

**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA DE GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

**TEMA:**

“Diagnóstico y Diseño de un Proyecto de Gestión Administrativa de una unidad operativa del Seguro Social Campesino en la Jurisdicción de Milagro”

**AUTOR(ES):**

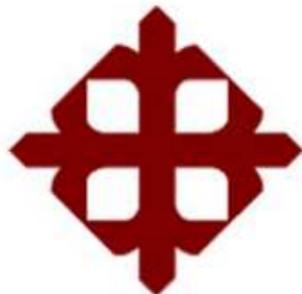
Correa Cañar Kleber José  
Ramírez Peñaherrera Jorge Fernando

Previa obtención de grado académico de:  
**MAGÍSTER DE GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**TUTOR:**

Dra. Roció Parada

**Guayaquil, Ecuador  
2013**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA DE GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por los médicos, Kleber José Correa Cañar y Jorge Fernando Ramírez Peñaherrera, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de Magíster de Gerencia en Servicios de la Salud.

**DIRECTOR DE TESIS**

---

Dra. Roció Parada

**REVISOR(ES)**

---

C.P.A. Laura Vera

---

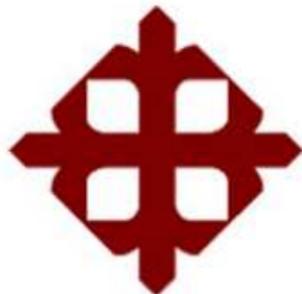
Ing. (a) María Belén Salazar

**DIRECTOR DEL PROGRAMA/CARRERA**

---

Ec. (a) María del Carmen Lapo

**Guayaquil, a los 3 del mes de junio del año 2013**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA DE GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Kleber José Correa Cañar**  
Yo, **Jorge Fernando Ramírez Peñaherrera**

### **DECLARO QUE:**

La Tesis “Diagnóstico y Diseño de un Proyecto de Gestión Administrativa de una unidad operativa del Seguro Social Campesino en la Jurisdicción de Milagro” previa a la obtención del **Grado Académico de Magíster de 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 páginas 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 del Grado Académico en mención.

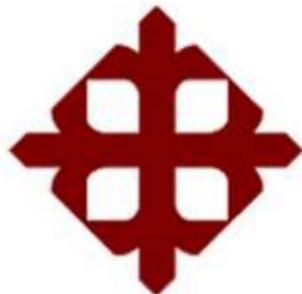
**Guayaquil, a los 3 del mes de junio del año 2013**

### **LOS AUTORES**

(firma)

---

**Kleber José Correa Cañar**  
**Jorge Fernando Ramírez Peñaherrera**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA DE GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

## **AUTORIZACIÓN**

Yo, **Kleber José Correa Cañar**  
Yo, **Jorge Fernando Ramírez Peñaherrera**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución de la **Tesis de “Diagnóstico y Diseño de un Proyecto de Gestión Administrativa de una unidad operativa del Seguro Social Campesino en la Jurisdicción de Milagro”** titulada: **Grado académico de Magíster de Gerencia en Servicios de la Salud**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 3 del mes de junio del año 2013**

**EL(LOS) AUTOR(ES):**  
(firma)

---

**Kleber José Correa Cañar**

(firma)

---

**Jorge Fernando Ramírez Peñaherrera**

## **AGRADECIMIENTO**

**AGRADEZCO A MIS PADRES Y A MI HERMANO FREDDY POR EL APOYO  
INCONDICIONAL PARA REALIZAR ESTE TRABAJO.**

**KLEBER JOSÉ CORREA CAÑAR**

## **DEDICATORIA**

**DEDICO ESTE TRABAJO A MIS PADRES Y HERMANOS QUE SIN SUS  
CONSEJOS Y APOYO NO HUBIERA SIDO POSIBLE EL DESARROLLO  
TOTAL DE ESTE TRABAJO.**

**KLEBER JOSÉ CORREA CAÑAR**

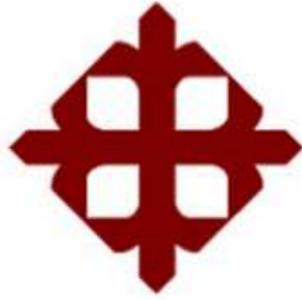
## **TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

---

(NOMBRES Y APELLIDOS)  
PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

---

(NOMBRES Y APELLIDOS)  
PROFESOR DELEGADO



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA DE GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

**CALIFICACIÓN**

---

Dra. Rocío Parada  
PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

## INDICE GENERAL

<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>JUSTIFICACION</b>	5
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	6
<b>OBJETIVOS</b>	7
GENERALES	7
ESPECÍFICOS	7
<b>METODOLOGÍA</b>	7
<b>CAP I: INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL</b>	9
1.1 Historia y antecedentes	9
1.2 Misión Visión y Objetivos del IESS	13
1.2.1 Misión y Visión	14
1.2.2 Objetivos Generales y Específicos	15
1.3 Funciones y Organigrama estructural del IESS	17
1.4 Marco Legal del IESS	19
<b>CAP II: EL SEGURO SOCIAL CAMPESINO</b>	22
2.1 Definición	22
2.2 Antecedentes e Historia	23
2.2.1 El Sistema económico y el sistema natural	23

2.2.2 El Campesino y su medio	26
2.2.3 Importancia de la Atención Primaria de Salud	
En la Población	28
2.2.4 Marco Referencial	36
2.3 Misión y Visión	37
2.3.1 Misión del Seguro Social Campesino	37
2.3.2 Visión del Seguro Social Campesino	38
2.4 Organización y Política	39
2.4.1 La organización del Seguro Social Campesino	39
2.4.2 Políticas generales y específicas	
Del Seguro Social Campesino	40
2.5 Prestaciones y Servicios	44
2.6 Procesos Internos	47
2.7 Financiamiento	50
2.8 Marco legal	51
<b>CAP III: GESTION DE LA UNIDAD OPERATIVA DEL SSC</b>	<b>54</b>
3.1 Situación Geográfica	54
3.1.1 Situación Geográfica	54
3.1.2 Dispensario Médico el Deseo	57
3.1.3 Instalaciones internas y externas del Dispensario	58
3.2 Cobertura poblacional	61

