los pueda atender a todos.

La poca capacitación recibida por parte del Ministerio de Relaciones Laborales hacia los funcionarios; lo que se hace en la actualidad es que se

capacita a una persona por área y esta sirve de factor multiplicador o replicador de lo aprendido. Pero es de conocimientos que no todas las personas que son capacitadas replican de igual forma lo aprendido.

Se ha destinado un horario vespertino para la capacitación, debido a que se disminuyó el rubro destinado para estos menesteres, empezando la capacitación a partir de las 14H00 una vez que hayan almorzado. En este año (2013) se asignó para capacitación la cantidad de \$5,000.00 para todo el distrito de Manabí¹.

1.3. Impacto en la gestión

La administración del recurso humano entre sus objetivos tiene: “proporcionar las capacidades humanas requeridas por una organización y desarrollar habilidades y aptitudes del individuo para ser lo más satisfactorio así mismo y a la colectividad en que se desenvuelve”². Para lo cual debe incrementar la potenciación de habilidades y actitudes que beneficien a toda la organización en su conjunto.

Los empleados de las empresas requieren una serie de aptitudes y talentos extras para seguir siendo productivos, que los vuelvan más competitivos. A mayor nivel y calidad de servicio, mayor nivel de competencia de los empleados. Para competir, las empresas necesitan renovar constantemente las aptitudes tanto de los empleados como de la dirección, a través de programas de formación.

¹ Esta información fue proporcionada por la Ing. Mercedes Rivera G. Responsable Unidad de Planificación del Distrito de Salud No. 1 Portoviejo.

² Ventura de Contreras, Silvia jeannette. (2007) Atlantic International University. Honolulu Hawaii. p.5.

“En el sistema empresarial moderno debe primar la destreza y capacidad de acción de los empleados, si no existe un capital humano capaz de innovar y aprender, las empresas fracasarán” (Thompson, 2001, p.114).

1.4. Importancia del talento humano

No hay duda de que muchos trabajadores por lo general están insatisfechos con el empleo actual o con el clima organizacional imperante en un momento determinado y eso se ha convertido en una preocupación para muchos gerentes (Galeon).

En la actualidad los colaboradores de la empresa tienen expectativas diversas sobre el trabajo que desean desempeñar, algunos empleados quieren colaborar en la dirección de sus puestos de trabajo, otros tienen tan pocas habilidades que quienes hacen empresa tienden al rediseño de los puestos de trabajo, ofreciendo una amplia formación antes de ser contratados

1.5. El talento humano y los recursos de salud

Quienes desempeñan su trabajo en el área de salud pública, conocen que es una actividad muy extensa debido a sus características y organización, siendo de interés general, donde el Estado tiene la obligación de que la prestación de salud sea brindada con eficacia, eficiencia, calidad y calidez.

Para que se logre el mejoramiento de la prestación de los servicios públicos, ya que no solo tiene que enfocarse en la oferta, también se debe

evaluar la demanda existente sobre la prestación de servicios, dando garantía hacia los usuarios de que estén informados sobre sus derechos, “estando habilitados para ejercer sus derechos mediante el control de la calidad de los servicios públicos y hacer que el gobierno y el servicio proveedores responsables” (Banco Mundial, 2005).

Cabe citar que es abundante la literatura donde se muestra la relación entre “disponibilidad y calidad del personal sanitario y los resultados en salud de los sistemas de salud (Barnighausen, 2004).

De igual forma, “la eficiencia en el desempeño y sostenibilidad de los sistemas de salud y sus instituciones, son altamente dependientes del recurso humano” (Gilles & Dubois, 2003, p.11).

El Llamado a la Acción de Toronto citó lo siguiente sobre el recurso humano (2005):

1. **Los recursos humanos son la base del sistema de salud:** El desarrollo de los recursos humanos en salud conforma la base social y técnica de los sistemas de salud y de su mejoramiento. La contribución de los trabajadores de la salud es un factor esencial de la capacidad del sistema de salud de asegurar el acceso equitativo a servicios de calidad a toda la población.
2. **Trabajar en salud es un servicio público y una responsabilidad social:** El trabajo en salud es un servicio público y un bien social de gran importancia para el desarrollo humano. Es necesario un equilibrio entre los derechos y responsabilidades sociales de los trabajadores de salud y los derechos sociales y

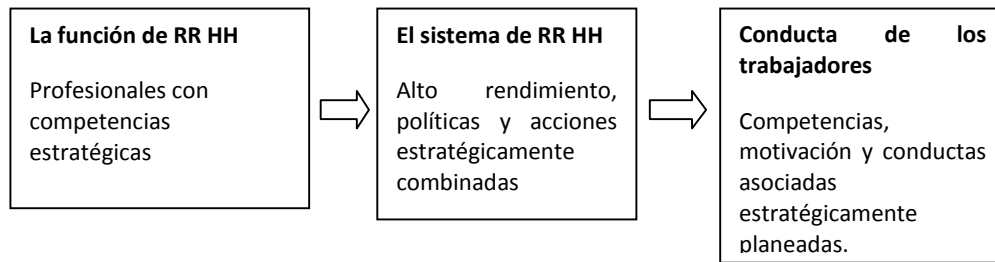
responsabilidades de los ciudadanos que merecen la atención y el derecho a la salud.

3. Los trabajadores de salud son protagonistas de su desarrollo:

El desarrollo de los recursos humanos en salud es un proceso social (no exclusivamente técnico), orientado a mejorar la situación de salud de la población y la equidad social, a través de una fuerza de trabajo bien distribuida, saludable, capacitada y motivada. Este proceso social tiene como uno de sus protagonistas a los trabajadores de la salud.

Para que se cumpla el objetivo sobre la estrategia de los recursos humanos se debe maximizar esfuerzos para contribuir en la consecución de un mismo objetivo. La base del papel esencial de recursos humanos se la encuentra en las tres dimensiones que se citan a continuación:

Arquitectura de Recursos Humanos

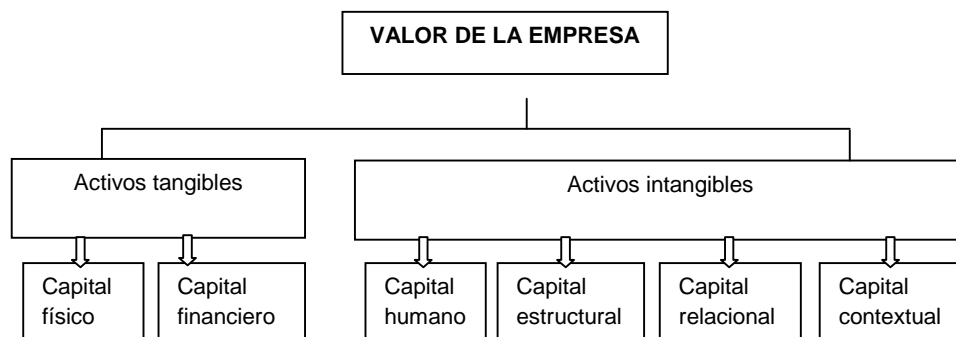


Fuente: www.oms.org

Elaboración: Dra. María Antonieta Murillo

En cuanto a la conducta estratégica de los trabajadores, estas son las competencias, motivación y conductas asociadas estratégicamente planeadas..

Capital tangible e intangible de una empresa.

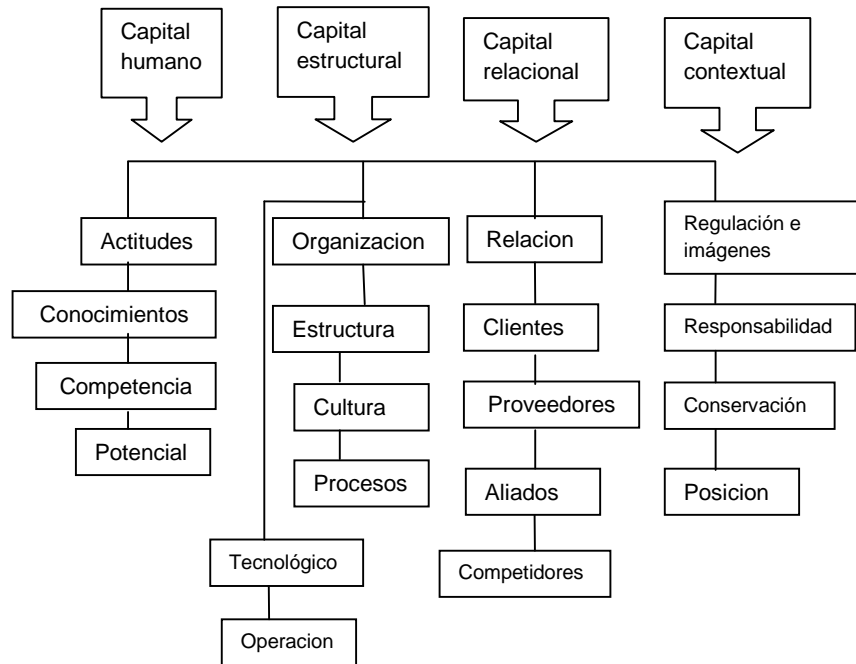


Fuente: <http://www.bibliociencias.cu>

Elaboración: Dra. María Antonieta Murillo

La determinación del valor de los activos intangibles, constituye un concepto basado en el hecho de que un buen bien intelectual alcanza su íntegro valor de mercado, solamente cuando es capaz de contribuir con las ganancias de dicho negocio, y cuando dichas ganancias puedan proveer una tasa de retorno razonable.

Activos intangibles. Viene a ser el stock de productos innovadores, el talento de los colaboradores, sin dejar de lado la confianza que los proveedores tienen en la empresa, entre otros.



Fuente: <http://www.bibliociencias.cu>
 Elaboración: Dra. María Antonieta Murillo

Los activos intangibles están conformados por el capital humano, el capital estructural, capital relacional y capital intelectual, donde cada uno está relacionado con otro, sin estos no podrían funcionar de forma adecuada.

1.6. Usuarios de los servicios

La Constitución de la República del Ecuador aprobada en Montecristi en 2008, en los artículos correspondientes garantiza a la ciudadanía la cobertura universal de salud:

Art. 3.- Son deberes primordiales del Estado:

1. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud.

Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.

Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

2. La gratuidad de los servicios de salud materna.

3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.

Art. 46.- El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes:

1. Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos.

Art. 66.- Se reconoce y garantizará a las personas:

2. El derecho a una vida digna, que asegure la salud...

Otro avance significativo en salud, es que a través del bono de desarrollo humano se ha logrado ampliar la cobertura de salud a estas personas, a través de prestadores de servicios privados, en todas las especialidades médicas. Esto hizo que miles de personas puedan mejorar su calidad de vida, ya que se estaba actuando en base a aspectos preventivos y no curativos, esto fue aceptado de muy buena forma por parte de la población.

En el caso de los usuarios de los servicios que asisten al Subcentro de Salud Andrés de Vera anteriormente llamado Liga Ecuatoriana Antituberculosa, son en su mayoría personas de extracción baja, proveniente de la parroquia Andrés de Vera, de otras parroquias del cantón y de los cantones colindantes con Portoviejo. Quienes por su condición económica no pueden acceder a médicos particulares, teniendo como única opción los servicios de salud que brinda el Estado, a través de los hospitales, centros y subcentros de salud. Facilitándose llegar hasta el Centro de Salud 24 Horas Andrés de Vera (ver estadísticas en apéndice D).

CAPÍTULO II

2. LOS SISTEMAS DE SALUD Y SU ALCANCE

2.1. Análisis del sistema actual de salud

El 16 de junio de 1967, la Asamblea Nacional Constituyente creó el Ministerio de Salud Pública que se encargaría de “Atender las ramas de sanidad, asistencia social y demás que se relacionan con la salud en general”³. Con tal objeto emitió el Decreto N° 84, para cuyo cumplimiento el Ministerio de Previsión Social y Trabajo designó una comisión presidida por el titular de la Subsecretaría de ese entonces, para elaborar el Reglamento organizativo. La Comisión utilizó todos los informes que existían sobre el sector salud y trató de acondicionar una estructura y un reglamento que permitan al nuevo Ministerio iniciar sus actividades en la vida político-administrativa del país (Hospital General Teofilo Dávila).

El resultado de este trabajo fue entregado a la Presidencia de la República, con la debida oportunidad y que fue sancionado mediante Resolución 684-A, del 26 de junio de 1967. En la estructura del Ministerio se consideraron tres niveles básicos: Directivo, Operativo y Asesor (Hospital General Teofilo Dávila).

A partir de esa fecha se han sucedido una serie de acontecimientos con el propósito de darle mayor estructura orgánica al nuevo Ministerio, de los cuales señalamos como los más notables, la Integración de las Juntas de

³ Ministerio de Salud celebra sus 45 años con obras. <https://instituciones.msp.gob.ec/.../index.php?>.

Asistencia Social al país a la estructura orgánico funcional del Ministerio (abril de 1972)⁴ (Hospital General Teofilo Dávila).

Igual que la Liga Ecuatoriana Antituberculosa (L.E.A.) y la creación de la Subsecretaría de Saneamiento Ambiental, con la adscripción del Instituto Ecuatoriano de Obras Sanitarias (IEOS) en 1975. El principio fundamental de la nueva organización fue: Centralización Normativa y Descentralización Ejecutiva. El Ministerio de Salud Pública se constituyó por consiguiente, en el organismo que en representación de la Función Ejecutiva, formularía y ejecutará la política integral de salud del país⁵ (Hospital General Teofilo Dávila).

Desde entonces, se creó el Sector Salud formado por un conjunto de entidades, organismos e instituciones públicas y privadas, que realizan acciones de salud, tanto como producen servicios, formados de capital social básico o como colaboradores de las autoridades nacionales de salud. El Sector Salud quedó de esta manera integrado sobre la base del Subsector Público y del Subsector Privado, el primero formado por: Gobierno, entidades descentralizadas y Seguro Social; el segundo por el Subsector Privado organizado con fines de lucro en otros, por el Subsector Liberal⁶ (Hospital General Teofilo Dávila).

El organismo rector del sector es el Ministerio de Salud Pública, que fue creado respondiendo a uno de los objetivos del Plan General de Desarrollo, de tal manera que le corresponden actividades de dirección,

⁴ Ministerio de Salud 'Pública. Tomado del portal electrónico www.msp.gob.ec

⁵ Ministerio de Salud 'Pública. Tomado del portal electrónico www.msp.gob.ec

⁶ Ministerio de Salud 'Pública. Tomado del portal electrónico www.msp.gob.ec

coordinación, evaluación, fijación y ejecución de esas políticas en el sector salud (Ministerio de Salud Pública, 2010). Al recordar la creación del Ministerio de Salud, es importante aportar algunos elementos históricos de juicio para reflexionar sobre la situación actual de la salud pública y de la atención y enseñanza médicas nacionales (Hospital General Teofilo Dávila).

Para 1998 pese a los esfuerzos institucionales, los indicadores de salud aún reflejan una situación y calidad de vida deficientes; así, la tasa de mortalidad infantil se ubica en 44 por mil nacidos vivos, que es 250% más alta que la de Chile; con una distribución del riesgo para enfermar y morir, más alto en zonas urbano-marginales y rurales, en especial aquellas con alta concentración de población indígena (Hospital General Teofilo Dávila).

Desde la década de los 80 del siglo pasado, el perfil epidemiológico experimenta un notable incremento de patologías (crónico degenerativas, cardio y cerebro vasculares, violencia, accidentes, cáncer, etc.) asociado a un limitado acceso al saneamiento básico, así como a una severa crisis en la cobertura y calidad de los servicios de salud⁷ (Hospital General Teofilo Dávila).

Sin embargo, cabe destacar algunos logros alcanzados por el Ministerio de Salud desde su creación: durante el 5to. Velasquismo (1968-1972) se destaca la expedición del Código de Salud para regular las acciones de control sanitario y la implementación del Plan Nacional de Salud Rural. Se erradica la viruela. En la dictadura de Guillermo Rodríguez Lara (1972-1976) se incrementa la oferta de servicios estatales de salud

⁷ Ministerio de Salud 'Pública. Tomado del portal electrónico www.msp.gob.ec

(expansión de cobertura) que continúa durante el Triunvirato Militar (1976-1979) con la construcción generalizada de unidades de baja y mediana complejidad a nivel nacional, así como de infraestructura sanitaria. En este último período se establece el primer programa de capacitación de Colaboradoras Voluntarias Rurales (Crespo, 2009 : Hospital General Teofilo Dávila).

En la etapa de retorno a la democracia con el abogado Jaime Roldós Aguilera (1979-1981) y el Dr. Oswaldo Hurtado (1981-1984) se establece la gratuidad de los servicios estatales de salud y se crea la Subsecretaría de Salud de la Región II en Guayaquil, así como el Consejo Nacional de Salud (CONASA). Fueron Capacitados 400 Promotores de Salud y se desencadena un incremento incontrolado de la burocracia. Durante el gobierno del ingeniero León Febres Cordero (1984-1988) se reorganiza la administración del Ministerio de Salud Pública, se fortalece al Instituto Ecuatoriano de Obras Sanitarias y la infraestructura hospitalaria. Destaca el Programa de Reducción de la Morbi-Mortalidad Infantil (PREMI) a cargo de Instituto Nacional del Niño y la Familia INNFA (Hospital General Teofilo Dávila).

Se crea el Centro Estatal de Medicamentos e Insumos Médicos (CEMEIM) para bóticas y medicamentos populares y su gratuidad para niños. La socialdemocracia de Borja Cevallos (1988-1992) reestructura el Plan Nacional de Salud orientado al fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud (APS), los Sistemas Locales de Salud (SILOS), la Regionalización y la Descentralización de los Servicios (Hospital General Teofilo Dávila).