3.3 Infraestructura de la Unidad Operativa	65
3.4 Organigrama de las Unidad Operativa	67
3.4.1 Personal y actores sociales de la unidad operativa	67
3.4.2 Estructura organizacional y funcional de la Unidad operativa	68
3.4.3 Funciones del personal	70
3.5 Plan de servicios	70
3.5.1 Consulta de atención primaria	71
3.5.2 Emergencias menores	71
3.5.3 Consulta de odontología	72
3.5.4 DOTS Y DOC	72
3.5.5 MATERNIDAD	73
3.5.6 JUBILACION Y MORTUARIA	74
3.6 Recursos Humanos	74
<b>CAP IV: DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LA UNIDAD OPERATIVA</b>	76
4.1 Análisis de la demanda	76
4.1.1 Caracterización del espacio y población	77
4.1.2 Aspectos físico geográficos	77
a) Vías de comunicación	77
b) Clima e hidrología	79

4.1.3 Aspectos socioeconómicos	80
a) Actividad productiva	80
b) Vivienda	80
c) Cobertura educativa	81
4.1.4 Perfil demográfico de la zona	81
4.1.5 Aspectos higiénicos sanitarios	82
a) Abastecimiento de agua	82
b) Letrinas y excretas	82
c) Basura y servicios públicos	83
4.1.6 Proceso salud enfermedad	83
4.1.7 Conclusiones de la demanda	84
4.2 Análisis de la oferta	84
4.2.1 Caracterización de los recursos en el territorio	85
4.2.2 Unidad médica	87
4.2.3 Conclusión de la caracterización de los recursos Del territorio	92
4.3 Análisis de los actores sociales en el territorio	92
4.3.1 Investigación de campo	95
4.3.2 Población a estudio del Dispensario médico El Deseo	96
4.3.3 Instrumentos de investigación (Encuestas, entrevistas, Observaciones directas)	96

4.3.4 Variables (Genero, sexo, nivel de educación, edad)	97
4.3.5 Conclusiones de trabajo de campo, encuestas Realizadas a afiliados del SSC y de entrevista directa al Personal que labora en la unidad operativa	125
4.3.6 Indicadores de gestión	126
4.4 Identificación de los principales problemas y riesgos De la unidad operativa	130
<b>CAP V: ANALISIS DE LA GESTION ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD OPERATIVA DEL SSC</b>	131
5.1 Análisis de los factores internos	131
5.2 Análisis de los factores externos	133
5.3 Elaboración de las estrategias a través de la matriz FODA	136
5.4 Estrategias obtenidas de la Matriz FODA	138
<b>CAP VI: PROPUESTA DE LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS</b>	139
6.1 Líneas estratégicas	139
6.2 Infraestructura	140
6.3 Tecnología	141
6.4 Red plural de salud	143
6.5 Manejo de la salud pública y del perfil epidemiológico De la zona	144
6.6 Capacitación de la población	146

6.7 Esquema de los lineamientos estratégicos	148
--	-----

<b>CAP VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	159
--	-----

7.1 Conclusiones	159
------------------	-----

7.2 Recomendaciones	161
---------------------	-----

## **BIBLIOGRAFÍAS Y ANEXOS**

Bibliografías

Anexos

## **INDICE DE TABLAS**

1. Tabla 1 de Organizaciones y número de afiliados del Dispensario	64
2. Tabla 2 de características del recurso sanitario en el territorio estudiado	85-87
3. Tabla 3 de actores sociales en la parroquia del dispensario	93-95
4. Tabla 4, EFI de fortalezas y debilidades del dispensario	132-133
5. Tabla 5, EFE de oportunidades y amenazas del dispensario	135
6. Tabla 6, Matriz FODA del dispensario	136-138
7. Tabla 7, Esquemas de Lineamientos estratégicos del Dispensario “El Deseo”	148-158

## INDICE DE GRÁFICOS Y FOTOS

1. Gráfico 1, Modelo de planificación del SSC	49
2. Mapa geográfico del cantón Milagro, 2010	55
3. Mapa Urbano del cantón Milagro, 2010	56
4. Foto de entrada principal del dispensario	58
5. Foto de entrada secundaria, fachada y visión general de las áreas del dispensario	58
6. Foto de área de patio del dispensario	58
7. Foto de área de bodega y farmacia del dispensario	59
8. Foto de área posterior del dispensario	59
9. Foto de entrada a sala de espera de pacientes y al fondo puerta de entrada a área de afiliación	60
10. Foto de sala de espera y al fondo puertas de entrada a consultorios médicos, odontológicos y cirugía menor	60
11. Gráfico 2, Esquema de las Instalaciones del dispensario el Deseo	66
12. Flujograma del Organigrama funcional actual del personal del dispensario médico El Deseo	69
13. Foto de Vía de acceso al recinto el Deseo	78
14. Gráfico 3 de número de pacientes atendidos mensualmente y las horas de atención implicadas	89
15. Gráfico 4 de número de pacientes atendidos mensualmente por primera vez de en el año 2011	90
16. Gráfico 5 de número de pacientes atendidos mensualmente que eran sanos(en los cuales se realiza prevención) durante este período	91
17. Gráfico 6 de pregunta de encuesta, ¿Cómo calificaría la	