Se enfrenta y combate eficientemente la primera epidemia nacional de cólera, por iniciativa de la representación de Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, se propone crear un Sistema Nacional de Salud fortaleciendo al Consejo Nacional de Salud. El Banco Mundial aprueba el financiamiento del Proyecto *Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador* (FASBASE) (Hospital General Teófilo Dávila).

Durante el gobierno del arquitecto Sixto Durán Ballén 1992-1996, por falta de recursos, los servicios primarios se deterioran y se propone buscar apoyo privado. Se materializa el Proyecto FASBASE, y el de Micronutrientes para la corrección del déficit alimenticio. El CONASA elabora un plan para reformar el Sector Salud. El corto período del abogado Abdalá Bucarám (1996-1997) no logra plasmar acciones concretas en salud. Durante el interinazgo de Fabián Alarcón (1997-1998) la Cartera de Salud enfrenta y resuelve serios conflictos laborales y fortalece su rectoría apoyando la Reforma del Sector y la propuesta de crear un Sistema Nacional de Salud desde el CONASA (Hospital General Teófilo Dávila).

Durante el último período de Jamil Mahuad (1998-2000) y del Dr. Gustavo Noboa, el Ministerio asume las nuevas disposiciones de la Constitución de la República del Ecuador (ver apéndice A) vigente: solidificar el proceso de Reforma del Sector Salud, elaborando una bien estructurada propuesta de Ley del Sistema Nacional de Salud, que fue enviada inicialmente al Ejecutivo discutida en primer debate por el Congreso Nacional y luego aprobada (Hospital General Teófilo Dávila).

En el caso de la actual administración del presidente Rafael Correa Delgado, se proceden a citar algunos de los ejes en los que el Ministerio de Salud Pública se ha destacado:

1. La construcción, remodelación y ampliación emergente de la infraestructura física de hospitales y centros de salud a nivel nacional.
2. Hasta el 2012, se ha intervenido en 212 unidades y para el 2016 se tiene previsto edificar 60 nuevos hospitales en todo el territorio. Por primera vez, se hace una planificación territorial de la infraestructura en función de las características geográficas y demográficas, de un análisis de oferta y demanda, con participación social y tomando en cuenta que se garantice que la ciudadanía cuente con una unidad de atención máximo a una hora de distancia. Así mismo se ha equipado a las casas de salud con tecnología de punta.
3. La ampliación de la jornada laboral de los profesionales públicos de la salud, a 8 horas diarias y el aumento en las remuneraciones, un plan estratégico para dotar al país de profesionales especializados, a través de un programa de formación continua con becas para postgrados; así como la captación hasta el momento de 596 profesionales emigrados que han retornado a prestar sus servicios en el sistema.
4. 100% de avance en la vacunación de niños menores de un año; 95% de avance en la vacunación de niños de 1 a 11 años, 80% vacunación a mujeres embarazadas y varias campañas de vacunación que han logrado reducir el 35% de la mortalidad por diarrea y notablemente el número de hospitalizaciones.

5. La tasa de desnutrición crónica se redujo en 3,2% del 2006 al 2010 y se ha reducido la incidencia de varias enfermedades producidas por vectores como el dengue.
6. Entre las actividades de prevención están: programas de tamizaje neonatal que diagnostica precozmente la aparición de enfermedades genéticas; programas de nutrición infantil, de espacios libres de humo de tabaco y de fomento a la lactancia materna y planificación familiar; toda la ciudadanía tiene acceso gratuito a asesoría en salud sexual y reproductiva en todas las unidades operativas a nivel nacional, gracias a la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar (ENIPLA).
7. La aplicación del Sistema de Referencia y Contra Referencia como parte del nuevo Modelo de Atención Integral de Salud, ha permitido descongestionar la atención en los servicios y se evidenció en 2012, un notable incremento en el total de casos atendidos en el primer nivel de atención que comprende centros de salud, unidades móviles y hospitales básicos. Así de 28.875.044 de casos atendidos en 2011 aumentó a 34.322.990 en 2012; es decir 5.447.946 de casos incrementados en el mismo período.
8. Gracias al trabajo del Instituto Nacional de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células el 94% de ecuatorianos mantienen su condición de donante y 1.763 trasplantes han sido realizados en el Gobierno actual (www.salud.gob.ec 2013).

2.2. Políticas que se han implementado

En el caso de salud y basándose en la matriz de riesgos y vulnerabilidad en salud se han construido otros índices para establecer parroquias en las que el riesgo, vulnerabilidad y exclusión social en salud es mayor. La salud es un producto social determinado no solamente por la acción de los servicios de salud, por lo tanto, las fuentes de riesgo que producen vulnerabilidad son múltiples, uno de esos riesgos es la exclusión (falta de acceso a servicios de salud); el reto de construir un perfil que identifique adecuadamente esta complejidad ha hecho que se utilice tanto indicadores de variables únicas como la correlación de varias variables; esta construcción es un desafío metodológico (Ministerio de Salud Pública, 2002, p. 62)

Con la información disponible se ha construido un *índice integrado* para establecer riesgo social en salud (riesgos, vulnerabilidad y exclusión), a través de la integración de algunos de las variables identificadas, en función de dar salida operativa a la matriz de riesgos y vulnerabilidad en salud elaborada en las discusiones con el grupo consultivo del proyecto (Ministerio de Salud Pública, 2002, p.63).

Este Índice Integrado está constituido por:

1. Porcentaje de pobreza (no se toma en cuenta la extrema pobreza).
2. Índices de exclusión.- Son: El índice multivariado de educación (IME) y el índice multivariado de oferta en salud (IOS). El primero es una medida que

resume las diversas dimensiones del proceso educativo, estimada mediante el método estadístico de componentes principales, una técnica que transforma un conjunto de variables en una nueva medida que representa la mayoría de la información contenida en el grupo original (Villacrés 2002). Se estima para cada cantón del país a base de los siguientes indicadores: Porcentaje de mayores de 15 años que saben leer y escribir (alfabetos) (v. Analfabetismo); Promedio de años de escolaridad general de mayores de 24 años (v. Escolaridad general); Porcentaje de mayores de 24 años que tiene uno o más años de instrucción superior (v. Instrucción superior); Porcentaje de niños/as de 6 a 11 años matriculados en establecimientos de enseñanza; Porcentaje de niños/as de 12 a 17 años matriculados en establecimientos de educación; y Porcentaje de personas de 18 a 24 años matriculadas en centros docentes (Ministerio de Salud Pública, 2002, p.p. 64 - 65).

El segundo es una medida que resume las diversas dimensiones de la oferta de servicios de salud en las parroquias y cantones del país. Se estima mediante el método estadístico de componentes principales (Villacrés 2002). Se estima a partir de los siguientes indicadores (Ministerio de Salud Pública, 2002, p.p. 64-65): Médicos/as que laboran en establecimientos de salud (tasa por cada 10.000 habitantes) (véase Personal en establecimientos de salud); Personal de salud que labora en establecimientos de salud excluyendo médicos: odontólogos/as, obstetricas, enfermeras/os; auxiliares de enfermería (tasa por cada 10.000 habitantes); y Establecimientos de salud sin internación (tasa por 10.000 habitantes).

3. Índice de vulnerabilidad social (IVS) es una medida compuesta que resume cinco dimensiones de los riesgos o vulnerabilidad de la población de los cantones del país: el analfabetismo de la población adulta, la desnutrición en los niños/as, la pobreza de consumo en los hogares (extrema pobreza), el riesgo de mortalidad de los índice de vulnerabilidad social índice multivariado de educación índice de oferta en salud.

Con todo lo escrito, desde la llegada a la Presidencia de la República del Eco. Rafael Correa, ha habido un cambio en la forma de llevar adelante las políticas públicas en salud, notándose una inversión en hospitales públicos, universalización de la salud, es decir llegar a una mayor cantidad de personas a través de prestadores externos de salud (clínicas y hospitales privados).

2.2.1. Alcance

Los programas del Ministerio de Salud Pública están enfocados en el apoyo social de la población ecuatoriana, estando siempre al servicio de la comunidad y de las personas más vulnerables. Se realizan un conjunto de acciones implementadas por un gobierno con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de la población.

De esta forma, las autoridades promueven campañas de prevención y garantizan el acceso democrático y masivo a los centros de atención. Un programa de salud consta de diversas partes, en principio, se plantea una introducción, con los antecedentes y la misión que cumplirá el programa (Flores, 2011).

Después se realiza un diagnóstico de la situación actual, que puede incluir una síntesis de evaluación de planes similares que se hayan desarrollado con anterioridad. Tras el diagnóstico, se presenta el plan (con la programación de actividades) y, en ocasiones, también se detallan las conclusiones respecto a los resultados que se esperan conseguir. Por lo tanto, el programa de salud es un instrumento para operacionalizar las políticas de salud a través de la planeación, ejecución y evaluación de acciones de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud (Definicion.de).

2.3 Plan Estratégico del Ministerio de Salud Pública

El Plan Estratégico del Ministerio de Salud Pública contempla los siguientes elementos fundamental (Viteri, 2007):

1. Sistema Nacional de Aseguramiento Universal de Salud

- Dar cobertura al 45% de la población, es decir 1'350.000 beneficiarios ubicados e identificados en las 200 parroquias más pobres, y que se beneficiarán en forma subsidiada del Aseguramiento Universal de Salud hasta diciembre del año 2006.
- Incrementar la cobertura hasta el 88% de la población hasta el año 2010, e incorporar paulatinamente los demás quintiles, hasta lograr la universalidad en el año 2015.
- Fomentar la sostenibilidad del proceso financiero del Programa.

- A través de los recursos CEREPS se priorizará una serie de proyectos destinados a mejorar la infraestructura física de los servicios de salud del MSP.
- Incorporar suficientes profesionales de la salud y personal auxiliar, a fin de cubrir el déficit de estos recursos humano, especialmente en aquellas Unidades Operativas de atención primaria y rural.
- Mantener una coordinación directa con la Secretaría de Desarrollo de los Objetivos del Milenio (SODEM) y mejorar los niveles de cooperación con Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional, Ministerio de Economía y Finanzas y las Instituciones de Salud del sector privado; todo ello enmarcado bajo la normatividad del Ministerio de Salud Pública y la política de la Presidencia de la República del Ecuador.
- Ser integrante activo de los Consejos del AUS, por ser el que norma, participa y el mayor proveedor de servicios de salud del sistema.

2. Ampliación del Sistema Integrado de la Red Nacional de Asistencia a Emergencias Médicas (SIREM)

- Rescatar a través de las Unidades Móviles y de los procesos establecidos con el SIREM, el sistema ambulatorio de atención de emergencias, en todas las áreas urbanas y rurales del país.

- Integrar unidades móviles con tecnología de punta y personal capacitado, con el fin de brindar una atención en el sitio de la emergencia, y durante su traslado a una unidad médica.
- Realizar los convenios necesarios con las redes de emergencias médicas ya establecidas en el país.

3. Fortalecer la Rectoría del Ministerio de Salud Pública

- Se impulsarán las gestiones pendientes a lograr la aprobación del “Nuevo Código de la Salud”, el cual enfoca y actualiza las normas para cada uno de los grandes capítulos relacionados con la Salud Pública, de las personas y de los riesgos por el ambiente.
- Se propenderá a establecer un Sistema único de información en Salud, que permita disponer de una información confiable y oportuna para la toma de decisiones. El programa del Aseguramiento Universal de Salud contempla módulos informáticos de sistemas estadísticos que reforzarán el conocimiento nacional sobre los indicadores de salud.
- Consolidar y fortalecer el Consejo Nacional de Salud, CONASA y sus comisiones técnicas, con el liderazgo de la Autoridad Sanitaria dentro del marco normativo establecido por el Ministerio de Salud Pública.

4. Reforzamiento de los programas prioritarios de salud

- Anticipar los procesos de atención a los programas de control de enfermedades de alto riesgo epidemiológico y de inmunizaciones, con el fin de iniciar oportunamente la ejecución de los mismos.
- Ampliar las coberturas en inmunizaciones y promocionar la salud ambiental, enfocada especialmente a la vigilancia de la calidad del agua y de los factores ambientales determinantes.
- Reforzar la vigilancia epidemiológica y los programas de promoción y prevención en todos los niveles con especial énfasis en aquellas zonas amenazadas por las estaciones invernales, fenómenos naturales o con riesgos de epidemias como dengue, malaria, influenza aviar, rabia, leishmaniasis y oncocercosis.
- Apoyar todas las actividades relacionadas con el control de VIH-SIDA con miras a cumplir con los Objetivos y Metas del Milenio.
- Impulsar y liderar las campañas contra el consumo de cigarrillos.
- Apoyar las estrategias de detección oportuna de pacientes resistentes a la medicación antituberculosa en la mayoría de las provincias.
- Reforzar los programas de prevención de enfermedades crónicas no transmisibles con énfasis en los problemas relacionados con la dieta alimenticia (diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad).

- Apoyar la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita continuando con el pago por las prestaciones brindadas tanto en las Unidades del MSP, como en aquellas que han realizado convenios de gestión y fomentar la participación de los Comités de Gestión Local.

5. Programas de alimentación y nutrición

- Liderar el Sistema Integrado de Alimentación y Nutrición (SIAN) con énfasis en los grupos de embarazadas, madres en período de lactancia y niños.
- Reforzar el Programa PANN 2000 para la entrega de alimentos complementarios “Mi papilla” y “Mi bebida” y micronutrientes como hierro, ácido fólico y vitamina A.
- Optimizar las campañas nacionales de fomento del programa de Lactancia Materna.

6. Programa de medicamentos

- Implementar a nivel nacional un Registro Único de Proveedores para todas las instituciones de salud con capacidad de comercialización y distribución en todo el país.
- Optimizar los procesos de adquisición de medicamentos genéricos a través de subastas de precios, para la provisión directa a las Unidades Operativas.

- Establecer un Sistema de Control permanente de la calidad posregistro de los medicamentos, de los establecimientos de comercialización y la distribución ilegal de fármacos.

7. Obra pública

- Desarrollo de proyectos nuevos y de arrastre para la readecuación y equipamiento de 600 Subcentros de Salud en las áreas más deprimidas y desposeídas del país.
- Finalización de más de 70 obras sanitarias.
- Atención a la construcción de obras nuevas (hospitales o centros de salud), siempre enmarcados en el esquema de cobertura y provisión de servicios para el Aseguramiento Universal de Salud.

8. Financiamiento

- Plantear para el año 2007 un presupuesto con financiamiento regular y con un incremento que sirva para satisfacer las necesidades del Sector Salud.
- Buscar los mecanismos idóneos para incrementar la captación de recursos de manera prioritaria los no reembolsables, y así lograr la ejecución de varios programas de salud.

9. Político administrativo

- Mantener una relación de diálogo positivo con los diferentes gremios del sector, que permitan una fluidez de los servicios.
- Fomentar procesos de desconcentración hacia las diferentes Direcciones Provinciales de Salud del Sistema del Ministerio de Salud Pública.
- Dimensionar adecuadamente la estructura del Ministerio de Salud Pública.

10. Cooperación nacional e internacional

- El Ministerio de Salud Pública fortalecerá su gestión mediante una coordinación adecuada con las agencias de Cooperación de las Naciones Unidas, Banco Mundial, Comunidad Económica Europea y otros cooperantes nacionales e internacionales que apoyen proyectos de salud.

2.4 Programa de Aseguramiento Universal de Salud

El Programa de Aseguramiento Universal de Salud, (AUS), fue creado por el Presidente de la República, Dr. Alfredo Palacio, mediante Decreto Ejecutivo No. 1832, del 5 de septiembre, con el objetivo de proporcionar protección financiera para el acceso efectivo a un Plan de Beneficios de Salud a las personas registradas en los quintiles 1 y 2 de la base del Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales, de la

Secretaría Técnica del Frente Social. El Aseguramiento Universal de Salud propone articular un sistema nacional de aseguramiento interrelacionando a las instituciones aseguradoras públicas y privadas; brindando atención a la población más vulnerable del país (Viteri, 2007).

Este programa permitirá acceder a los centros de salud de los diferentes proveedores públicos y privados debidamente calificados y contratados por la Secretaría Nacional de los Objetivos del Milenio. Los proveedores podrán ser del Ministerio de Salud Pública, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Fuerzas Armadas, Policía Nacional, unidades de salud de gobiernos seccionales y organizaciones privadas con y sin fines de lucro, en donde el afiliado y su grupo familiar podrán recibir atención médica gratuita. El Programa de Aseguramiento Universal de Salud impulsará la promoción de la salud, atención preventiva, curativa y de rehabilitación. Se atenderá a la comunidad, mediante visitas al hogar o en centros de salud, hospitales generales y especializados (Viteri, 2007).

Este sistema de aseguramiento es considerado por el Gobierno Nacional como una Política de Estado de corto, mediano y largo plazo, a través de la cobertura gradual, el Programa de Aseguramiento de Salud se financia con parte del Presupuesto Fiscal, con un monto de 15 millones de dólares para el pago de prestaciones de salud y aportes para los sistemas de soporte del Aseguramiento Universal de Salud con crédito del Banco Mundial por 90 millones de dólares. Negociándose financiamientos con el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento BIRF de hasta 90 millones de dólares (Viteri, 2007).