atención en el dispensario?	98
18. Gráfico 7 de pregunta de encuesta, ¿Cómo calificaría la Atención del médico en el dispensario?	99
19. Gráfico 8 de pregunta de encuesta, ¿Cómo calificaría la Atención de la enfermera en el dispensario?	99-100
20. Gráfico 9 de pregunta de encuesta, ¿Cómo calificaría la Atención del odontólogo?	100
21. Gráfico 10 de pregunta de encuesta, ¿Tras la atención Médica, En qué medida mejoró?	101
22. Gráfico 11 de pregunta de encuesta, ¿Cómo califica El tiempo de espera para recibir atención?	102
23. Gráfico 12 de pregunta de encuesta, ¿Usted cree que lo Que paga está bien para el servicio médico que recibe?	103
24. Gráfico 13 de pregunta de encuesta, ¿Recomendaría el Servicio a otra persona?	103
25. Gráfico 14 de pregunta de encuesta, ¿Cuántas veces al Año ha ido al dispensario?	104
26. Gráfico 15 de pregunta de encuesta, ¿En comparación con La atención que usted recibe en los dispensarios del sector Público la del SSC es...	105
27. Gráfico 16 de pregunta de encuesta, ¿Hay alguna Recomendación que considera decir que se debería Hacer en este dispensario médico?	106
28. Gráfico 17 de pregunta de encuesta, ¿Está usted a gusto En su trabajo?	107
29. Gráfico 18 de pregunta de encuesta, ¿Se siente cómodo y Con espacio suficiente en su puesto de trabajo?	108
30. Gráfico 19 de pregunta de encuesta, De las siguientes opciones Ordene de 1 a 5, los hechos que influyen de manera negativa En su trabajo.	109
31. Gráfico 20 de pregunta de encuesta. De las siguientes opciones	

Ordene de 1 a 5, los hechos que influyen de manera negativa En su trabajo.	110
32. Gráfico 21 de pregunta de encuesta, ¿Tiene la suficiente Autonomía En su trabajo?	111
33. Gráfico 22 de pregunta de encuesta, ¿Sus ideas son tenidas en Cuenta Por sus jefes o superiores?	112
34. Gráfico 23 de pregunta de encuesta, ¿Considera que el Ausentismo laboral en su empresa es excesivo?	113
35. Gráfico 24 de pregunta de encuesta, ¿La administración y Políticas De la empresa son adecuadas?	113-114
36. Gráfico 25 de encuesta, ¿Esta en relación con la Experiencia que posee?	114
37. Gráfico 26 de encuesta, ¿Esta en relación con la Titulación académica?	115
38. Gráfico 27 de encuesta, ¿Está lo suficientemente Supervisado y reconocido?	115-116
39. Gráfico 28 de encuesta, ¿Le gustaría permanecer En su puesto de trabajo dentro de su empresa?	116
40. Gráfico 29 de encuesta, ¿Existen posibilidades de Movilidad en su empresa?	117
41. Gráfico 30 de encuesta, ¿Le permiten realizar Acciones administrativas?	117
42. Gráfico 31 de encuesta, ¿Se lleva bien con sus Compañeros?	118
43. Gráfico 32 de encuesta, ¿Le ayudaron y Apoyaron los primeros días cuando entro en la empresa?	119
44. Gráfico 33 de encuesta, ¿Si dejase la empresa Para ir a otra, lo sentiría por sus compañeros?	119-120
45. Gráfico 34 de encuesta, ¿Cómo evalúa el desempeño De sus superiores?	120
46. Gráfico 35 de encuesta, ¿Considera que su trabajo está	

Bien remunerado?	121
47. Gráfico 36 de encuesta, ¿Su sueldo está en consonancia Con los sueldos que hay en su empresa?	121-122
48. Gráfico 37 de encuesta, ¿Creé que su remuneración Está por encima de la media en su entorno social, Fuera de la empresa?	122
49. Gráfico 38 de encuesta, ¿Cree que su sueldo está En consonancia con la situación y marcha económica De la empresa?	123
50. Gráfico 39 de encuesta. ¿Hay alguna recomendación Que considera decir que se debería hacer en este dispensario Médico?	124

## RESUMEN (ABSTRACT)

En este trabajo realizamos el análisis y evaluación del funcionamiento y operación del Dispensario Médico “**El Deseo**” en la jurisdicción de Milagro en el período 2010-2011, encontrando como principales debilidades: Deficiencias en la Infraestructura física e insuficiente dotación de equipos médicos, falta de organizacional formal en la administración del dispensario (*no hay un jefe formal*), estos aspectos limitan el mejorar o mantener la calidad de los servicios médicos prestados en el dispensario.

También se determinó que en el dispensario no se utilizan herramientas modernas de la administración hospitalaria actual, como: Sistematizar las historias clínicas de los pacientes, derivar a los pacientes a hospitales de segundo orden asociando al dispensario a una red plural de salud, estudios de las patologías prevalentes de la zona para desarrollar estrategias como protocolos y charlas de prevención.

Adicionalmente se estableció que el dispensario no disponía de estudios o informes financieros de las gestión y el empleo de los recursos asignados a la unidad y la conveniencia o no de prestar determinados servicios o tipos de atenciones.

Por lo antes indicado se desarrolló una propuesta de lineamientos estratégicos para atender los problemas detectados en el dispensario médico que se basan en: Modernizar la infraestructura física actual, solicitar dotación de equipos o implementos para atender patologías más frecuentes en la zona, implementar un laboratorio de exámenes generales para el control y manejo de patologías y derivar oportunamente los casos que ameriten atención en hospitales de segundo orden.

También se plantea en la propuesta de lineamientos estratégicos incorporar al dispensario a una red plural de salud para derivar a los pacientes a hospitales de mayor nivel en los casos que corresponda y el desarrollo de un estudio para determinar las 4 principales patologías que se dan en la zona para establecer protocolos oportunos de atención y charlas de prevención en la población de influencia.

Adicionalmente se sugiere revisar la estructura organizacional del dispensario y asignar la responsabilidad de la dirección formalmente a una persona y la implementación de indicadores para medir la gestión del dispensario en: Satisfacción de los afiliados con los servicios prestados, productividad de los médicos y el tiempo atención por paciente y de espera de los pacientes para ser atendidos.

**Palabras Claves:** (jurisdicción de milagro, sistematizar, patologías, lineamientos estratégicos, laboratorio, estructura organizacional)

## **ABSTRACT**

In the current thesis the team performs the analysis and evaluation of the medical dispensary “El Deseo” located at Milagro jurisdiction between 2010 to 2011. In the present article, the researchers found: Lack of physical infrastructure, medical equipment and administrative personal. All this aspects create a deficient service for the patients.

The dispensary doesn't use modern administrative tools such as: Medical records database, transfer patients Level 2 Hospital, observation of the most prevalent pathologies of the area, to develop guidelines of treatment and preventive lectures. Relevant information of the study, it was the dispensary personal didn't have the financial books in order regarding the resources assigned to the clinic.

The researchers developed an schematic strategic lines to solve the problems detected that will fix the infrastructure of the clinic, request new equipment and tools to diagnose and treat the most prevalent pathologies in the area, implement a new laboratory to control the pathologies, transfer the complicated cases and create guidelines of treatment for the 4 most prevalent pathologies of the area so the medical team give preventive lectures to “El Deseo” Population.

Finally, the team suggests reviewing the organizational structure of the dispensary and creates the dispensary director position. Also implement indicators to measure the management of the clinic such as: Satisfaction of the patient, medical staff productivity and time spent on the waiting room.

**Key Words:** (Milagro jurisdiction, medical records database, pathologies, strategic lines, laboratory, organizational structure)

## **INTRODUCCIÓN**

El Seguro Social Campesino es una entidad pública que nació en 1968, gracias a los esfuerzos de varias personalidades como; Carlos Andrade Marín, Pablo Arturo Suárez, Víctor Gabriel Garcés, Plutarco Naranjo y de sindicatos campesinos que bajo gobierno del General Guillermo Rodríguez Lara, lograron aprobar y poner en vigencia un plan piloto de salud, que por primera vez en la historia del Ecuador incorporo a 611 familias campesinas, al sistema de seguridad social. Siendo en el gobierno del Dr. Osvaldo Hurtado Larrea, en noviembre de 1981 aprobada la Ley de Extensión del Seguro Social Campesino por la cámara nacional de representantes, la cual consolida los recursos para su financiamiento y la estructura burocrática-administrativa de la institución. Esta entidad tiene como finalidad prestar servicios de salud de atención primaria y de especialidad a la población campesina de nuestro país.

En la actualidad hay cerca de 900.000 personas afiliadas, lo que ha producido un mayor demanda de los servicios que esta institución presta, pero la respuesta ante estas necesidades no han sido acordes al crecimiento poblacional, lo que ha creado una disconformidad de parte de los usuarios.

A esto se suman varios factores que influyen en el desarrollo institucional, entre los que podemos nombrar la desatención de los gobiernos de turno, debido a las crisis político financieras que han afectado el país, y que no han permitido administrar adecuadamente los recursos para esta entidad, lo cual se traduce

en el encarecimiento de los insumos necesarios para tratar las enfermedades de los afiliados.

Además existe un desanimo generalizado del recurso humano tanto administrativo y médico, para realizar sus labores con efectividad, eficacia y calidad, debido a la monotonía y falta de motivación hacia los trabajadores de la institución, por falta de una cultura organizacional y un clima estimulante adecuado. <sup>1</sup>

También influye el sistema administrativo de la institución, el cual no es acorde a la funcionabilidad del servicio que se presta. Entre los principales problemas administrativos tenemos la falta de planificación, la inexistencia de una estructura organizacional apropiada, la deficiencia de un sistema de control y evaluación, falta de proyección de imagen institucional, descentralización de la cadena de mando y un estilo gerencial moderno. Por lo cual se necesita de un plan estratégico. Este parte de una situación inicial (resultado del diagnóstico realizado) y desde ese punto se establece una trayectoria (arco direccional) hacia la nueva situación objetivo deseado. A esta situación deseada se quiere llegar mediante el consenso entre diferentes actores sociales.

El plantearse en una entidad de salud pública como el SSC, un lineamiento estratégico, es una forma de reconocer las estructuras complejas, la incertidumbre, el conflicto y dependencia, en el cual se asientan los problemas de poder, admitiendo a su vez las diferentes fuerzas sociales que atañen a

estas, para así poder utilizar e integrar elementos normativos que nos lleven a lo que se debe hacer y así aplicar elementos estratégicos que deben realizarse, mediante una actitud anticipativa y exploradora que construya proyectos idóneos que permitan llegar al cambio deseado, que vaya desde el interior al exterior y tenga una amplia participación de todos los actores que intervienen en el proceso.

Por lo cual es trascendental el realizar un diagnóstico que proporcione claridad de la situación actual de la gestión administrativa del SSC, por lo cual se lo hará por medio del análisis FODA, siendo así externo e interno, que permita ubicar dónde estamos y a donde queremos llegar, para luego plantear alternativas que permitan diseñar planes, y elementos para la factibilidad del proyecto. Y así teniendo estos resultados del diagnóstico, poder plantear los componentes de un plan estratégico que se siga los principios corporativos como son: La visión, la misión, los objetivos (el que hacer), las estrategias (el cómo hacer) y las metas (hasta cuándo y cómo).<sup>2</sup>

Para así alcanzar finalmente una gestión administrativa de salud, que cumpla con el plan estratégico diseñado y conformado con los cuatro elementos básicos: Tiempo, espacio, modo y satisfacción de las necesidades de la población. Y así conseguir una entidad que goce de autonomía administrativa, financiera y patrimonio propio, los cuales son componentes importantes que dan descentralización, para así brindar un servicio de salud integral que cubra

el 80% de las patologías en las comunidades y la derivación a centros de mayor complejidad o especialidad según amerite el caso, y con énfasis en la prevención y fomento de la salud con prioridad a mejorar el entorno ambiental de las áreas rurales consiguiendo un entorno saludable. <sup>3</sup>

## **JUSTIFICACIÓN**

En Ecuador gran parte de la población vive en zonas rurales, donde el nivel socioeconómico es bajo y es propensa a enfermedades debido a la malnutrición y las malas condiciones de vivienda en la que yacen.

El seguro social campesino es una de las entidades que acorde a la ley de seguridad social provee servicios de salud de atención primaria enfocados en programas de salud integral, con énfasis en el saneamiento ambiental y el desarrollo comunitario, la entrega de prestaciones por invalidez, discapacidad, vejez y muerte y la promoción de la participación social de la población campesina, para contribuir a elevar su nivel de vida y a potenciar su historia, organización y cultura, que se ejecutan en las zonas rurales y al pescador artesanal del Ecuador.