Igual con el Banco Interamericano de Desarrollo y la Corporación Andina de Fomento. El principal impacto del Aseguramiento Universal de Salud es que a mediano y largo plazo se espera realizar la cobertura universal de manera progresiva, es decir 100% de beneficiarios, alcanzando las metas del milenio en cuanto a acceso a salud y disminución de la pobreza, esto significa: disminuir la mortalidad infantil y materna, debido a que mejorará la accesibilidad económica a los servicios de salud y la calidad de la atención (Viteri, 2007).

2.5. Programas prioritarios: sector salud

Vásconez, Córdoba y Muñoz señalan que a partir del año 2000, con el diseño del Plan Social de Emergencia, se definieron programas sociales prioritarios para enfrentar los desequilibrios sociales que surgieron a causa de la crisis económica-financiera de finales de los años noventa. Del plan social de emergencia se ejecutaron algunas acciones especialmente aquellas que ya estaban en marcha y se identificaron como programas prioritarios 22 proyectos que cubren los sectores de: educación, salud, bienestar social y vivienda.

A continuación se presentan los programas prioritarios administrados por el Ministerio de Salud Pública, con información correspondiente al año 2004 (Viteri, 2007):

1. Control de Malaria y Dengue

El objetivo primordial del programa fue reducir los impactos de malaria y dengue en la salud de la población, mediante la

disminución de la morbilidad malárica, porcentaje de infecciones de *Plasmodium falciparum*, índices de infestación del mosquito *Aedes aegyptis* en las áreas consideradas de riesgo potencial; asimismo, lograr la participación interinstitucional e intersectorial y de la comunidad en la adopción y ejecución de medidas de prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores.

Para atender a su población objetivo constituida por 6,800,000 personas ubicadas en áreas de riesgo en provincias de la Costa, valles subtropicales de provincias andinas y provincias del oriente, el programa definió medidas preventivas con la participación comunitaria e interinstitucional, y al final del año se sumaron a esta iniciativa municipios, centros educativos, Organización No Gubernamentales y áreas de salud .

2. Tuberculosis

El programa tuvo por objetivo reducir los impactos de la tuberculosis en la salud de la población, a través de campañas de inmunización y posterior tratamiento a los pacientes enfermos. Se planteó como meta en el 2004 tratar a 8.500 pacientes; a diciembre de ese año se atendió a 6.500 personas.

3. Programa Integrado de Micronutrientes

El objetivo imperativo fue contribuir a reducir las deficiencias de hierro, vitamina A y ácido fólico en niños menores de 1 año y mujeres embarazadas. Mantener bajo control epidemiológico la deficiencia de yodo de la población ecuatoriana.

La meta del 2004 fue atender a 245,677 niños y niñas menores de 1 año, y 183,657 mujeres embarazadas. A septiembre 2004, fueron suplementados 45,000 niños y niñas con sulfato ferroso, y 92,000 mujeres embarazadas con sulfato ferroso y ácido fólico.

4. Programa de Maternidad Gratuita/Cuidado Materno Infantil

El objetivo fue contribuir a la reducción de las tasas de morbimortalidad materna e infantil para mejorar el bienestar y calidad de vida de la población.

5. Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

El objetivo fue disminuir las tasas de morbimortalidad por enfermedades inmunoprevenibles en la población infantil, así como erradicar el sarampión, poliomielitis y tétanos.

6. Programa de Alimentación y Nutrición (PANN 2000)

El objetivo fue mejorar el estado nutricional de las mujeres embarazadas y madres en período de lactancia y contribuir a prevenir la desnutrición y el retraso en el crecimiento y los daños de malnutrición de niñas y niños menores de 2 años de edad.

La meta anual fue atender a 99.846 niños y niñas y 79.806 mujeres. A diciembre del 2004 se beneficiaron del programa 101.898 niños y niñas y 82.285 mujeres.

7. Medicamentos Genéricos

El Plan Nacional de Medicamentos Genéricos Gratuitos tiene como objetivo garantizar el continuo suministro y accesibilidad de medicamentos esenciales de calidad, eficacia e inocuidad comprobada, a la población de escasos recursos económicos, a través de las Unidades Operativas del Ministerio de Salud.

Su meta es garantizar la accesibilidad a 1,500,000 usuarios a un grupo de medicamentos esenciales, para atender las primeras causas de morbimortalidad en el país.

8. Unidades Móviles de Salud

El programa desarrolló una red de unidades móviles de salud para niños y niñas escolares de sectores rurales ampliando la cobertura del Ministerio de Salud Pública.

La meta anual fue brindar atención integral en salud, odontología y salud mental a 400,000 escolares y población de las comunidades con elevados niveles de pobreza. Hasta septiembre del 2004 se atendieron 333,250 personas, de los cuales 236,759 fueron niños y niñas escolares de los sectores rurales y urbano-marginales, y 96,491 personas menores de 5 años y adultos mayores de 65 años.

9. Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/SIDA

El programa tuvo como objetivo fundamental disminuir la incidencia y prevalencia de la pandemia y el impacto social de la infección por VIH/SIDA.

2.6. Cobertura

La Protección Social se refiere a la garantía de parte de los poderes públicos para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus demandas sociales, obteniendo acceso a los servicios en forma oportuna y de una manera adecuada a través de alguno(s) de los subsistemas existentes. En salud estaría relacionado a la demanda (problemas y riesgos) de salud y a la respuesta en términos de acceso, oportunidad y calidad (MSP, 2002).

Todas las definiciones incluyen al menos tres dimensiones (MSP, 2002): Vulnerabilidad y riesgo; Niveles (absolutos) de privación considerada inaceptable; Por medio de una forma de respuesta la cual tiene un carácter social y público

El campo de la protección social tiene dos campos de acción que son convencionalmente distinguidos (MSP, 2002):

1. **Asistencia Social.** Es definido como beneficios en efectivo o en especies que es financiado por el estado y que es mayormente provisto sobre la base de un promedio o el ingreso. El concepto

también incluye esquema de beneficio universal que son basados en impuestos pero no se usa valores promedio.

2. **Seguro Social.** Es la seguridad social que es financiada por contribuciones y que es basada en el principio de aseguramiento. La esencia del seguro es entendido aquí como la eliminación del riesgo incierto de pérdida para el individuo, la familia por la combinación de un amplio número de exposiciones similares individuales o colectivas dentro de un financiamiento común que hace beneficioso la pérdida causada por cualquier otro miembro (Van Ginneken, 1999).

Estas dos definiciones anteriores se han complementado o articulado, sobre todo porque el enfoque de protección social contribuye al bienestar económico en tres ejes (MSP, 2002):

- Incrementando la seguridad; ayudando a los hogares y comunidades a sostener sus medios de vida frente a shocks económicos, políticos, ambientales, de salud y otros, de igual manera, reducir la probabilidad de que estos shocks ocurran.
- Contribuyendo a la igualdad, a través de a) promover niveles de medios de vida que aseguren el incremento de igualdad de oportunidades, permitiendo a todos los hogares para lograr educación básica para sus hijos, tanto como estándares de salud y nutrición necesarios para el desarrollo humano y b) elevar los niveles de consumo y medios de vida para los más pobres; y
- Promoviendo el crecimiento a través de a) asegurar que todos los hogares tengan los recursos para proveer un desarrollo humano

básico que asegure una fuerza productiva especializada, b) reforzando los valores de solidaridad social y por su medio contribuir a la cohesión social necesaria para un desarrollo económico de largo plazo y c) proveyendo un ambiente en el que los individuos y hogares sean capaces de adaptarse a los cambios de las estrategias en los medios de vida sin temor de calamidad o de fracaso.

Debido a lo anterior y ante la necesidad de que las sociedades modernas hagan esfuerzos por mejorar la Protección Social no solo las condiciones sociales mínimas de las personas en tiempos normales y de crisis, se desarrolla una nueva definición y un marco conceptual llamado *Manejo Social del Riesgo* (MSR) el mismo que debiera permitir un mejor diseño de Programas de Protección Social. De esta forma, se entendería como intervenciones públicas para asistir a las personas, hogares y comunidades a mejorar su manejo de riesgo y a proporcionar apoyo a quienes se encuentran en extrema pobreza (MSP, 2002).

En salud, es importante definir la necesidad definir el significado de MSR y la exclusión como categorías complementarias y no excluyentes, debido a que la salud es producto de determinantes tanto macro como micro, por lo tanto, en salud es necesario definir una estrategia integral de Expansión de la Protección Social en Salud que se base en el conjunto de riesgos que la población tiene para enfermar y morir o para alentar una vida más saludable, entre ellos la exclusión (MSP, 2002).

La exclusión de la protección social en salud se entiende como la imposibilidad de que un individuo de obtener acceso por medio de uno o varios subsistemas o servicios de salud en una forma adecuada. Esta exclusión puede ser de tres tipos (MSP, 2002): Generada por las características de la oferta de servicios de salud; autoexclusión; y la calidad de los servicios de salud.

Esta falta de acceso incrementa sus riesgos y vulnerabilidad por lo tanto se convierten en un riesgo más, es decir en un factor de mayor vulnerabilidad social. La exclusión es importante porque plantea los siguientes problemas (MSP, 2002): Genera inequidad; Produce y agrava problemas de salud; Induce regresividad del sistema económico; Genera una mala asignación de recursos en el sistema; Le resta competitividad y capacidad productiva a los países.

Otro elemento clave es la relación entre pobreza y exclusión, aunque existe asociación entre estos dos conceptos no son sinónimos, hay pobres con acceso y no pobres que son excluidos como el caso de falta de acceso por razones geográficas. Por esta razón, es necesario ampliar las fuentes de riesgo; en el caso de la pobreza, esta tiene relación con la vulnerabilidad pero al mismo tiempo con el poco acceso a instrumentos adecuados del manejo del riesgo (MSP, 2002).

En el Ecuador, a través del sistema único de salud los principios están dirigidos a lograr la satisfacción de los pacientes y familiares. La calidad de atención está determinada por la percepción de las y los usuarios que

reciben atención en el Centro de Salud de Andrés de Vera, siendo la calidad de atención el logro de los resultados deseados en la salud de los individuos y población en general. Referendos a la propia definición de salud y a las influencias del paciente, familia y sistema de salud (Trincado & Caballero, 1995).

La atención de salud es un proceso social, educativo y político que incrementa la conciencia pública sobre la salud, promoviendo estilos de vida saludables, brindando la oportunidad de empoderamiento a la gente para que ejerza sus derechos y responsabilidades en la formación de ambientes, sistemas y políticas favorables a su salud y bienestar (Trincado & Caballero, 1995).

Como antecedentes sobre la calidad de los servicios de salud, el Doctor William Rodríguez Uribe, cita que se remontan al siglo pasado, cuando se registran los primeros esfuerzos documentados para evaluar la calidad de la atención proporcionada durante la Guerra de Crimea, siendo el más reconocido el registro de mortalidad de los hospitales en campaña elaborados por Florence Nightingale (Trincado & Caballero, 1995).

En el Ecuador, a partir de la creación del Sistema Único de Salud, los principios que sustentan al mismo están dirigidos a lograr la satisfacción de los pacientes y familiares, por lo que ha sido una tarea sistemática el control de la calidad de los servicios, lo que a su vez ha permitido los cambios (Trincado & Caballero, 1995).

Por tal motivo, se considera de interés revisar los aspectos relacionados con la calidad y su control, dada la vigencia actual de los conocimientos de Enfermería, para continuar dando cumplimiento a los propósitos, metas y directrices del Sistema de Salud y de esta manera brindar una mejor atención al usuario que asiste a esta unidad (Vargas, 2010).

CAPÍTULO III

3. CENTRO MÉDICO LEA Y LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ECUADOR

3.1. Centros de salud en Portoviejo

Portoviejo tiene 16 parroquias, de las cuales 7 son rurales y 9 urbanas.

Parroquias Urbanas:

1. Picoazá
2. Colón
3. Portoviejo
4. 12 de Marzo
5. 18 de Octubre
6. Andrés de Vera
7. Francisco Pacheco
8. San Pablo
9. Simón Bolívar

Parroquias Rurales:

1. Rio Chico
2. Calderón

3. San Plácido
4. Pueblo Nuevo
5. Crucita
6. Alajuela
7. Chirijos

Con respecto a la cobertura de los servicios de salud, existen centros de salud en todas las parroquias del cantón, con las limitaciones del caso, siendo el Centro de Salud 24 Horas de la parroquia Andrés de Vera el que presenta mejores condiciones para cubrir los servicios médicos por los cuales llegan los usuarios externos.

3.2. Los servicios de salud en la parroquia Andrés de Vera

3.2.1. Datos de la parroquia Andrés de Vera

La parroquia Andrés de Vera posee una extensión territorial de 26 kilómetros cuadrados, se encuentra ubicado al noroeste del cantón Portoviejo, es una zona urbana del cantón Portoviejo. Tiene una población de 66 279 habitantes, 32 010 hombres y 34, 269 mujeres según el último censo poblacional Instituto Nacional de Estadísticas y Censos 2012. Su asentamiento empieza en el año 1885 con el nombre de San José, cuando el Obispo Dr. Pedro Schumacher adquiere los terrenos para la edificación del Seminario San José, hogar de numerosos curas que administraban una escuela propia, y en los que se construyó el primer puente que permitió el

único sitio de acceso a estas tierras y de los habitantes de los terrenos cercanos.

Luego es abandonado y comienza a poblarse tomando el nombre de barrio Andrés de Vera, en honor al teniente Don Andrés de Vera, como un homenaje a sus obras realizadas. El Consejo Cantonal de Portoviejo acuerda elevar el barrio Andrés de Vera a la categoría de parroquia urbana, lo cual es aprobado por el ejecutivo el 15 de abril de 1934, considerando que merecía su urbanización por el número de habitantes, la distancia que lo separaba de la urbe y la necesidad urgente de atención a la población.

La parroquia urbana Andrés de Vera presenta múltiples problemas, destacándose los socioeconómicos y de salud, originados por el nivel extremo de pobreza de sus habitantes, la insuficiente labor de las autoridades cantonales y los efectos de la no planificación urbana. Más del 70% de los habitantes de la parroquia Andrés de Vera se establecen en las planicies y el otro 30% en sus colinas, este asentamiento poblacional es producido por las permanentes migraciones de nuestros campesinos a la ciudad, quienes se asientan donde pueden.

Al mismo tiempo, no han sido incrementados adecuadamente los procesos de desarrollo, con lo que persiste el problema sanitario, resultante de una deficiente infraestructura básica, bajo nivel educativo de sus habitantes y falta de participación comunitaria (Información proporcionada por el Lic. Merkis Murillo, profesional que labora en el área administrativa del Centro de Salud Andrés de Vera). La finalidad del presente trabajo es

analizar e identificar la situación de salud de esta comunidad para proponer alternativas de solución que permitan la toma de decisiones respectivas.

3.2.2. Ubicación del Centro de Salud 24 Horas Andrés de Vera

El Centro de Salud 24 Horas Andrés de Vera está ubicado en la parroquia del mismo nombre al noroeste del cantón Portoviejo, provincia de Manabí. Su ubicación permite que toda la comunidad sea favorecida dando facilidad a las diferentes áreas de influencia, que conforman la parroquia Andrés de Vera. Sus áreas de influencia son los sectores de Pompilio Galarza, Los Florones 1 al 9, Los Helechos, la calle 26 de Septiembre, Los Nardos, Santa Cruz, Ciudadela Portoviejo, San Eduardo, Medardo Cevallos, El Estanco, Ciudadela Libertad 2, Miraflores, Ciudadela Bellavista.

En el año 1960 el Hospital de la Liga Ecuatoriana Antituberculosos (LEA), albergaba y brindaba atención hospitalaria a pacientes con Tuberculosis pulmonar hasta que en el año 1973 este pasa a ser utilizado como bodegas del Ministerio de Salud Pública (MSP). En mayo de 1977 el MSP lo convirtió en una unidad de salud rural en la categoría de Subcentro de Salud Rural, contando con un médico y una enfermera rurales, además de una auxiliar de enfermería e incrementando luego personal de inspectores sanitarios y un auxiliar de servicios.

En 1989 se eleva a la categoría de Centro de Salud, ejecutando el Programa de Salud Familiar Integral y Comunitaria (SAFIC); sustentado en los postulados de Atención Primaria de Salud (APS). El Gobierno del Dr.

Fabián Alarcón en 1994 crea el Proyecto FASBASE, el cual lo incrementó con recursos humanos, económicos y tecnológicos. En el año 2000 pasó a funcionar como unidad principal del Área N° 1, proporcionando servicio de consulta externa en medicina general y especializada en un moderno edificio de dos plantas ubicado en las calles Vicente Macías y Paulina Sabando.

El 16 de mayo del 2002 durante la Jefatura de Área del Dr. Fortunato Navia fue inaugurado el servicio de Maternidad y el 20 del mismo mes y año abrió sus puertas a la población manabita, con infraestructura y equipamiento sanitario básico acorde a las necesidades del usuario para la atención programada de cesáreas, salpingectomías y legrados uterinos instrumentales, y las 24 horas del día para parto y post parto inmediato. En el año 2004 esta unidad fue calificada como Centro de Salud 24 Horas Andrés de Vera.

Actualmente, atiende la consulta externa en horarios de una sola jornada de 8h00 a 16h00 en la planta baja; la segunda planta se presta como Jefatura de Área de Salud. N° 1 con todo el equipo, humano, técnico y material dirigido a todo el cantón Portoviejo y desde donde se manejan técnica y administrativamente las 36 Unidades Operativas de Salud (Murillo, 2012).

3.2.2.1. Misión

Ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la Salud Pública ecuatoriana a través de la gobernanza y vigilancia y control sanitario y garantizar el derecho a la Salud a través de la

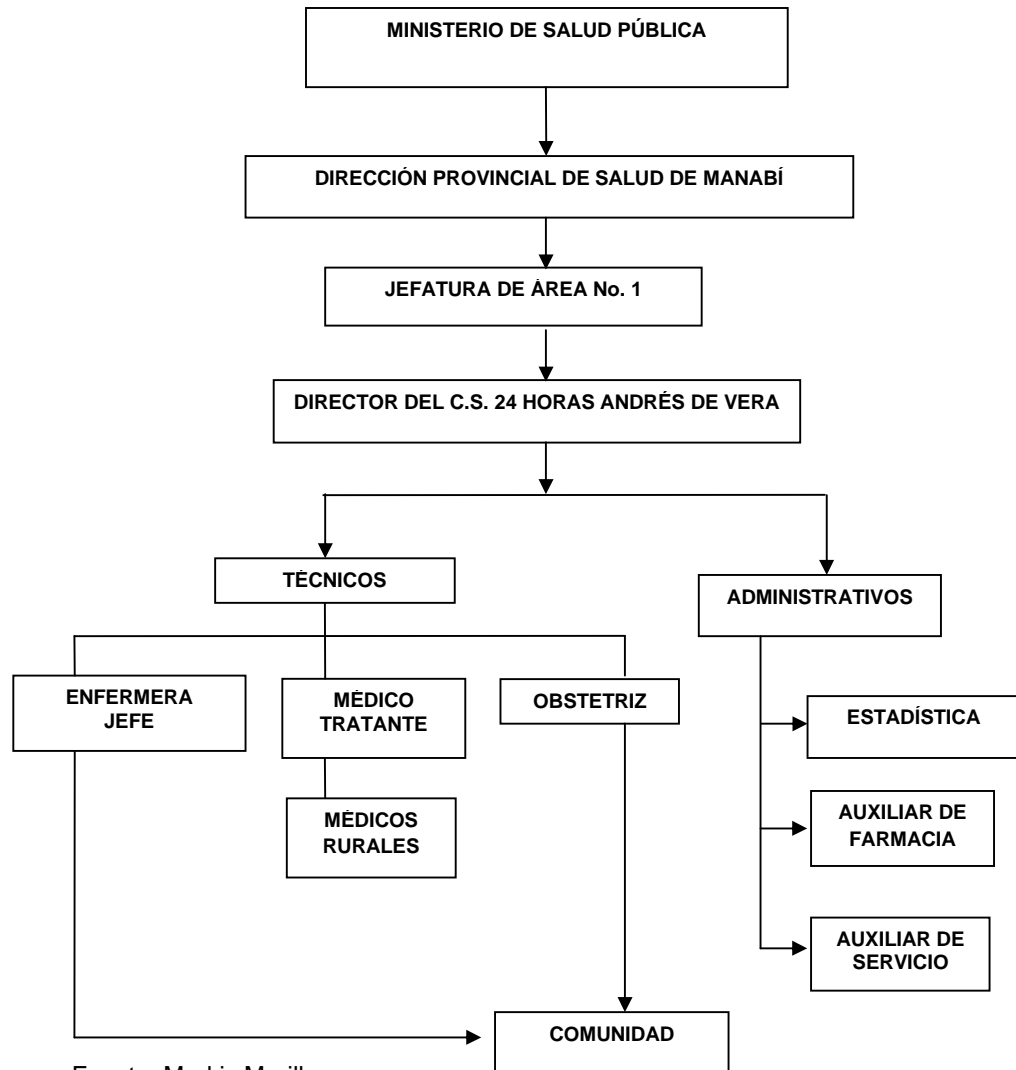
provisión de servicios de atención individual, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, la gobernanza de salud, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología; articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho a la Salud

3.2.2.2. Visión

Ser una unidad Operativa de Salud líder en servicios ambulatorios y de hospitalización a toda la población de nuestra área de influencia y ampliando nuestra acción mediante la promoción de los servicios a otras zonas de la comunidad. Contando para ello con un equipo de Salud multidisciplinario que funda sus objetivos con calidad, eficiencia y efectividad. La estructura organizacional es la siguiente:

ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL SERVICIO DE MATERNIDAD

DEL CENTRO DE SALUD 24 HORAS ANDRÉS DE VERA



Fuente: Merkis Murillo
Elaboración: Dra. María Antonieta Murillo

El Ministerio de Salud Pública (MSP) es el organismo rector de la salud en el país, lidera todos los procesos relativos a las políticas de salud implementadas por el gobierno correspondiente. Tiene una participa activa con todos los actores involucrados en esta temática, dentro de la cual se

encuentra Dirección Provincial de Salud de Manabí, la misma que a través de la Jefatura de Salud No. 1, la cual coordina con los directores de los diferentes centros de salud del cantón.

En el caso del Centro de Salud 24 Horas Andrés de vera, los profesionales de la salud atienden a los usuarios externos que llegan por consulta médica en las áreas operativas que tienen. Mientras que la parte administrativa conformada por las áreas de estadística, auxiliar de farmacia y auxiliar de servicio realizan su función respectiva.

3.2.2.3. Personal que labora

El Centro de Salud 24 Horas Andrés de Vera cuenta al momento con el siguiente personal:

4 Médicos de planta 4 horas diarias

4 Licenciadas en Enfermería de planta 6 horas diarias

2 Odontólogos de planta 4 horas diarias

1 Psicóloga Clínica de planta 4 horas diarias

4 Auxiliares de Enfermería de planta 8 horas diarias

3 Auxiliares de Servicio 8 horas diarias

1 Tecnólogo de Laboratorio 6 horas diarias

1 Estadístico 8 horas diarias

2 Auxiliar de Farmacia 8 horas diarias

1 Trabajador Sanitario 8 horas diarias

Cada uno de estos recursos labora de lunes a viernes según su horario de prestación de servicios. El Servicio de Maternidad del Centro de Salud 24 Horas Andrés de Vera dispone del siguiente personal actualmente:

3 Médicos Tratantes de Planta (2 Ginecólogos y 1 Neonatóloga)

3 Médicos Rurales (Residentes con turnos de 24 horas)

1 Obstetrix (Residente con turnos de 24 horas)

2 Obstetricas 4 horas diarias (contratadas)

1 Médico Anestesiista 4 horas diarias (contratado)

2 Licenciadas en Enfermería con traslado administrativo 6 horas diarias

2 Licenciadas en Enfermería con turnos de 24 horas (contratadas)

9 Auxiliares de Enfermería con turnos de 24 horas (contratadas)

2 Auxiliares de Estadística (contratadas)

1 Auxiliar de Servicio (contratada)

4 Guardianes (contratados)

1 Lavandera (contratada)

Todos los profesionales desempeñan su trabajo de acuerdo a su perfil profesional, además en el Subcentro se brinda el servicio programado de

cesáreas, salpingectomías y legrados uterinos instrumentales y atención las 24 horas en parto y post parto inmediato. El Servicio de Maternidad del Centro de Salud 24 Horas Andrés de Vera está distribuido en cuerpo externo e interno, cuenta con los Servicios Básicos de agua potable, luz eléctrica, alcantarillado y teléfono, por lo que no presenta problemas en este sentido, ya que está dentro del perímetro urbano y en una zona que posee todos los servicios básicos que permiten su funcionamiento de forma normal.

En el cuerpo externo se encuentra lo siguiente: Farmacia, consulta externa (3 consultorios), área de sala de espera y educación, cuarto Guardias, estadística y garaje. Por otro lado, en el cuerpo interno existe el área no estéril, semi - estéril y estéril.

Dentro del Área no estéril encontramos lo siguiente: Estación de Enfermería; Despacho de Enfermera Jefe; Sala de Post – Parto y Post – Quirúrgico con 7 camas; Sala de psicoprofilaxis (actualmente no funciona); Dos consultorios médicos.

Dentro del Área semi – estéril está situado: Cuarto de Residencia; Una bodega; Vestidor; Sala de Pre –Parto y Recuperación con 4 camas y 1 baño.

Dentro del Área estéril se tiene lo siguiente: Quirófano; Neonatología; Sala de parto con 2 camas ginecológicas; Sala de lavado de manos y de instrumentos quirúrgicos; Sala de esterilización y de suministro.

3.2.2.4. Recursos materiales

El Servicio de Maternidad del Centro de Salud 24 Horas Andrés de Vera, cuenta con insumos, equipos y medicamentos esenciales para la atención de salpingectomías, partos normales, cesáreas, y recién nacidos normales establecidos en las normas hospitalarias, lo cual es favorable para que la atención a las madres de familias que van por atención permita tener hijos e hijas que nazcan sin ningún problema que altere su normal desarrollo. A continuación se detalla el total de profesionales que prestan sus servicios en el subcentro de salud:

Tabla 1

Profesionales que laboran en el subcentro de salud

PROFESIONALES	N°	COBERTURA X 1000
MÉDICOS	15	0,67
OBSTETRICES	3	0,13
ODONTÓLOGOS	2	0,09
ENFERMERAS	9	0,40
AUXILIARES DE ENFERMERÍA	13	0,58
LABORATORISTA	1	0,04
TOTAL PERSONAL	43	1,92
DISPONIBILIDAD: Es la relación entre el recurso existente y la población a la cual está destinada		
PERSONAL CENTRO DE SALUD		
PROFESIONALES	N°	COBERTURA X 1000
MÉDICOS GENERALES	3	0,15
MEDICO GINECÓLOGO	1	0,05
ODONTÓLOGOS	2	0,10
ENFERMERAS	3	0,15
AUXILIARES DE ENFERMERÍA	3	0,15
LABORATORISTA	1	0,05
TOTAL	13	0.65

Fuente: Centro de Salud Andrés de Vera

El cuadro permite apreciar en la primera parte el total de profesionales que atienden en el Centro de Salud Andrés de Vera, dando un total de 43 profesionales, con un total de 1.92 por 1,000 de cobertura de salud, es decir por cada 1,000 habitantes se atienden 19.2 en el mencionado centro de salud. Mientras son 13 los profesionales propios del centro de salud, con una cobertura de 0.65 pacientes atendidos, lo cual refleja la deficiencia que se tiene en el talento humano, para que la población acceda a las diferentes áreas médicas.

3.3. Programas que se ejecutan en la unidad de salud

1. PAI (Programa Ampliado de Inmunización).
2. PANN 2000 (Programa Nacional de Nutrición y Alimentación).
3. PCT (Programa de Control de la Tuberculosis).
4. DOTS (Detección Oportuna de Sintomáticos Respiratorios).
5. SISVAN.
6. SIVE – ALERTA.
7. PROGRAMA VISITAS DOMICILIARIAS.
8. CONSULTA EXTERNA.
9. EMERGENCIAS.
10. PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

11. CONTROL PRENATAL.
12. PLAN SICOE (Sistema Integrado de Cuidado Obstétrico Esencial).
13. CONTROL POST-PARTO.
14. DOC (Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino).
15. PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR.
16. AIEPI Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.(ver anexo 6)
17. PROGRAMA V. C. D. DE DENGUE UNIDAD CENTINELA.
18. PROGRAMA DE ATENCIÓN COMUNITARIA MICROFASES DE VACUNACIÓN Y BRIGADAS DE ATENCIÓN EN GUARDERÍAS Y ZONAS ALEJADAS.
19. CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO SANOS.
20. EDUCACIÓN A LOS USUARIOS.
21. CHARLAS EDUCATIVAS AL INDIVIDUO Y FAMILIA.
22. EDUCACIÓN CONTINUA AL PERSONAL DE SALUD.
23. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.
24. BRIGADAS MÉDICAS.
25. SANEAMIENTO AMBIENTAL.

26. CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.

27. PROGRAMA DE ATENCIÓN DIFERENCIADA PARA ADOLESCENTES.

3.3.1. Sistema Integrado de Cuidado Obstétrico Esencial (SICOE)

Con la colaboración de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS); el Proyecto de Garantía de Calidad (Quality Assurance Project, QAP), se desarrolla un Proyecto Colaborativo en tres países: Ecuador, Honduras y Nicaragua, con el objetivo de apoyar a los Ministerios y Secretarías de Salud en la implementación de un Sistema Integrado de Cuidado Obstétrico Esencial (Información proporcionada por el Lic. Merkis Murillo, profesional que labora en el área administrativa del Centro de Salud Andrés de Vera). A través de un trabajo coordinado y participativo para aumentar la demanda comunitaria de nacimientos asistidos y el cuidado de las complicaciones.

La iniciativa promueve las intervenciones basadas en las evidencias científicas para reducir la mortalidad materna y neonatal; y apoya a los países en su ejecución en el ámbito operativo y de la comunidad y a la vez garantizar la calidad de los servicios del COE. En el año 2003 el Ministerio de Salud Pública a través de un equipo conductor del nivel central integrado por la Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral de Salud, Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas y la Unidad Ejecutora de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, inicia la ejecución del

Proyecto Colaborativo de mejoramiento de la calidad del Cuidado Obstétrico Esencial (COE) (MSP, 2008).

En el 2004, el Ministerio de Salud Pública decide expandir la institucionalización del Mejoramiento Continuo de la Calidad en los servicios de atención de la salud Reproductiva y a la niñez en todo el país. En julio de 2005, se pone en marcha el PLAN SICOE – MANABÍ, en todos los centros maternos – infantil y hospitales de la provincia, vigente hasta la actualidad.

3.3.1.1. Estándares e Indicadores de Entrada para la Atención de la Salud Reproductiva y Atención a la Niñez

1. Control Prenatal.
2. Control Atención de Parto.
3. Atención Perinatal.
4. Atención Post Parto inmediato y Planificación Familiar.
5. Salud Infantil.

3.3.1.2. Propósito del Plan Sicoe - MANABÍ

Disminuir la morbi-mortalidad materna mediante un trabajo permanente, participativo y coordinado con todos los actores que están involucrados en el cuidado de la madre durante su embarazo, parto y puerperio, asegurando con esto una mejor calidad de vida para nuestra generación futura.

3.3.1.3. Objetivos del plan SICOE – Manabí

1. Disponer de equipos de mejoramiento de calidad en cada área de salud y hospital.
2. Mejorar el acceso y la calidad de atención del control prenatal, parto, post parto y complicaciones obstétricas.
3. Capacitar permanentemente al personal de salud.
4. Impulsar el sistema de referencia y contrarreferencia.
5. Promover la articulación interinstitucional y la participación comunitaria.

3.3.1.4. Componentes del plan SICOE - MANABÍ

1. Metas provinciales.
2. Sostenibilidad del SICOE local.
3. Mejorar la calidad y calidez de atención del control prenatal, parto, post parto y complicaciones obstétricas.
4. Aumentar la demanda del control prenatal, parto institucional y post parto.
5. Lograr la integración de la comunidad en los COE a través de un Plan de IEC.

3.3.1.5. Estrategias del plan SICOE - MANABÍ

1. Conformación de un equipo de Mejoramiento de la Calidad de Atención del SICOE.

2. Mejoramiento continuo de la calidad (Información proporcionada por el Lic. Merkis Murillo, profesional que labora en el área administrativa del Centro de Salud Andrés de Vera).
3. Capacitación permanente en COE a los proveedores calificados de las áreas de salud y hospitales de la provincia.
4. Fortalecimiento de la capacidad resolutive de los servicios de salud que disponen de COE básico y COE completo.
5. Impulsar el sistema de referencia y contrarreferencia para el SICOE que articule los niveles de atención con la comunidad.
6. Fortalecer el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Muerte Materna involucrando a otras instituciones públicas y privadas del sector salud y agentes comunitarios.
7. Participación comunitaria consciente, identificando sus necesidades sentidas e involucrada en el propósito del Plan.

3.4. Calificación de una Unidad COE (Cuidados Obstétricos Esenciales)

La unidad de salud debe contar con: insumos, equipos y medicamentos del estándar 1ª (atención de la salud materna y del recién nacido) según se trate de unidad COE básica o COE completa.

Las características de la unidad COE básica son: mecanismos para la atención las 24 horas del día, con personal capacitado para atender y referir,

de acuerdo a su nivel de resolución y a las normas de atención, las siguientes emergencias obstétricas y manejo del recién nacido: parto obstruido, sangrados obstétricos, retención de placenta o restos, sepsis obstétrica, pre-eclampsia, inversión y ruptura uterina, embarazo ectópico, reanimación del recién nacido. Actualmente el Centro de Salud 24 Horas Andrés de Vera califica para Unidad COE Básico.

Las características de la unidad COE completa son: Lo anterior y además: disponibilidad para realizar cirugía obstétrica y anestesia (de emergencia) las 24 horas del día, y mecanismos para realizar transfusión sanguínea.

3.5. Normas del SICOE (Sistema Integrado de Cuidados Obstétricos Esenciales)

En toda mujer embarazada de más de *18 semanas en su primer control prenatal* se aplicará y registrará en la historia clínica las siguientes actividades (15 ÍTEMS):

1. Antecedentes Personales y Obstétricos.
2. Medición de la talla.
3. Examen de mamas.
4. Semanas de amenorrea.
5. Medición del peso.
6. Determinación de la Tensión arterial.

7. Medición de la altura uterina.
8. Auscultación de latidos cardiacos fetales (FCF).
9. Movimientos fetales.
10. Valoración de edema (+).
11. Valoración de sangrado genital.
12. Evaluación del estado nutricional (hoja SISVAN 006/92).
13. Registro u orden médica de vacunación antitetánica.
14. Orden médica de exámenes de laboratorio y/o exámenes prenatales.
15. Orden médica para valoración odontológica.

En todo paciente en *labor de parto deberá controlarse y registrarse cada hora* por lo menos la:

1. Tensión arterial.
2. Actividad uterina: frecuencia y duración.
3. Frecuencia cardiaca fetal y materna.
4. Altura y posición.