La atención primaria es uno de los pilares estratégicos en el Ecuador a este nivel, porque permite ser la primera atención que se brinda al 75-80% de las patologías que ocurren en las comunidades, dejando el 15% de las atenciones a los hospitales de primer nivel y 5% a los hospitales de subespecialidades. Es así que un modelo integral de salud primaria produce una buena relación médico paciente por la atención individual y en su medio social que se asiste, encontrando problemas en el sitio afecto, y generando cambios a futuro. <sup>4</sup>

Dada la importancia que tiene la atención primaria en la realidad de nuestro país, está justificado realizar esta investigación de campo y hacer una propuesta de lo que se puede emprender por mejorar los servicios de salud de atención primaria que se brindan a nivel rural y poderlo llevar a los más altos niveles de realización como se dan en países europeos, donde la atención primaria es de orden principal y eficiente, concatenada con las redes de salud y se encuentra al orden de la actualidad produciendo una atención efectiva a los cambios que se dan en la sociedad en el tiempo.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Para la realización de este estudio observacional que se elaboró bajo toma de encuestas y entrevistas con los afiliados, actores sociales y personal nacional, se tomó en cuenta que la institución Seguro social campesino y sus diversas unidades de salud producen un sistema de atención primaria que brinda sus servicios desde aproximadamente cinco décadas y atiende aproximadamente 900.000 afiliados en las zonas rurales de todo el Ecuador. A su vez dado el aumento exponencial de la población afiliada al SSC, ha generado instaurar cada vez más dispensarios para atender esta demanda. <sup>5</sup>

Llama mucho la atención que en la actualidad no hay evidencia clara documentada de la calidad de estos servicios y del impacto de los mismos sobre la población afiliada. Lo cual se quiere reflejar de alguna forma en este

estudio de campo al interactuar con el personal sanitario, los actores sociales y la población afiliada existente en el dispensario el deseo.

## **TEMA DE TESIS**

“Diagnóstico y Diseño de un Proyecto de Gestión Administrativa de una unidad operativa del Seguro Social Campesino en la Jurisdicción de Milagro”

## **OBJETIVOS GENERALES**

Diseñar un Proyecto de un Sistema de Gestión Administrativa de una unidad operativa en el Seguro Social Campesino en la Jurisdicción de Milagro

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Realizar el análisis situacional de la unidad operativa del SSC en la jurisdicción de Milagro.
- Evaluar la gestión administrativa de la unidad operativa del SSC en la jurisdicción de milagro.
- Diseñar los lineamientos estratégicos acordes al diagnóstico.

## **METODOLOGIA**

Para cumplir los objetivos del proyecto inicialmente se realizara una extensa revisión bibliográfica sobre el funcionamiento de la seguridad social, seguro social campesino y la unidad operativa El Deseo en Milagro, luego se realizara

un diagnóstico situacional de la unidad operativa en base a la revisión bibliográfica, encuestas a no menos de 300 campesinos afiliados al SSC y entrevistas a personal de salud del dispensario, y observación directa del funcionamiento del dispensario. Se obtendrán los principales problemas y riesgos de la zona. Estos datos de la gestión serán analizados en una Matriz FODA que dará como resultado estrategias que mejoren el desempeño del dispensario. En base a estas estrategias se desarrollarán lineamientos estratégicos para mejorar los servicios de salud.

# **CAPITULO 1.- INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**

## **1.1 HISTORIA Y ANTECEDENTES**

El instituto ecuatoriano de seguridad social tiene sus inicios en los años 1905, 1915, 1918 y 1923, creándose con el objetivo de amparar a aquellos empleados tanto públicos, educadores, telegrafistas y todos aquellos que pudieran depender del poder judicial.

En el año de 1928 tiene su origen en la caja de pensiones, como producto de la inconformidad de la clase social trabajadora guayaquileña con la explotación laboral y las malas condiciones de trabajo, esto desato las movilizaciones de 1917 y la huelga realizada en noviembre de 1922, que se convirtió en masacre de los huelguistas del 15 de noviembre de 1922 que fue plasmado en el libro de Joaquín gallegos Lara como las cruces sobre el agua, que tuvo por objetivo la reducción de la jornada laboral, erradicación del Trabajo Infantil y la creación de cajas de pensiones. Uno de los resultados entonces es la creación de la caja de pensiones.

Es así que en el gobierno del doctor Isidro Ayora Cueva, mediante Decreto N° 18, del 8 de marzo de 1928, creó la Caja de Jubilaciones y Montepío Civil, Retiro y Montepío Militar, Ahorro y Cooperativa, institución de crédito con personería jurídica, organizada de conformidad con la Ley que se denomina

Caja de Pensiones, esta ley estableció a la Caja de Pensiones como entidad aseguradora con capital propio, diferenciado de los bienes del Estado, con aplicación dual en el sector laboral público y privado, su objetivo fue conceder a los empleados públicos, civiles y militares, los beneficios de Jubilación, Montepío Civil y Fondo Mortuario, en octubre de 1928, estos beneficios se extendieron a los empleados bancarios.

En octubre de 1935 se dictó la Ley del Seguro Social Obligatorio y se crea el Instituto Nacional de Previsión, órgano superior del Seguro Social que comenzó a desarrollar sus actividades el primero de mayo de 1936. Su finalidad fue establecer la práctica del Seguro Social Obligatorio, fomentar el Seguro Voluntario y ejercer el Patronato del Indio y del Montubio, es así que en la misma fecha inició su labor el Servicio Médico del Seguro Social como una sección del Instituto.

En febrero de 1937 se reformó la Ley del Seguro Social Obligatorio y se incorporó el seguro de enfermedad entre los beneficios para los afiliados. En julio de ese año, se creó el Departamento Médico, por acuerdo del Instituto Nacional de Previsión.

En marzo de ese año, el Ejecutivo aprobó los Estatutos de la Caja del Seguro de Empleados Privados y Obreros, elaborado por el Instituto Nacional de

Previsión. Dio origen así a la Caja del Seguro Social, cuyo funcionamiento administrativo comenzó con carácter autónomo desde el 10 de julio de 1937.

El 25 de julio de 1942 se expidió la Ley del Seguro Social Obligatorio. Los Estatutos de la Caja del Seguro se promulgaron en enero de 1944, con lo cual se afianza el sistema del Seguro Social en el país.

En diciembre de 1949, por resolución del Instituto Nacional de Previsión, se dotó de autonomía al Departamento Médico, pero manteniéndose bajo la dirección del Consejo de Administración de la Caja del Seguro, con financiamiento, contabilidad, inversiones y gastos administrativos propios.

Las reformas a la Ley del Seguro Social Obligatorio de julio de 1958 concedieron equilibrio financiero a la Caja y la ubicaron en nivel de igualdad con la de Pensiones, en lo concerniente al coste de prestaciones y beneficios.<sup>6</sup>

En septiembre de 1963 se fusionó la Caja de Pensiones con la Caja del Seguro para formar la Caja Nacional del Seguro Social. Esta Institución y el Departamento Médico quedaron bajo la supervisión del ex -Instituto Nacional de Previsión. En 1964 se establecieron el Seguro de Riesgos del Trabajo, el Seguro Artesanal, el Seguro de Profesionales, el Seguro de Trabajadores Domésticos y, en 1966, el Seguro del Clero Secular.

Se realizaron investigaciones en 1968 con la supervisión de especialistas en el tema tanto nacionales y extranjeros, estos estudios concluyeron, la inexcusable necesidad de replantear los principios rectores adoptados treinta años atrás en los campos actuariales, administrativo, prestacional y de servicios, lo que dio como resultado el Código de Seguridad Social, para convertirlo en instrumento de desarrollo y aplicación del principio de Justicia Social, sustentado en las orientaciones filosóficas universalmente aceptadas en todo régimen de Seguridad Social: el bien común sobre la base de la Solidaridad, la Universalidad y la Obligatoriedad.

El 2 de julio de 1970 por medio del Decreto Supremo N° 40 publicado en el Registro Oficial N° 15 del 10 de julio de 1970 se transformó la Caja Nacional del Seguro Social en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y el 20 de noviembre de 1981, por Decreto Legislativo se dictó la Ley de extensión del Seguro Social Campesino, del cual hablaremos en posteriores capítulos.

En 1986 se estableció el Seguro Obligatorio del Trabajador Agrícola, el Seguro Voluntario y el Fondo de Seguridad Social Marginal a favor de la población con ingresos inferiores al salario mínimo vital, luego de esto el Congreso Nacional, en 1987, integró el Consejo Superior en forma tripartita y paritaria, con representación del Ejecutivo, empleadores y asegurados; estableció la obligación de que consten en el Presupuesto General del Estado las partidas correspondientes al pago de las obligaciones del Estado.

En 1991, el Banco Interamericano de Desarrollo, en un informe especial sobre Seguridad Social, propuso la separación de los seguros de salud y de pensiones y el manejo privado de estos fondos, lo que dio como resultado de la Consulta Popular de 1995 en el gobierno del Ing. Sixto Duran Ballén, que se negara la participación del sector privado en el Seguro Social y de cualquier otra institución en la administración de sus recursos. Es así que luego la Asamblea Nacional, reunida en 1998 para reformar la Constitución Política de la República, consagró la permanencia del IESS como única institución autónoma, responsable de la aplicación del Seguro General Obligatorio.

El IESS, según lo determina la vigente Ley del Seguro Social Obligatorio, se mantiene como entidad autónoma, con personería jurídica, recursos propios y distintos de los del Fisco. Bajo la autoridad de la Comisión Interventora ha reformado sus Estatutos, Reglamentos y Resoluciones para recuperar el equilibrio financiero, con lo que El 30 de noviembre del 2001, en el Registro Oficial N° 465 se publica la ley de seguridad social. 7

## **1.2 MISION-VISION Y OBJETIVOS DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**

### **1.2.1 Misión y Visión**

Una vez creada el instituto de seguridad social se establecen la misión visión y objetivos de la misma, la cual detallamos a continuación:

**Misión.-** El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social tiene la misión de proteger a la población urbana y rural con relación de dependencia laboral o sin ella contra las contingencias de Enfermedad maternidad Riesgos del Trabajo, discapacidades, cesantía, invalidez, vejez y muerte.

**Visión.-** Ser una aseguradora moderna Técnica y sencilla orientada a conseguir prestaciones suficientes, oportunas, y de calidad que satisfagan y superen las expectativas de sus afiliados, considerando criterios de descentralización, desconcentración y eficiencia así como los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, subsidiaridad, y suficiencia

Entre los principios rectores que el seguro social obligatorio rigen se fundamentan en los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiariedad, y suficiencia, los cuales deben ser respetados y puestos en práctica, sin omisión de ninguna índole social, política, financiera, todo esto conforme a lo que dicta a la ley del seguridad social que se expondra en capítulos posteriores.

## **1.2.2 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS**

### **Objetivo general**

Reorientar y fortalecer los Servicios de Salud del IESS en todos los niveles de atención y complejidad hacia un enfoque integral, individual y familiar de los problemas de salud basado en la estrategia de Atención Primaria renovada, estableciendo el primer nivel de atención como puerta de entrada obligada al sistema de servicios de salud y con un funcionamiento en red plural para garantizar el derecho a la salud de los beneficiarios y sus familias.

### **Objetivos Específicos:**

- Establecer zonas geográficas de asignación de población beneficiaria definida, acordes con la división político-administrativa del territorio nacional, para el acceso a la red plural de servicios de salud, a través de los prestadores de primer nivel de atención, debidamente calificados/acreditados por el IESS.
- Identificar la situación de salud y riesgos de los derechohabientes y sus familias por zonas geográficas de adscripción.
- Normar la cartera de servicios y guías clínicas.