En todos los *partos atendidos, se deberá graficar correctamente en el partograma la curva de alerta y la curva de dilatación cervical de la paciente.*

En el *periodo expulsivo* deberá administrarse *una ampolla (10 UI) de Oxitocina IM.*

En todo *recién nacido/a* se deberá examinar y registrar en el formulario 051 (*Atención Perinatal*) por lo menos las siguientes actividades:

1. Sexo.
2. Peso al nacer.
3. Talla en cm.
4. Perímetro cefálico en cm.
5. APGAR (1' – 5').
6. Edad por examen físico.
7. Evaluación del estado nutricional del recién nacido.
8. Reanimación respiratoria.
9. Examen físico.
10. Alojamiento Conjunto u hospitalización.
11. Condición al Egreso.

En todo post parto (normal) inmediato atendido en la unidad operativa, deberá controlarse y registrarse en el formulario 051 (*Atención Perinatal*) cada 30 minutos, durante las primeras dos horas las siguientes actividades:

1. Hora.
2. Temperatura.

3. Pulso.
4. Tensión arterial.
5. Involución uterina.
6. Características de loquios.

CAPÍTULO IV

4. MARCO METODOLÓGICO

4.1. Hipótesis

Se debe fortalecer el talento humano para mejorar la calidad de los servicios de salud que brinda el Centro de Salud de la parroquia Andrés de Vera del cantón Portoviejo, en beneficio de los usuarios externos.

4.2. Variables y Alcance

Variable dependiente: Servicios que se brindan en el centro de salud.

Variable independiente: Talento humano.

Alcance: Centro de Salud de la Parroquia Andrés de Vera del Cantón Portoviejo.

4.3. Tipo de Investigación

La investigación fue de campo, específicamente es exploratoria, descriptiva, correlacional.

Es exploratoria porque se logró identificar la situación actual del talento humano en el Centro de Salud. Además se describió las situaciones representativas de la problemática con el fin de definir estrategias para fortalecer el recurso humano que brinda servicios de salud de calidad en beneficio de los usuarios externos que acuden. Por último fue correlacional porque se buscó medir el grado de relación entre las variables planteadas.

4.4. Métodos del Estudio

Se utilizaron los métodos generales inductivo-deductivo y como método particular el histórico-documental, que analizó eventos del pasado y busca relacionarlos con otros del presente analizando información escrita sobre el tema objeto de estudio.

En cuanto a los enfoques de la investigación utilizados, el enfoque cuantitativo “utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente...” (Hernández et al, 2003, p.5). Esto fue desarrollado a través del respectivo formulario de encuesta, debido a que una vez elaboradas las preguntas utilizando un lenguaje sencillo y claro acorde al nivel intelectual de las personas que responderían, les fue entregado para que los usuarios puedan responder.

4.5. Población

La población a investigar estuvo compuesta por 43 profesionales de la salud que laboran en el Centro de salud, 25,000 usuarios y un (1) Director del Centro de salud

4.6. Muestra

La población estuvo constituida por los siguientes sectores:

43 Profesionales de la Salud

25,000 usuarios

1 Director del Centro de salud

25,044

Para calcular la muestra se considerara la siguiente muestra probabilística:

$$n = \frac{m}{E^2 (m-1)+1}$$

$$n = \frac{m}{E^2 (m-1)+1}$$

n= Muestra

m= tamaño de la muestra 2,134

e= error admisible 9%

$$n = \frac{m}{E^2 (m-1)+1}$$

$$n = \frac{25,044}{9^2 (25,044-1)+1}$$

$$n = \frac{25,044}{81 (25,043)}$$

$$n = \frac{25,044}{2057643}$$

n=121 es el número de personas a quienes se encuestó.

4.7. Técnicas e Instrumentos de Investigación

La técnica que se implementó fue la encuesta y el instrumento un formulario o cuestionario de preguntas. Además se elaboró una base de datos para organizar, estructurar y recopilar la información. Una vez que se identificaron quienes fueron las personas que responderían el formulario de encuesta, se les hizo el respectivo documento para que procedan a responderlo.

4.8. Tabulación y análisis de los resultados

A continuación se presentan los resultados de las encuestas:

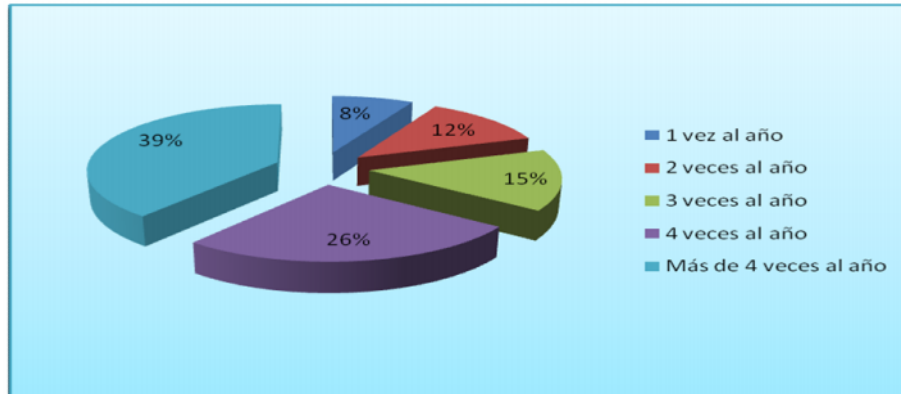


Figura 1

Pregunta: ¿Cuántas veces viene al Subcentro de Salud por asistencia médica?

Fuente: Pacientes que acuden al Subcentro de Salud Andres de Vera

El 8% de los encuestados que corresponden a 11 pacientes llegan al subcentro por asistencia médica una vez al año. El 12% que corresponden a 17 pacientes llegan dos veces al año. El 15% que corresponden a 21 pacientes llegan tres veces al año. El 26% que corresponden a 37 pacientes llegan 4 veces al año (Ver figura 1).

El 39% que corresponden a 55 pacientes llegan más de 4 veces al año. La frecuencia de asistencia de las madres que acuden por atención médica depende de algunos factores, entre los cuales se pueden citar la cantidad de hijos, factores ambientales en los cuales se desarrollan, factores estacionales, entre otros, los cuales influyen en la salud de todo el entorno familiar (Ver figura 1).

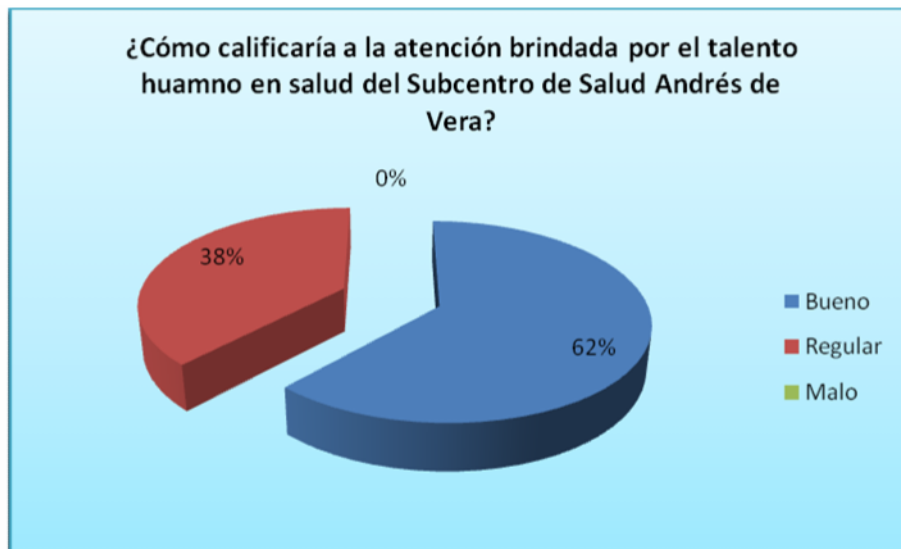


Figura 2

Pregunta: ¿Cómo calificaría a la atención brindada por el talento humano en salud del Subcentro de Salud Andrés de Vera?

Fuente: Pacientes que acuden al Subcentro de Salud Andres de Vera

El 62% de los encuestados que corresponden a 75 pacientes califican la atención brindada por el talento humano en salud del Subcentro de Salud Andrés de Vera como buena. El 38% de los encuestados que corresponden a 46 pacientes califican la atención brindada por el talento humano en salud del Subcentro de Salud Andrés de Vera como regular (Ver figura 2).

A pesar de que la calificación otorgada por la atención recibida no incluyó el rango de mala, se debe realizar cambios que propendan al mejoramiento de la atención al usuario, ante lo cual se deberían realizar capacitaciones que incluyan las relaciones humanas, atención al usuario, normas de respeto hacia los demás, entre otras (Ver figura 2).

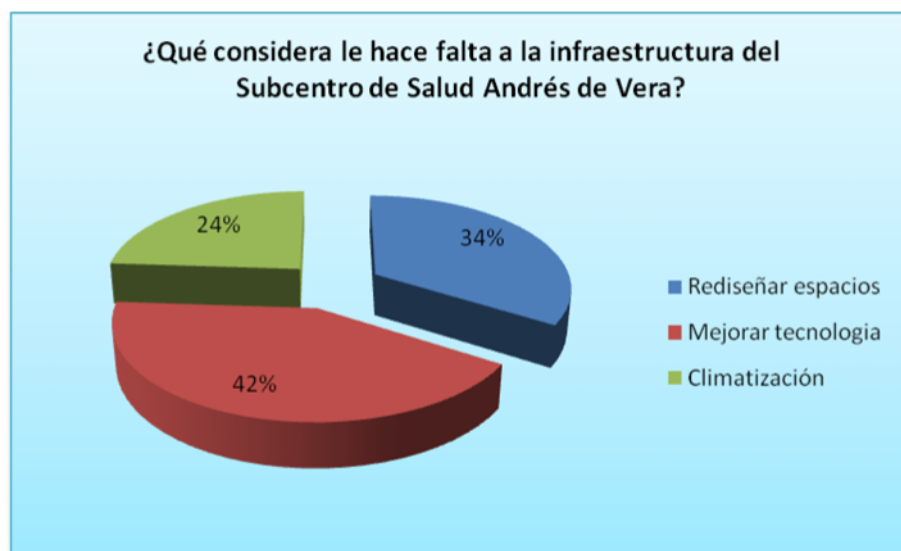


Figura 3
Pregunta: ¿Qué considera le hace falta a la infraestructura del Subcentro de Salud Andrés de Vera?
Fuente: Pacientes que acuden al Subcentro de Salud Andres de Vera

El 34% de los encuestados que corresponden a 41 pacientes consideran que le hace falta a la infraestructura del Subcentro de Salud Andrés de Vera rediseñar los espacios. El 42% de los encuestados que corresponden a 51 pacientes consideran que le hace falta a la infraestructura del Subcentro de Salud Andrés de Vera mejorar la tecnología. El 24% de los encuestados que corresponden a 29 pacientes consideran que le hace falta a la infraestructura del Subcentro de Salud Andrés de Vera mejorar la climatización (Ver figura 3).

La edificación del Subcentro de Salud de Andrés de Vera resulta poco funcional, ya que la misma no cumple con una serie de requisitos elementales para su funcionamiento, entre los cuales se destaca la incomodidad, falta de equipos con tecnología de punta, climatización, iluminación, higiene en la parte externa, lateral y dentro de las instalaciones (Ver figura 3).

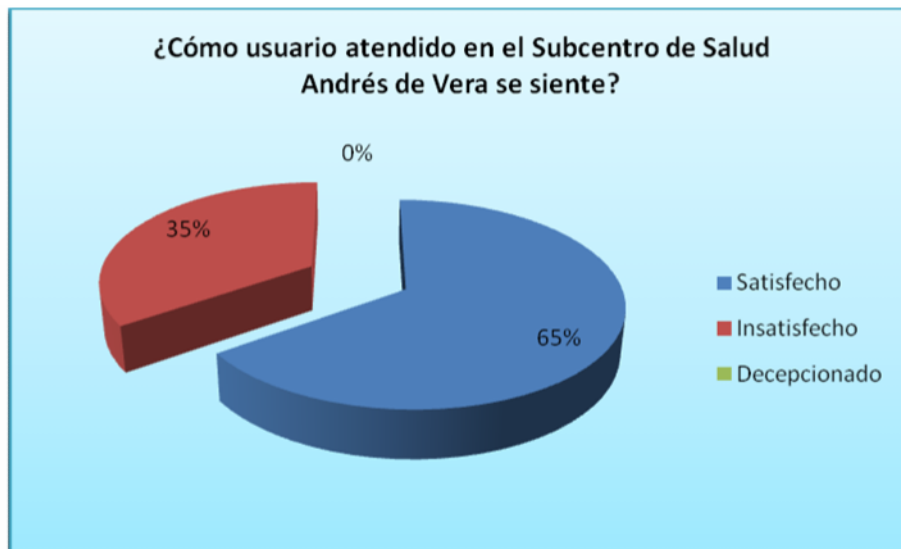


Figura 4

Pregunta: ¿Cómo usuario atendido en el Subcentro de Salud Andrés de Vera se siente?

Fuente: Pacientes que acuden al Subcentro de Salud Andres de Vera

El 65% de los encuestados que corresponden a 79 pacientes se siente satisfecho al ser atendido en el Subcentro de Salud Andrés de Vera. El 35% de los encuestados que corresponden a 42 pacientes se siente insatisfecho al ser atendido en el Subcentro de Salud Andrés de Vera (Ver figura 4).

En lo relativo a la atención desde el ingreso, hasta la atención del talento humano de salud, los encuestados consideran que a pesar de que se nota un cambio de comportamiento por parte de todo el personal, todavía hay situaciones por mejorar (Ver figura 4).

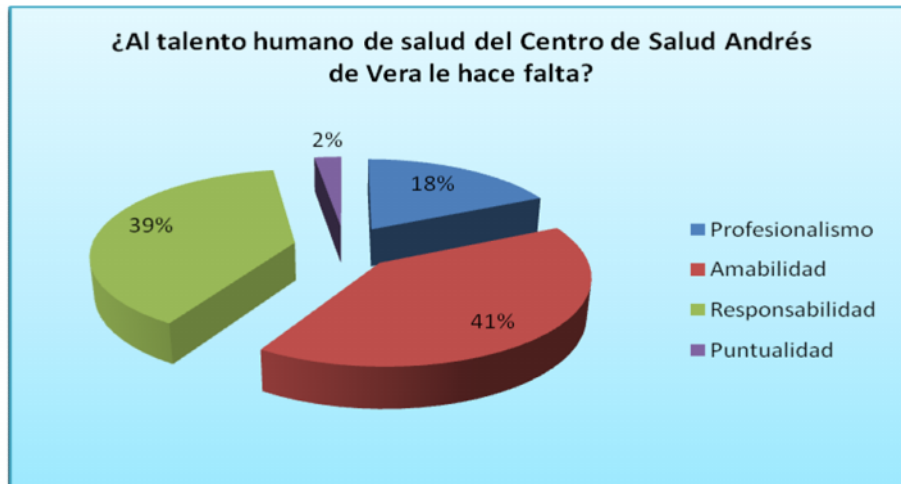


Figura 5

Pregunta: ¿Al talento humano de salud del Subcentro de Salud Andrés de Vera le hace falta?

Fuente: pacientes que acuden al Subcentro de Salud Andres de Vera

El 18% de los encuestados que corresponden a 22 pacientes considera que al talento humano de salud del Subcentro de Salud Andrés de Vera le hace falta profesionalismo. El 41% de los encuestados que corresponden a 22 pacientes considera que al talento humano de salud del Subcentro de Salud Andrés de Vera le hace falta amabilidad. El 41% de los encuestados que corresponden a 22 pacientes considera que al talento humano de salud del Subcentro de Salud Andrés de Vera le hace falta responsabilidad. El 2% de los encuestados que corresponden a 22 pacientes considera que al talento humano de salud del Subcentro de Salud Andrés de Vera le hace falta puntualidad (Ver figura 5).

Los profesionales de la salud por la actividad que desempeñan están sujetos a presiones que muchas veces la trasladan a los pacientes, a lo que se suma aspectos propios de su vida privada, lo cual termina volviendo tirante la relación profesional-paciente. Algo que debe aprender a separar quien debe hacer de su profesión un apostolado.

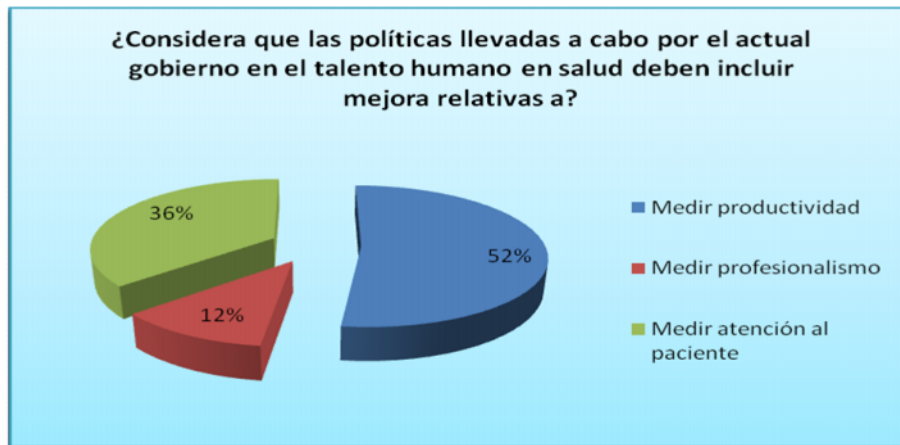


Figura 6
Pregunta: ¿Considera que las políticas llevadas a cabo por el actual gobierno en relación al talento humano en salud deben incluir mejoras relativas?
Fuente: Pacientes que acuden al Subcentro de Salud Andres de Vera

El 52% de los encuestados que corresponden a 63 pacientes considera que las políticas llevadas a cabo por el actual gobierno en relación al talento humano en salud deben incluir mejoras relativas a medir productividad. El 12% de los encuestados que corresponden a 14 pacientes considera que las políticas llevadas a cabo por el actual gobierno en relación al talento humano en salud deben incluir mejoras relativas a medir profesionalismo. El 36% de los encuestados que corresponden a 44 pacientes considera que las políticas llevadas a cabo por el actual gobierno en relación al talento humano en salud deben incluir mejoras relativas a medir la atención brindada al paciente (Ver figura 6).

El actual gobierno ha emprendido una serie de cambios para mejorar todo lo relativo a la cobertura universal de salud a toda la población, sin embargo las políticas deben ir acompañadas de acciones prácticas que incluyan la verdadera profesionalización del talento humano que labora en esta área tan importante para el desarrollo del país.

Con respecto a la entrevista que se realizó a los empleados y directivos del subcentro de salud se obtuvieron los siguientes resultados:

1. ¿Considera que se debe cambiar la infraestructura del subcentro de salud?

Si. Debido a que esto permitiría ampliar la cobertura de camas para el área de partos, mejorar las otras áreas médicas y ampliar a otras áreas que pueden implementarse, con lo cual se cubriría a una mayor cantidad de personas.

2. ¿Se debe incrementar el número de talento humano en salud en el Subcentro de Salud Andrés de Vera?

Urge que se contraten más profesionales de salud, ya que hay una sobredemanda de atención por parte de los usuarios externos.

3. ¿Se debe capacitar a los profesionales de la salud?

La capacitación es algo que se debe darse de forma continua, esto permite que haya actualización sobre temas que permitirá un mejor trato a los usuarios externos.

4. ¿El Ministerio de Relaciones Laborales debe ser el ente que capacite?

Si, y de ser posible otro ministerio que refuerce los conocimientos de los profesionales de la salud, todo en bien de los usuarios externos, que se sientan cómodos y atendidos como lo establece la Constitución de la República del Ecuador con calidad y calidez.

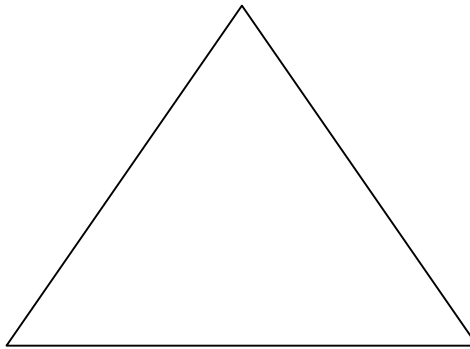
5. ¿Cree usted que hacen falta motivaciones personales hacia el talento humano en salud?

Así como motivación no, lo único es que se debería revisar algunos aspectos como la producción que se pide a los médicos, ya que es una carga pesada tomando en cuenta que hay pocos doctores y la sobredemanda de usuarios externos que acuden al subcentro sobrepasa el esfuerzo humano que realizan los doctores.

Triangulación

Los resultados de la encuesta aplicada a los usuarios permitieron apreciar que el 38% están de acuerdo que la atención brindada por el talento humano en salud del Subcentro de Salud Andrés de Vera es regular

Encuesta



Los usuarios que acuden en busca de servicios médicos al Subcentro de Salud Andrés de Vera, en su mayoría personas son de condición económica baja, quienes asisten hasta el subcentro porque no pueden costearse una consulta particular. Esto los obliga muchas veces a tener que soportar trato displicente por parte del talento humano de la salud. Así también, queda claro que la falta de infraestructura en el hospital es una limitante para que se pueda atender de la menor manera a los usuarios.

La variable independiente, talento humano e independiente, servicios que se brindan en el centro de salud, fueron comprobadas ya que se logró relacionar las causalidades que giran en torno al problema enunciado.

Una vez realizada la encuesta se aprecia que es necesario fortalecer el nivel de satisfacción de los usuarios que acuden por asistencia médica al subcentro de salud. Por otro lado, los usuarios estiman que hace falta mejorar la infraestructura actual del subcentro, tanto la parte física, tecnológica, de equipamiento, sin dejar de lado el aumento de la cantidad del talento humano en salud con las respectivas especializaciones. Por último, se debería construir nuevas áreas de atención y ampliar las existentes; de esta manera habrá una mayor cobertura médica.

CAPÍTULO V

5. PROPUESTA DE MEJORAS DEL SERVICIO

5.1. Planteamiento de la propuesta

Una vez obtenidos, tabulados y analizados los resultados de las encuestas y entrevistas; hemos identificado la necesidad de proponer alternativas y estrategias que permitan mejorar el proceso de administración del talento humano del Centro de Salud Andrés de vera del cantón Portoviejo

5.2. Objetivos

Objetivo general

Mejorar el proceso de administración del talento humano de salud del subcentro de Salud Andrés de Vera.

Objetivos específicos

Contribuir a la entrega del talento humano en salud de acuerdo a los requerimientos locales.

Mejorar el nivel de conocimiento que tienen los profesionales de salud del subcentro de salud sobre temas que permitirán brindar atención con calidad y calidez.

Propender a la realización profesional del talento humano en salud mediante el establecimiento y aplicación de efectivos planes de carrera

5.3. Estrategias y acciones

La propuesta promueve:

Fortalecer la institucionalidad del subcentro para el desarrollo de los recursos humanos en salud

Fortalecer las direcciones provinciales de salud con talento humano de salud.

Crear observatorios de talento humano por parte de la población civil.

Cambiar la forma de pensar de quienes ingresan al servicio público de la salud, es decir que se rompan paradigmas obsoletos

Mejorar los indicadores de gestión del talento humano en salud para comprender y entender el impacto del recurso humano en la salud y los servicios que se brinda en el Centro de salud.

Intercambiar experiencias e información enfatizando en las buenas prácticas dadas dentro de la atención brindada, y que haya cooperación horizontal entre todos los actores inmersos en la problemática identificada.

Todo esto se hará a través a través del siguiente plan de acción:

Tabla 2

Plan de acción

Áreas de oportunidad identificadas	Factor	Objetivo	Estrategia	Actividad Específica
La capacitación permite aumentar las capacidades laborales.	Capacitación y formación profesional.	Lograr a través de la capacitación y formación profesional que se promueva el desarrollo de competencias acordes al perfil profesional, logrando en el talento humano en salud una actitud proactiva.	Impartir la capacitación y formación profesional incorporando que le permitan brindar un atención de calidad y calidez.	Definir e implantar el contenido adecuado para el curso de capacitación acorde a las necesidades laborales personal.
				Diseñar e implantar un programa de capacitación que considere los medios y horarios accesibles a todo el personal de la Institución.

El plan temático a seguir es el siguiente:

Tabla 3

Plan temático

TEMA	OBJETIVO	RESPONSABLES
Gestión del Talento humano basado en competencias	Conceptualizar la gestión humana dentro del sistema nacional de salud	Personal de la Dirección de Salud de Manabí
	Agregar valor a los procesos de gestión humana en la organización.	Personal de la Dirección de Salud de Manabí
	Concebir la gestión humana como un proceso de la organización que interactúa con los demás procesos.	Personal de la Dirección de Salud de Manabí
	Proporcionar a los participantes los conceptos y las herramientas necesarios para implementar un de Gestión del Talento Humano en Salud basado en competencias.	Personal de la Dirección de Salud de Manabí

Metodología

El curso se desarrolla bajo la modalidad presencial, utilizando estrategias didácticas, fomentando la parte reflexiva y participativa de los participantes.

Evaluación

En cuanto a la forma y metodología de la evaluación producto de los resultados que obtengan de la capacitación, esta se hará entregando hojas donde constará una serie de preguntas relacionadas a lo aprendido, esta evaluación no será realizada con la finalidad de ser coercitivos ni de pasar ningún informe que afecte la estabilidad laboral de quienes acudieron a la capacitación; tiene como finalidad reforzar los puntos débiles a través de la retroalimentación, con lo cual se logra verificar si el objetivo planteado con respecto a la capacitación se consiguió.

Duración

La duración total del programa es de 40 horas, que se dictarán en 5 días.

5.4. Alcances

El proceso de capacitación tiene implícito que la persona logre el incremento y mantenimiento de su eficiencia en el puesto que desempeña, a más de lo cual está el progreso propio y por ende a la Institución; lo cual solo se logra entregando información a través de métodos, técnicas y recursos para que puedan desarrollar planes e implantar acciones específicas que permitan el normal desarrollo de las labores de la institución para la cual labora.

Al tener nuevas herramientas, el personal capacitado está en condiciones de mejorar su atención al usuario externo que acude por citas médicas al subcentro, para lo cual se ha tomado en cuenta necesidades de cada grupo profesional del sector salud, es decir auxiliares de enfermería, licenciados en enfermería, doctores, es decir la capacitaciones serán focalizadas.

Conviene aclarar, que el trabajo relativo a la salud, es un servicio público que conlleva implícito un bien social de mucha importancia para el desarrollo de los seres humanos, es decir se requiere de un equilibrio entre los derechos sociales y las responsabilidades propias de los trabajadores y profesionales de la salud y los derechos de los ciudadanos a obtener atención y cobertura de la mejor calidad posible de los servicios de salud establecidos en la Constitución de la República del Ecuador.

El desarrollo del talento humano en salud es un proceso técnico-social, el cual debe estar orientado a mejorar la situación de salud de la colectividad, es decir que haya equidad e inclusión, para lo cual la fuerza de trabajo tiene que estar bien distribuida, siendo saludable, constantemente capacitada y motivada tanto en lo económico como en las capacitaciones constantes para que siga aportando al progreso del país.

5.5. Responsable

Los responsables son:

1. La Investigadora Dra. María Antonieta Murillo.
2. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. La misma que servirá de coordinadora para las capacitaciones, pudiendo colaborar con profesionales para que sean instructores.

Centro de Salud Andrés de Vera. Pondrá a disposición los profesionales que forman parte del talento humano que allí laboran, para lo cual elaborará una lista indicando los respectivos nombres.

3. El talento humano, es decir, los pacientes, el personal administrativo , el director y en general todo el recurso humano del Centro de Salud Andrés de Vera.

5.6. Formas de difusión de la propuesta

La propuesta será difundida mediante material didáctico, así también a través de trípticos y hojas volantes a todo el talento humano en salud del Centro de Salud Andrés de Vera.

5.7. Costo beneficio

La importancia de la iniciativa radica en que la propuesta tiene que ser abordada desde diferentes ámbitos, promoviendo con ello el esfuerzo compartido, con metas de largo plazo para fortalecer y desarrollar la fuerza de trabajo en salud.

El desarrollo del talento humano en salud es la base de los sistemas de salud, es decir la contribución de los trabajadores de la salud constituye un factor primordial que contribuye a mejorar la salud de los pacientes y por consiguiente la calidad de vida de los mismos.

Lo que se busca es otorgar la movilidad del caso para que todos los actores inmersos en la problemática del sector salud, junto con quienes conforman la sociedad civil, puedan construir de forma colectiva las políticas con sus respectivas intervenciones para un mejor desarrollo del talento humano en salud.

CONCLUSIONES

La atención brindada en el Subcentro de Salud Andrés de Vera por parte del talento humano en salud ha ido cambiando de forma positiva, a pesar de esto todavía debe mejorarse en este punto, haciéndole entender a quienes atienden a los usuarios externos que son personas que merecen la mejor atención debido a que la Constitución de la República en el artículo 3 numeral 1, artículo 32 y los artículos 358-363 establece lo relativo a la salud.

El talento humano en salud es de gran importancia para el funcionamiento del subcentro de salud, ya que ellos atienden, diagnostican y medican a los usuarios externos que llegan por asistencia médica, sin embargo se necesita de una cantidad mayor de talento humano en salud para cubrir la demanda que se tiene, por cuanto a la fecha que se terminó la investigación la situación del del talento humano en el centro de salud resultaba deficitaria para la cantidad de pacientes que buscan atención médica en el mencionado centro de salud.

Los cambios que se han ido implementando de forma paulatina en el Sistema Nacional de Salud, han sido diseñados para ampliar la cobertura de salud a toda la población ecuatoriana bajo la premisa de atender con calidad y calidez, para lo cual el talento humano debe tener claro que su función tiene que enmarcarse dentro del humanismo que atañe a todo profesional de la salud.

La calidad de los servicios de salud también está relacionada con la infraestructura física y tecnológica que tenga el centro de salud, de nada serviría contar con excelentes profesionales de la salud, si no existe el complemento físico y tecnológico que permita armonizar el trabajo, más aun si brindar la cobertura universal de salud está ordenada por los preceptos constitucionales.

Una vez que se realizó el diagnóstico cabe la realización de una propuesta que permita mejorar los servicios de salud en el centro de salud, lo cual como una manera de que se cumpla los preceptos constitucionales, así como también al Plan Nacional para el Buen Vivir.

RECOMENDACIONES

Propender cambios que posibiliten mejorar la atención que se brinda a los usuarios externos del Subcentro de Salud Andrés de Vera por parte del talento humano en salud, solo así se podrá alcanzar la cobertura universal de salud hacia toda la colectividad.

Sugerir que haya trabajo en conjunto entre todos quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud, para que las mejoras a realizarse tengan como únicos beneficiarios a los usuarios que acuden por asistencia médica a los diferentes centros de salud en el país.

Promover comportamientos basados en el respeto a los usuarios externos, para que sean tratados con la calidad y calidez que estipulan los diferentes cuerpos legales del país relativos a la atención médica gratuita para todas las personas en el Ecuador.

Ampliar la infraestructura del Subcentro de Salud Andrés de Vera, la misma que debe reunir todos los estándares requeridos tanto en lo relativo a la infraestructura, tecnología, equipos y el talento humano en salud, solo así se logrará llegar a un número mayor de personas que buscan de los servicios médicos.

REFERENCIAS

- Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador. (Octubre de 2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Quito, Ecuador: Editora Nacional.
- Altamirano, G., & Vargas, C. (2010) *Calidad de atención en el subcentro de salud de Punyaro de la Ciudad de Otavalo a pacientes en etapa de adulto joven durante el período enero - agosto 2010*. Recuperado de <http://repositorio.utn.edu.ec/handle>.
- Banco Mundial, (2005). *Estudio de Evaluación de Impacto del Programa de Evaluación de Programas de Chile*. Washington D.C: Banco Mundial.
- Barnighausen, T. (2004). Human resource and health outcomes: cross-country econometric study. *The Lancet*
- Cerna, J. (2006). *Aspectos básicos en la gestión del talento humano*. Colombia.
- Congreso Nacional del Ecuador (2002). *Ley No. 80. R.O. No. 670 de 25 de Septiembre del 2002*. Obtenido de http://www.conasa.gob.ec/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=154:sns&id=24:leyes-salud
- Cuesta, Santos, A., Alcaide, Rodríguez, I. & López, C. (2010). Capital humano y e-RRHH. *Revista Cubana de Ingeniería*.
- Definicion.de. (s.f.). Obtenido de <http://definicion.de/programa-de-salud/>
- Flores, M. (25 de Enero de 2011). *maiquiflores.over-blog*. Obtenido de <http://maiquiflores.over-blog.es/article-programas-de-salud-del-ministerio-de-salud-venezuela-2010-65745547.html>
- Gobierno Nacional de la República del Ecuador. (2005). *Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en Ecuador*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- Gerencia del talento humano
<http://todogerenciadeltalentohumano.blogspot.com/2010/04/html>

Gestión del talento humano. Tomado del portal electrónico
www.gestiopolis.com

Gilles, D., & Carl-Arly, D. (2003) *Human resources for health policies: a critical component in health policies*. Recuperado de
<http://www.humanresources-health.com/content/1/1/1>.

Galeon. (s.f.). *Talento humano*. Obtenido de
<http://talentohumano12.galeon.com/#TALENTO>

Hospital General Teofilo Dávila. (s.f.). Obtenido de
<http://www.htdeloro.gob.ec/index.php/en/extensions/icespeed/81-icetheme/icecaption/88-msp>

Informe de Modelos De Gestión De Salud Comunitaria En Latinoamérica .
(Febrero de 2012). Obtenido de
<http://clubensayos.com/Acontecimientos-Sociales/Informe-Modelos-De-Gesti%C3%B3n-De/132907.html>

Larco, D. (Marzo de 2011). *Historia Del Ministerio De Salud Publica*.
Obtenido de <http://www.buenastareas.com/ensayos/Historia-Del-Ministerio-De-Salud-Publica/1785196.html>

Llamado a la acción de Toronto. (4-7 de Octubre de 2005). Obtenido de
http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/OPS_desafios_toronto_2005.pdf

Lopez, M. (2014). *Programa de acción odontológico unificado para disminuir el ausentismo al seguro social campesino (ssc-) en las comunidades de montecristi*. (Tesis, Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud, Sistema de Posgrado, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador).

Mora, D., & Lema, K. (s.f.). *Salud y comunicación*. Obtenido de
<http://es.slideshare.net/DianaMoraFlores/final-alterativa-salud-comunicacion>

Narcisa, C. (2013). *Educación sobre la lactancia materna a las madres que asisten al sub-centro de salud*. (Tesis, Carrera de Enfermería, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador).