- Establecer y estandarizar el nivel de complejidad y capacidad resolutoria de todas las unidades médicas del SGSIF y SSC; garantizando la calidad, sin sobreposición de funciones, ni brechas en la atención; con servicios desconcentrados y polivalentes para el funcionamiento en red plural.
- Establecer el primer nivel como la puerta de entrada obligada a la red plural (prestadores propios y externos) de servicios de salud, encargada de la síntesis de la información y de la distribución del flujo de referencia y contra referencia al resto de niveles de atención.
- Establecer el flujo adecuado de información integral e integrada de los derechos habientes a través de un sistema digital que integre el sistema de información y la historia clínica única en línea, creando una relación a lo largo del tiempo y del espacio del territorio nacional.
- Establecer los mecanismos necesarios para implementar el mejoramiento continuo y garantía de la calidad de la atención de salud en los servicios del IESS.

- Invertir y capacitar al recurso humano del IESS en gerencia de servicios de salud, planificación y pensamiento estratégico, atención médica integral y medicina de familia.
- Establecer un funcionamiento en red plural, a través de mecanismos de articulación con proveedores públicos, privados sin fines de lucro y privados con fines de lucro (en ese orden) en los territorios sin servicios propios para garantizar la calidad, oportunidad, continuidad y optimización de los recursos.
- Consolidar la Participación Social constructiva de los sectores de la comunidad beneficiaria en cada zona geográfica. 8

## **1.3 FUNCIONES Y ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**

### **1.3.1 Funciones del IESS**

Entre las responsabilidades y atribuciones del instituto ecuatoriano de seguridad social, es de ser el órgano ejecutor encargado del aseguramiento de la salud, esta unidad especializada verificará varias funciones como son las de comprar, regular, normalizar y controlar las prestaciones de salud a las unidades de salud del IESS, y también mediante convenios con otros prestadores calificados y

acreditados cuyos servicios de salud serán pagados con cargo al fondo presupuestario de salud.

La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, bajo su responsabilidad, implementará los mecanismos administrativos, financieros y contables necesarios, para la formulación, evaluación médica y liquidación de los pagos por los servicios de salud prestados. El Seguro General de Salud Individual y Familiar tendrá a su cargo la administración de los procesos de aseguramiento para la entrega de las prestaciones integrales de salud de los afiliados y beneficiarios con derecho, a través de la compra de servicios de salud. El aseguramiento del afiliado y sus familiares garantiza la cobertura de las necesidades frente a las contingencias de enfermedad, maternidad y riesgos, la evaluación periódica del estado de salud de la población asegurada, la formulación de los programas de extensión de este Seguro a otros grupos humanos, y el cumplimiento de las demás obligaciones que determinarán las regulaciones del Consejo Directivo del IESS.

En cualquier caso de atención a la salud de los asegurados protegidos por IESS, se concederá la prestación de acuerdo a convenios que se celebren con organismos públicos o privados a través de la compra y venta de servicios según el tarifario.<sup>9</sup>

## **1.4 MARCO LEGAL DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**

El marco legal del instituto ecuatoriano de seguridad social está establecido según El artículo 367 de la Constitución de la República del Ecuador que establece que el sistema de seguridad social es público y universal, no podrá privatizarse y atenderá las necesidades contingentes de la población. La protección de las contingencias se hará efectiva a través del seguro universal obligatorio y de sus regímenes especiales. Se guiará por principios del sistema nacional de Inclusión y equidad social, obligatoriedad, suficiencia, integración, solidaridad y subsidiariedad.

Que, el artículo 368 de la Constitución dispone que el sistema de Seguridad Social “funcionará con base en criterios de sostenibilidad, eficiencia, celeridad y transparencia”.

Que, el artículo 370 establece: “El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, entidad autónoma regulada por ley, será responsable de la prestación de las contingencias del Seguro Universal Obligatorio a sus afiliados”;

Que, el artículo 360 de la Constitución de la República establece: “El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman,... La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada

por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad”.

Que, la Ley de Seguridad Social en el artículo 17 prevé que, el IESS tiene la misión de proteger a la población urbana y rural con relación de dependencia laboral o sin ella, contra las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez y muerte.

Que, el artículo 102 de Ley de Seguridad Social dispone “ALCANCE DE LA PROTECCION.- El Seguro General de Salud Individual y Familiar protegerá al asegurado contra las contingencias de enfermedad y maternidad...El afiliado, su cónyuge o conviviente con derecho, y sus hijos menores hasta los seis (6) años de edad, así como el jubilado, serán beneficiarios de acciones integrales de fomento y promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades no profesionales, recuperación y rehabilitación de la salud individual. Las beneficiarias del seguro de maternidad recibirán atención de embarazo, parto y puerperio. Se accederá a las prestaciones de salud de este Seguro en condiciones de libre elección del prestador de servicios de salud, público o privado, dentro de las limitaciones señaladas...”.

Que, el artículo 116 de la Ley de Seguridad Social determina el derecho del asegurado a la libertad de elección de prestadores de salud, con sujeción a la Ley y al Tarifario aprobado por el IESS.

Que, es necesario armonizar la normativa interna del IESS con la Constitución de la República y la Ley de Seguridad Social, a fin de garantizar el derecho a la seguridad social y su sostenibilidad, mediante una red de prestadores, organizada por zonas geográficas de adscripción de la población y bajo un procedimiento adecuado que garantice la universalidad y eficiencia de la atención de salud con enfoque individual, familiar, comunitario y en red.

En uso las atribuciones que le confieren el Art.27, letras i y j, de la Ley de Seguridad Social, resuelve expedir el presente reglamento para la atención de salud integral en red plural de los asegurados del instituto ecuatoriano de seguridad social. 10

## **CAPITULO 2.- SEGURO SOCIAL CAMPESINO**

### **2.1 Definición e Introducción**

El seguro social campesino es un régimen especial del seguro general obligatorio, establecido en el artículo 60 de la constitución política de la república del Ecuador con el objetivo de proteger a la población rural y al pescador artesanal del país. Realizándolo mediante unidades operativas de salud asentadas en zonas rurales, que brindan prestaciones de salud, protección contra las contingencias de invalidez, discapacidad, vejez y muerte por medio de programas establecidos. Su financiamiento se da con el aporte solidario de los asegurados y empleadores del sistema nacional de seguridad social, la aportación diferenciada de las familias protegidas y las asignaciones fiscales que garanticen su fortalecimiento y desarrollo. Además los seguros públicos y privados que forman parte del sistema nacional de seguridad social, contribuirán obligatoriamente al financiamiento del seguro social campesino a través del IESS, conforme lo determine la ley. <sup>11</sup>

El Seguro Social Campesino forma parte de las cuatro unidades de negocios del IESS o de las cuatro direcciones especializadas, que están conformadas por seguros de la fuerza pública, seguro general obligatorio y los seguros opcionales complementarios. Siendo una entidad dependiente del IESS, su organización y funcionamiento se fundamenta en los principios de solidaridad, universalidad, equidad, eficiencia, eficacia, subsidiariedad y suficiencia.