Ministerio de Salud Pública (Enero de 2002). Obtenido de
http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Exclusion_Salud_Ecuador_2002.pdf

- Ministerio de Salud Pública (Enero de 2012). *Protección Social en Salud: Ecuador*. Obtenido de http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Exclusion_Salud_Ecuador_2002.pdf
- Ministerio de Salud Pública (9 de Septiembre de 2013). *Sistema Público de Salud en Ecuador en puesto 20 a nivel mundial*. Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/tag/pib/>
- Ministerio de Salud Pública (2010). *Programa de Salud*. Obtenido de <http://escuelasaludableguarico.wordpress.com/programa-de-salud/>
- Ministerio de Salud Pública. (Agosto de 2008). *prenatal.tv*. Obtenido de <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/5.%20Manual%20de%20Estandares.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (Enero de 2002). Obtenido de http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Exclusion_Salud_Ecuador_2002.pdf
- Morales, P. (2012). *Tipos de variables y sus implicaciones en el diseño de una investigación*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Perfil de Sistema de Salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. (2008). Washington, D.C. : Organización Panamericana de la Salud.
- Programa De Salud*. (Octubre de 2013). Obtenido de <http://clubensayos.com/Ciencia/Programa-De-Salud/1115085.html>
- Reinoso, G. (14 de Mayo de 2011). *Historia del Ministerio de Salud*. Obtenido de <http://gabyreinoso-gaby.blogspot.com/>
- Trincado, M., & Caballero, E. (Enero de 1995). *Calidad en Enfermería*. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol11_1_95/enf01195.htm
- Thompson, S. (2001). *Administración estrategia conceptos y casos* (11va ed.) (p.114). México : Editorial MacGraw Hill.
- Salud Pública*. (Marzo de 2011). Obtenido de <http://www.buenastareas.com/ensayos/Salud-Publica/1813993.html>
- Viteri, G. (2007). *Situación de la Salud en el Ecuador*. Obtenido de <http://www.eumed.net/coursecon/ecolat/ec/2007/gvd-salud.htm>

Viteri, G. (2007). *Eumed.net*. Obtenido de <http://www.eumed.net/coursecon/ecolat/ec/2007/gvd-salud.htm>

Vargas, V. (2010). *Calidad de atención en el subcentro de salud de punyaro de la ciudad de Otavalo a pacientes en etapa de adulto joven durante el periodo enero–agosto 2010*. Recuperado de <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/pdf>

Sistema Público de Salud en Ecuador en puesto 20 a nivel mundial. (2013) Recuperado de <http://www.salud.gob.ec/sistema-publico-de-salud-en-ecuador-en-puesto-20-a-nivel-mundial/>

APÉNDICE

Apéndice A

CÓDIGO Y LEYES

1. Constitución de la República del Ecuador
2. Plan Nacional para el Buen Vivir
3. Sistema Nacional de Salud

Apéndice B

Tabla B1

Lista de reloj biométrico

Departamento	Apellido y Nombre	Nº de Usuario	Hora Inicio	Hora Fin	Descripción	Duración	Día de Trabajo
Área de Salud	INTRIAGO CHÁVEZ ROQUE JUAN	2001	2012-04-19 06:51:38	2012-04-19 16:26:03	Tiempo Extra Libre	09:34:25	0
Area de Salud	QUIROZ AVILA MARCO VINICIO	2003	2012-04-09 08:00:00	2012-04-20 17:30:00	Licencia Laboral	00:00:00	0
Area de Salud	BAQUE SION GEMA GABRIELA	2004	2012-04-19 07:14:20	2012-04-19 16:30:32	Tiempo Extra Libre	09:16:12	0
Área de Salud	DELGADO MOLINA LAURA CLOTILDE	2006	2012-04-19 07:05:41	2012-04-19 14:08:25	Tiempo Extra Libre	07:02:44	0
Área de Salud	LEDESMA SILVA NÉSTOR JAVIER	2007	2012-04-17 08:00:00	2012-04-20 12:00:00	Licencia Laboral	00:00:00	0
Área de Salud	MOSQUERA PEÑA HERRERA JORGE PAT	2008	2012-04-19 07:57:39	2012-04-19 12:06:49	Tiempo Extra Libre	04:09:10	0
Área de Salud	FIENCO ZAMBRANO SANDRA LORENA	2009	2012-04-19 07:42:02	2012-04-19 12:10:32	Tiempo Extra Libre	04:28:30	0
Área de Salud	GÓMEZ ALVEAR CARLOS MANUEL	2010	2012-04-19 11:29:13	2012-04-19 15:50:07	Tiempo Extra Libre	04:20:54	0
Área de Salud	GUERRERO SOLÓRZANO JHENNY LUCE	2012	2012-04-19 07:57:08	2012-04-19 16:33:27	Tiempo Extra Libre	08:36:19	0
Área de Salud	OCHOA ANCHUNDIA ELVIRA DEL ROC	2013	2012-04-19 08:01:42	2012-04-19 14:02:16	Tiempo Extra Libre	06:00:34	0
Area de Salud	MOREIRA BARREZUETA OFELIA ESPE	2014	2012-04-19 06:22:42	2012-04-19 14:22:52	Tiempo Extra Libre	08:00:10	0
Área de Salud	FARFÁN CEDENO RAMIRO AGUSTÍN	2015	2012-04-19 08:02:08	2012-04-19 13:13:56	Tiempo Extra Libre	05:11:48	0
Área de Salud	SABANDO CENTENO MARIA ISABEL	2016	2012-04-19 08:00:53	2012-04-19 12:26:10	Tiempo Extra Libre	04:25:17	0

Departamento	Apellido y Nombre	Nº de Usuario	Hora Inicio	Hora Fin	Descripción	Duración	Día de Trabajo
Área de Salud	VALLE FARFÁN FLORA ARACELLY	2017	2012-04-19 07:50:12	2012-04-19 16:33:20	Tiempo Extra Libre	08:43:08	0
Área de Salud	CHUSINO NAVIA EMMA KATIUSKA	2018	2012-04-16 08:00:00	2012-05-15 16:30:00	Licencia Laboral	00:00:00	0
Área de Salud	AVILÉS LUQUE YOLANDA MODESTA	2019	2012-04-19 08:08:22	2012-04-19 17:01:56	Tiempo Extra Libre	08:53:34	0
Área de Salud	SORNOZA CATAGUA AMARY FLORALIN	2020	2012-04-19 08:06:37	2012-04-19 17:02:49	Tiempo Extra Libre	08:56:12	0
Área de Salud	PIGUAVE SABANDO SANDRA ARACEL	2021	2012-04-19 07:41:16	2012-04-19 14:01:21	Tiempo Extra Libre	06:20:05	0
Área de Salud	ORTÍZ WONG IBAN BERNARDO	2023	2012-04-19 07:14:12	2012-04-19 12:03:43	Tiempo Extra Libre	04:49:31	0
Área de Salud	ALMEIDA BARREIRO IRINA PATRIC	2024	2012-04-19 07:48:14	2012-04-19 16:25:36	Tiempo Extra Libre	08:37:22	0
Área de Salud	HANNA MOREIRA ANITA DEL ROCÍO	2026	2012-04-19 06:56:03	2012-04-19 12:58:38	Tiempo Extra Libre	06:02:35	0
Área de Salud	ZAMBRANO LOOR GALUD GISLAINE	2027	2012-04-19 08:08:54	2012-04-19 12:30:10	Tiempo Extra Libre	04:21:16	0
Área de Salud	ARCENTALES LOOR SANDRA JACQUEL	2029	2012-04-17 08:00:00	2012-04-24 13:00:00	Licencia Laboral	00:00:00	0
Área de Salud	MENDOZA MENDOZA LILIANA MIREL	2030	2012-04-19 07:13:52	2012-04-19 13:11:37	Tiempo Extra Libre	05:57:45	0
Área de Salud	SORNOZA MACIAS MIRIAM ELIZABETH	2032	2012-04-19 07:11:56	2012-04-19 19:33:40	Tiempo Extra Libre	12:21:44	0
Área de Salud	ARGANDOÑA ARGANDOÑA CARMEN CEC	2033	2012-04-18 07:00:00	2012-05-07 16:30:00	Licencia Laboral	00:00:00	0
Área de Salud	ZAMORA LOOR LUIS ALFREDO	2043	2012-04-19 06:58:08	2012-04-19 19:33:10	Tiempo Extra Libre	12:35:02	0
Área de Salud	CEDEÑO ESPINALES PETITA PAULIN	2045	2012-04-19 08:04:54	2012-04-19 16:36:29	Tiempo Extra Libre	08:31:35	0
Área de Salud	GILER PINARGOTE LETICIA ESTILI	2046	2012-04-19 07:38:43	2012-04-19 15:27:50	Tiempo Extra Libre	07:49:07	0
Área de Salud	MACÍAS MURILLO EDWIN MERKIS	2047	2012-04-19 06:46:38	2012-04-19 16:20:56	Tiempo Extra Libre	09:34:18	0
Área de Salud	CEDEÑO DELGADO MARITZA RUBITA	2048	2012-04-19 07:56:15	2012-04-19 12:17:28	Tiempo Extra Libre	04:21:13	0

Departamento	Apellido y Nombre	Nº de Usuario	Hora Inicio	Hora Fin	Descripción	Duración	Día de Trabajo
Área de Salud	CEDENO DELGADO MARITZA RUBITA	2048	2012-04-19 12:43:12	2012-04-19 16:30:15	Tiempo Extra Libre	03:47:03	0
Área de Salud	SÁNCHEZ VERA KETTY JANETH	2049	2012-04-19 07:35:02	2012-04-19 16:30:21	Tiempo Extra Libre	08:55:19	0
Área de Salud	RIVAS ARAUZ VIRGINIA JESSENIA	2050	2012-04-19 07:50:43	2012-04-19 12:02:33	Tiempo Extra Libre	04:11:50	0
Área de Salud	RIVAS ARAUZ VIRGINIA JESSENIA	2050	2012-04-19 12:34:16	2012-04-19 16:30:03	Tiempo Extra Libre	03:55:47	0
Área de Salud	QUIROZ SUAREZ JORGE RICHARD	2051	2012-04-19 07:18:28	2012-04-19 18:03:25	Tiempo Extra Libre	10:44:57	0
Área de Salud	PAZ BERMELO WILSON RAMÓN	2053	2012-04-19 08:08:05	2012-04-19 16:53:39	Tiempo Extra Libre	08:45:34	0
Área de Salud	AGUAYO MERA CARMEN EDITH	2054	2012-04-19 07:25:11	2012-04-19 16:45:55	Tiempo Extra Libre	09:20:44	0
Área de Salud	MONTERO ZAMBRANO ANA ISABEL	2055	2012-04-19 07:55:43	2012-04-19 16:30:37	Tiempo Extra Libre	08:34:54	0
Área de Salud	QUIJIJE ARTEAGA MARÍA GEMA	2059	2012-04-19 07:52:10	2012-04-19 16:39:04	Tiempo Extra Libre	08:46:54	0
Área de Salud	GRANILLO CHÁVEZ NELSON ADRIAN	2062	2012-04-19 07:43:32	2012-04-19 17:10:30	Tiempo Extra Libre	09:26:58	0
Área de Salud	IZQUIERDO VÉLEZ SABRINA JANETH	2063	2012-04-19 07:48:38	2012-04-19 12:57:23	Tiempo Extra Libre	05:08:45	0
Área de Salud	IZQUIERDO VÉLEZ SABRINA JANETH	2063	2012-04-19 13:32:32	2012-04-19 16:30:54	Tiempo Extra Libre	02:58:22	0
Área de Salud	PAREDES GARCÍA VERÓNICA MONSER	2064	2012-04-19 07:43:17	2012-04-19 16:35:54	Tiempo Extra Libre	08:52:37	0
Área de Salud	GUERRERO ZAMBRANO PABLO ANDRES	2065	2012-04-19 08:15:39	2012-04-19 16:33:40	Tiempo Extra Libre	08:18:01	0

Apéndice C

Tabla C1

Producción 2002 2011

PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCION													
Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN ECUADOR													
PROVINCIA:		MANABI		ÁREA DE SALUD N° 1				ESTABLEC.:					
DATOS ESTADISTICOS Y OPERACIONALES 2004 - 2011													
POBLACIÓN		POB. <5 AÑOS				POB. >15 AÑOS							
MESES	CONSULTAS > 15 AÑOS	SR ESPERADOS		SR IDENTIFICADOS		SR EXAMINADOS		SR EXAMINADOS BK+		OBSERVACION BK+ DERIVADO A OTRA U.O.	OBSERVACION BK+ TRANSFERIDO A NUESTRA U.O.	OBSERVACION BK+ DERIVADO A NUESTRA U.O.	OBSERVACION BK - DERIVADO A NUESTRA U.O.
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%				
AÑO 2004	18064	727	5%	112	0,8	99	88,39	1	1,01	1	1	2	1
AÑO 2005	15916	796	5%	583	3,7	551	94,51	1	0,18			5	
AÑO 2006	22174	1109	5%	783	3,5	754	96,30	4	0,53			1	
AÑO 2007	24698	1235	5%	824	3,3	691	83,86	8	1,16	2	0	5	0
AÑO 2008	25851	1293	5%	952	3,7	856	90,00	4	0,50	0	0	3	3
AÑO 2009	32874	1644	5%	840	2,6	710	84,52	3	0,42	0	0	2	0
AÑO 2010	30479	1524	0,1	551	1,8	404	73,32	5,0	1,24	2	0	4	0
AÑO 2011	26680	1067	4%	483	1,8	483	100,00	5	1,04	3	1	2	3
TOTAL	196736	9394		5128	2,7	4548	83,86	31	0,68	8	2	24	7

	AÑO 2001	AÑO 2002	AÑO 2003	AÑO 2004	AÑO 2005	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011
PRE NATAL	675	1774	2739	2256	2023	2390	2130	2159	3140	2534	2272
PARTO (V+C)		727	854	569	425	558	465	585	918	850	769
POST PARTO	278	288	613	1441	829	640	759	1310	1224	1509	1329
REG.FECUND.	450	362	565	763	764	779	869	652	870	1666	2127
DOC.	262	129	101	130	125	797	826	623	606	676	469
LACTANTES	1688	2079	1273	1065	750	855	1207	782	1742	2184	2423
PRE ESCOLARES	1007	762	681	822	516	506	762	608	835	2100	2321
ESCOLARES 5 a 14 años	805	1656	1171	4046	777	2068	3620	3466	1645	2100	
ESCOLARES 5 a 9años								1257	914	2211	1410
ADOLECENTES 10- 14								2503	19651	2131	1105
ADOLECENTES 15 19											524
ADULTOS 20 - 64											1942
ADULTOS 65 +											539

Apéndice D

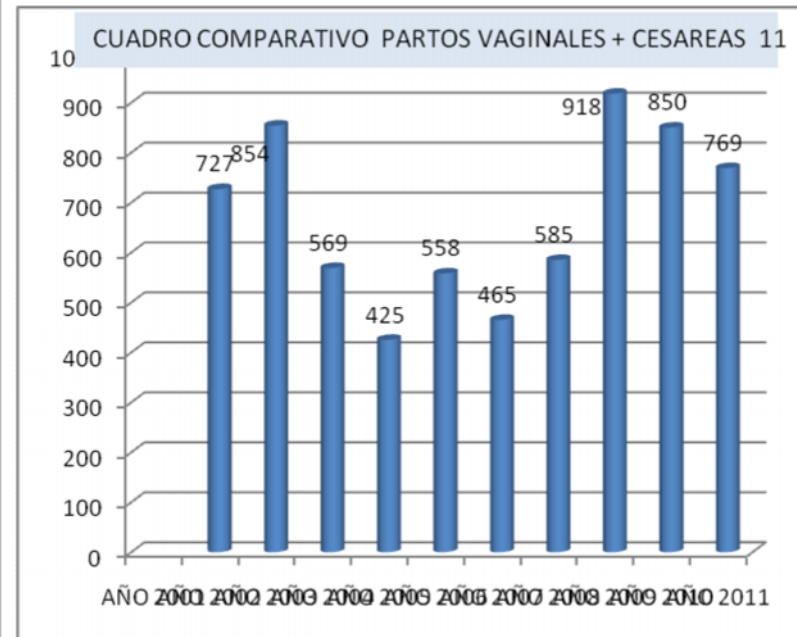
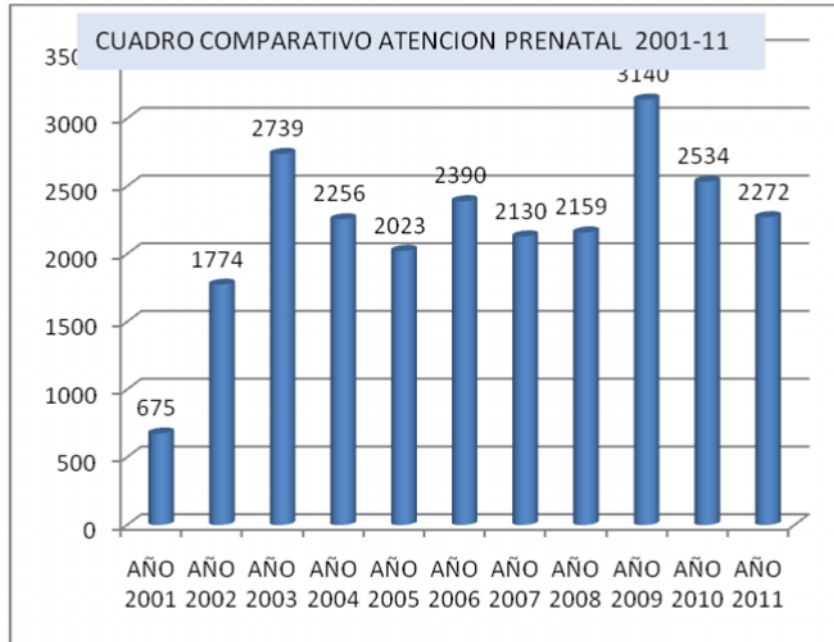


Figura D1
Datos comparativos
de atención brindada
en Andrés de Vera

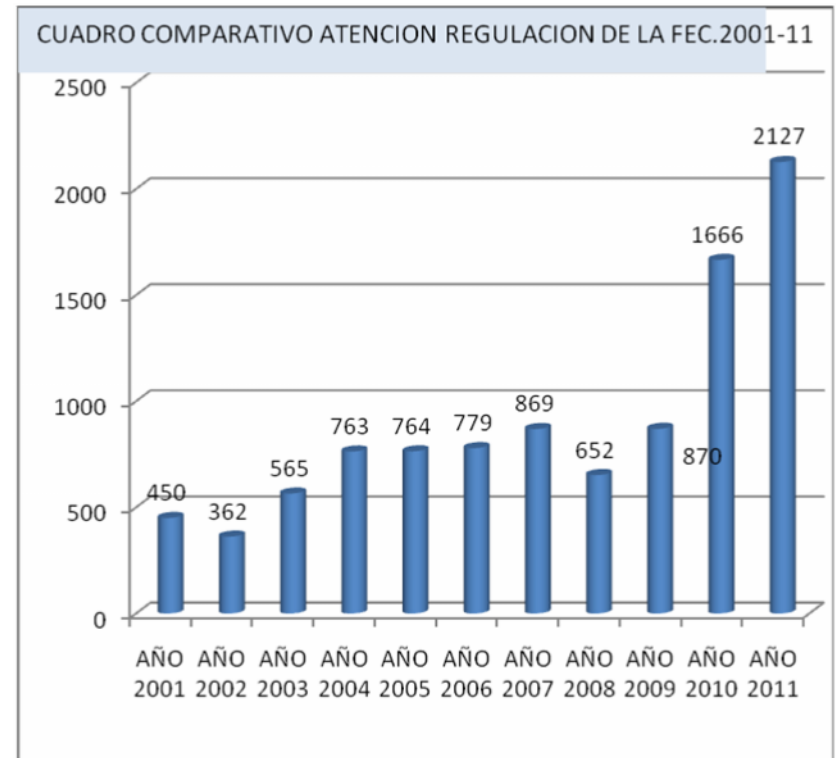
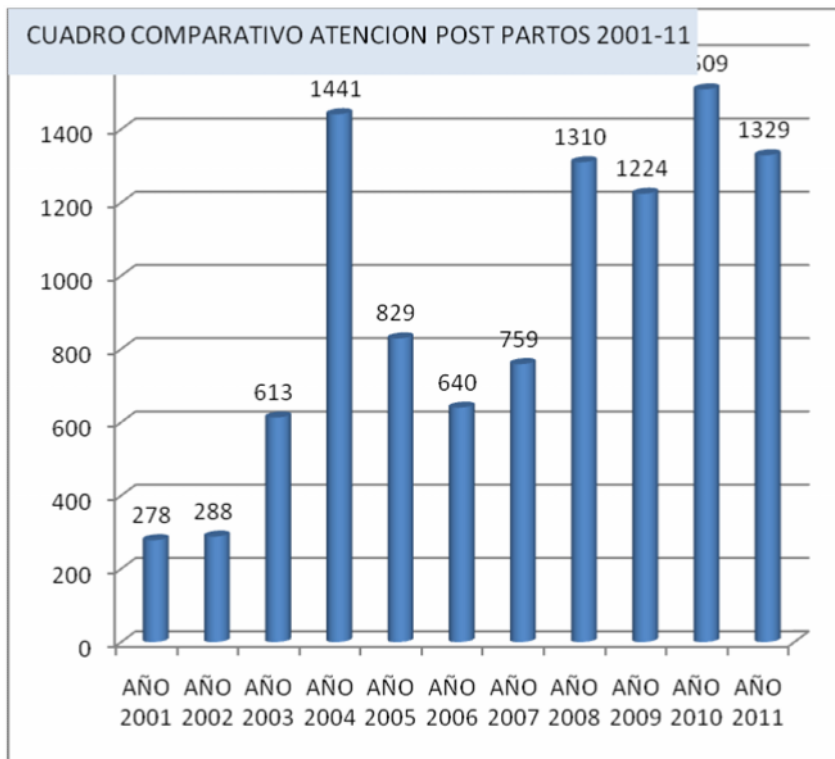


Figura D2
Datos comparativos
de atención brindada
en Andrés de Vera

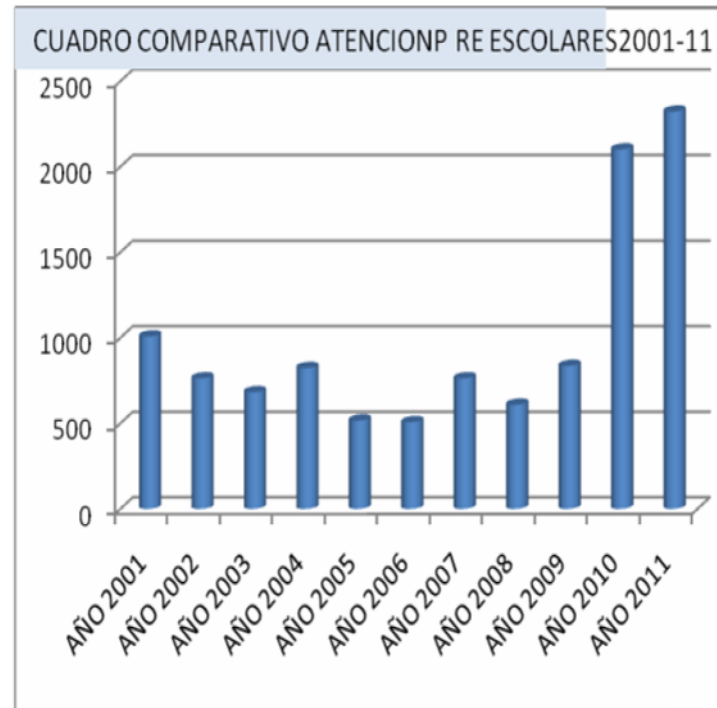
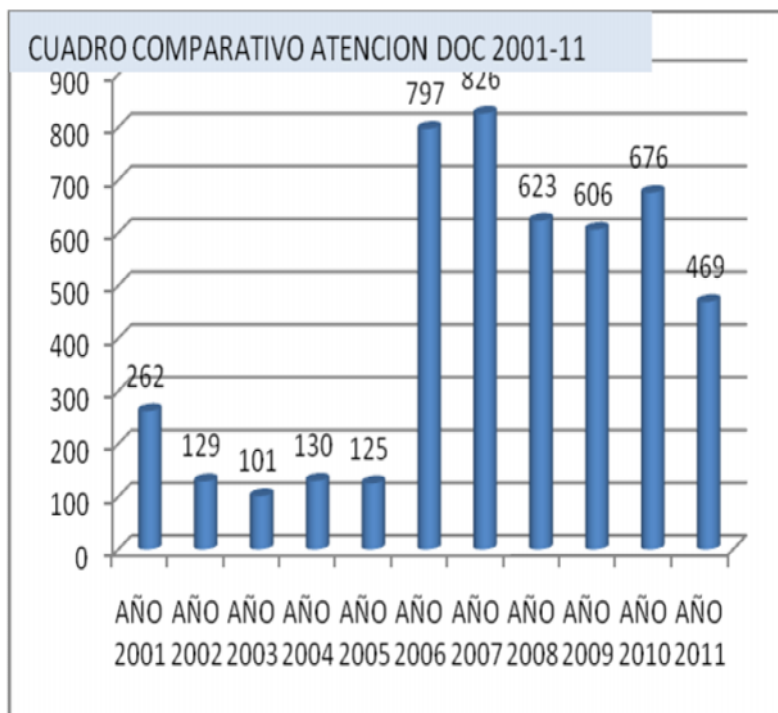


Figura D3
Datos comparativos de atención brindada en Andrés de Vera

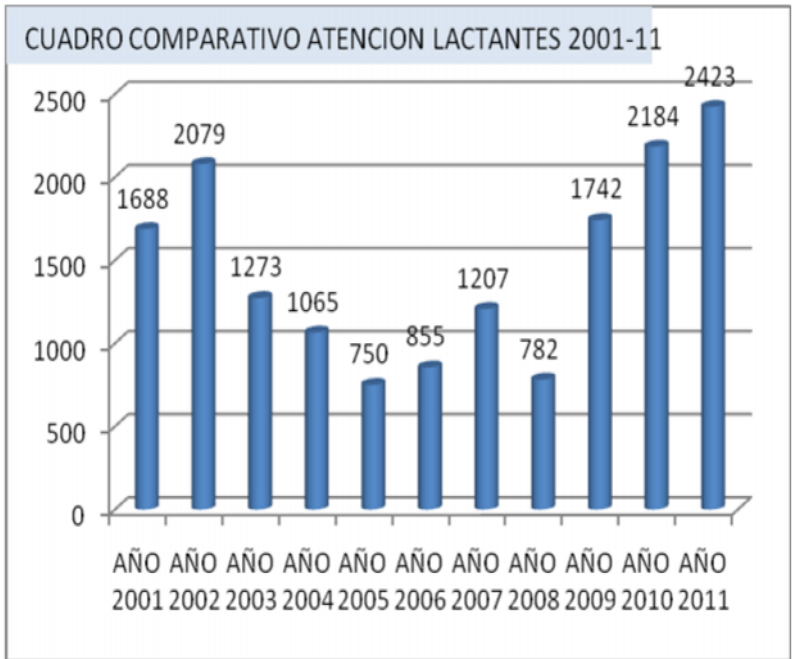


Figura D4
Datos comparativos de atención brindada en Andrés de Vera

Tabla D1
Comparativo adolescentes por año
ejecutado

	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011
PRENATAL PRIMERA	587	633	685
PRENATAL SUBSECUENTES	1874	1973	2008
PLA. FAM. 1RA	103	194	335
PLA. FAM. SUBS	254	374	351
PARTOS	137	143	104
CESAREAL	88	72	74
MICROCESAREAS	1	3	1
LIMP.UTERINAS	7	7	3
DOC	14	18	23
SALPINGEPTOMIAS	3	3	

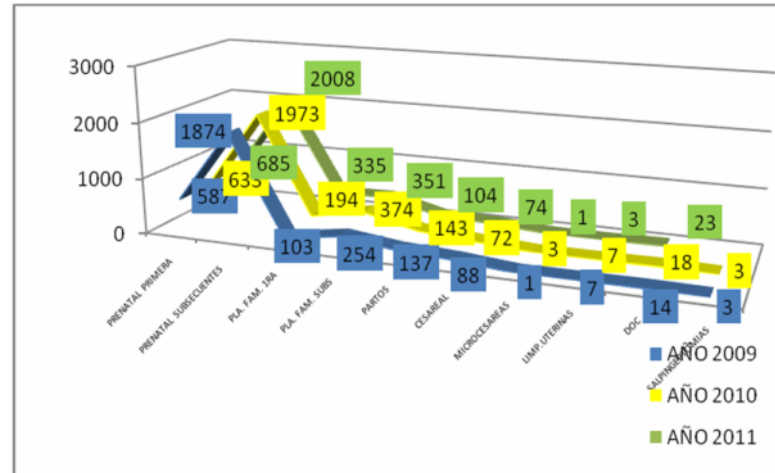


Figura D5

Comparativo adolescentes por año
ejecutado

Tabla D2

Porcentajes alcanzados

	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011
PRENATAL PRIMERA	257	337	365
PLA. FAM. 1RA	5	10	18
PARTOS	60	76	55
CESAREAL	39	38	39
MICROCIRUJIAS		2	19
LIMP.UTERINAS	3	4	2
DOC	1	1	1
SALPINGEPTOMIAS	0,1	0,2	

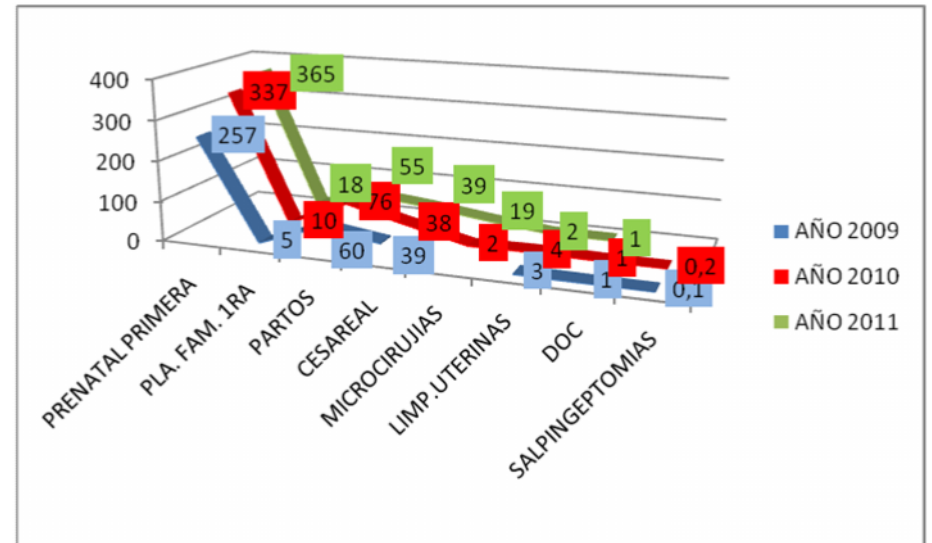


Figura D6
Porcentajes alcanzados

Tabla D3
Índice. concentración

	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011
PRENATAL	4	4	4
PLANIFICACIÓN FAM.	3	3	2

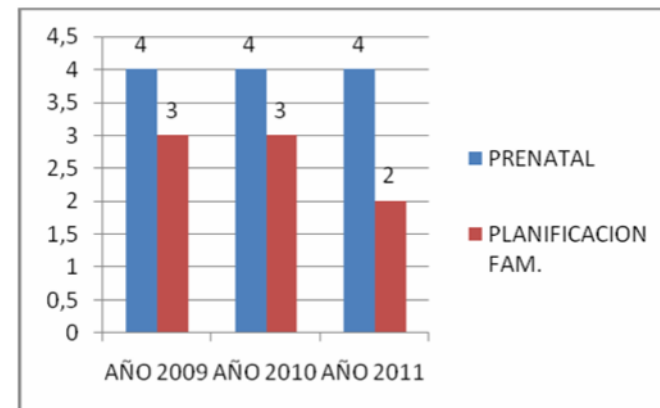


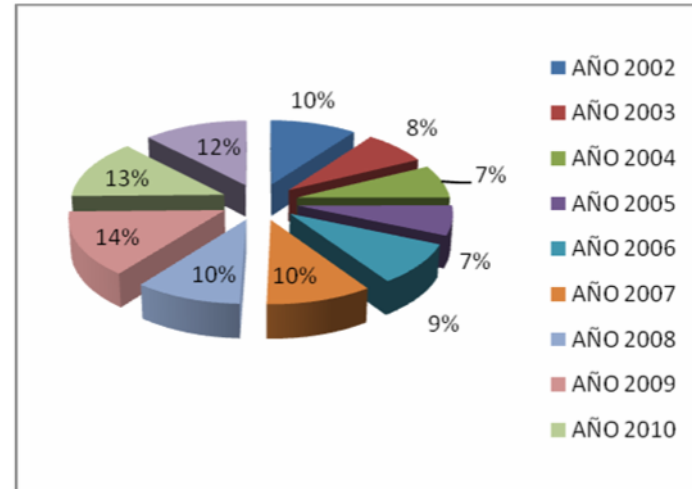
Figura D7

Índice de concentración

Tabla D4

Totales 2002-2011

TOTALES 2002 -2011				
TOTAL	TOTAL DE PERSONAS ATENDIDAS	PROMEDIO POR AÑOS	PROMEDIO POR MESES	PROMEDIO POR DIAS (20)
ANO 2002	30144	22298,7273	2512	126
ANO 2003	22416		1868	93
ANO 2004	21773		1814	91
ANO 2005	19199		1600	80
ANO 2006	26832		2236	112
ANO 2007	29780		2482	124
ANO 2008	29922		2494	125
ANO 2009	42164		3514	176
ANO 2010	38943		3245	162
ANO 2011	0		0	0
ANO 2012	#¡REF!		#¡REF!	#¡REF!
TOTAL	261173			1858



Apéndice E

FORMULARIO DE ENCUESTA

1 ¿Cómo calificaría a la atención brindada en el Centro de Salud Andrés de Vera?

Bueno

Regular

Malo

2 ¿Qué considera le hace falta a la infraestructura del Subcentro de Salud Andrés de Vera?

Que sea más grande

Que tenga más equipos

Que tenga más talento humano de salud

Todas

3 ¿Cómo usuario atendido en el Centro de Salud Andrés de Vera se siente?

Satisfecho

Insatisfecho

Decepcionado

4 ¿Al talento humano de la salud del Centro de Salud Andrés de Vera le hace falta?

Ser amable

Responsable

Ser puntuales

5. ¿A los profesionales que atienden en el Subcentro de Salud se los debería capacitar?

Si

No

6. ¿De contestar positivamente cuáles de las siguientes considera serían las áreas a reforzar?

Mejorar trato con compañeros de trabajo

Mejorar atención al paciente

Trabajo en equipo

Otros

Apéndice F



Figura F1

Croquis de la parroquia urbana Andrés de Vera