## **2.2 ANTECEDENTES E HISTORIA**

Esta entidad existe desde 1968, empezando como un plan piloto aprobado en cuatro comunidades campesinas del Ecuador: Guabug en Chimborazo, Yanayacu en Imbabura, Palmar en Guayas y la Pila en Manabí, que actualmente presta servicios a 900.000 campesinos

En los 48 años que consta de formación la institución ha tenido procesos de afianzamiento institucional como consecuencia de la presión social ejercida por los afiliados logrando el 5 de junio de 1998 que la Asamblea Nacional Constituyente eleve la existencia del Seguro Social Campesino al rango Constitucional. Sin duda este hecho constituyó un hito histórico de la legislación social en el Ecuador y porque no decirlo, en el concierto mundial puesto que el seguro Social Campesino es un programa único y actualmente sirve de referente para los países latinoamericanos. <sup>12-13</sup>

### **2.2.1 El sistema económico y el sistema natural**

Entender las relaciones entre el sistema económico y el sistema natural, es importante para lograr políticas de desarrollo que integren el capital natural como un componente del modelo.

Las ciencias económicas valoran la actividad del hombre al margen del valor intrínseco del capital natural, considerándolo como un patrimonio heredado e infinito. Una de las preocupaciones recientes es precisamente el deterioro y la

escasez del mismo. El segundo aspecto se refiere al conflicto doctrinario entre la connotación pública o privada de los bienes derivados del uso del capital natural. Al analizar cómo se calcula en el agregado la generación de riqueza, uno se percató de que convencionalmente el PIB únicamente toma en cuenta el valor agregado que resulta de la suma del capital y del trabajo. Lo que nunca ha estado claro para los economistas, es cuál es el valor intrínseco de eso a lo que se le agrega valor para generar el PIB, pues este no forma parte del mismo, es decir no se contabiliza.

El agregar valor al capital natural para generar riqueza económica, en sustitución de ese, es el Paradigma del Desarrollo Económico. Esta transformación, en principio no es en sí algo negativo.

La economía clásica aborda el tema ambiental a partir de la búsqueda de equilibrios entre los agentes económicos rigiéndose por el principio de: “Quien contamina paga”.<sup>14</sup>

Las Externalidades económicas planteadas por Pigou afirman que el medio ambiente viene adquiriendo estatus de bien económico porque muchos recursos naturales, como el agua y algunas fuentes de energía no renovables, comienzan a escasear y presentan horizontes de agotamiento previsibles. Al mismo tiempo, estos bienes naturales, aun cuando sean insumos indispensables del proceso productivo, presentan características de bienes no económicos, por no poseer precio, ni dueño. Por esta razón, el medio ambiente

se encuentra externo al mercado. La incorporación del medio ambiente al mercado se daría mediante el procedimiento de internalización de esas externalidades, adjudicándoles un precio. Por eso, las corrientes de la economía ambiental se ocupan principalmente de la valoración monetaria del medio ambiente. Así una vez internalizado, el medio ambiente pasa a tener las características de un bien económico, o sea, pasa a tener precio y/o derecho de propiedad. <sup>15</sup>

El paradigma del Desarrollo Económico se reproduce a través del capital humano y el capital social derivado del mismo.

Una definición aceptada es la planteada por la Alianza para el Desarrollo Sostenible: “El Desarrollo Sostenible es un proceso de cambio progresivo en la calidad de vida del ser humano, que lo coloca como centro y sujeto primordial del desarrollo, por medio del crecimiento económico con equidad social y la transformación de los métodos de producción y de los patrones de consumo, y que se sustenta en el equilibrio ecológico y el soporte vital de la región. Este proceso implica el respeto a la diversidad étnica y cultural regional, nacional y local, así como el fortalecimiento y la plena participación ciudadana, en convivencia pacífica y en armonía con la naturaleza, sin comprometer y garantizando la calidad de vida de las generaciones futuras”. Siendo este el resultado de la presión que se ejerce cuando las Sociedades Reconocen el valor del Capital Natural y de sus servicios derivados. Esto ocurre cuando su

deterioro pone en riesgo la continuidad de los servicios ambientales. Esto coincide con un rápido crecimiento económico, pero con costos ambientales tan altos, que su recuperación conllevaría deseconomías importantes a nivel del bienestar en general.

Por otro lado, en los países en vías de desarrollo este tipo de presiones no existen. Los recursos ambientales, a pesar de su deterioro actual, aún no plantean un nivel de escasez importante. Aún en casos donde el deterioro ambiental es extremo, la pobreza de gran parte de la población determina otro tipo de prioridades ligadas a la sobre vivencia. <sup>16</sup>

### **2.2.2 El Campesino y su medio**

La definición de campesinado es el elemento de unidad productiva hogareña y su base en la gestión y explotación de los recursos naturales. No obstante, agrega dos elementos que, según diversos estudios empíricos, son de fundamental importancia en el campesinado de todos los países en desarrollo, a saber:

***“La pertenencia a una comunidad local, en que las redes de relaciones interpersonales son esenciales no sólo para las estrategias económicas de los hogares y sus miembros, sino también para otros ámbitos cruciales de la vida humana, como la amistad, la religión, el esparcimiento y el sentido de pertinencia.”***

Y esto nos lleva al segundo factor esencial en esta definición ampliada de campesinado: **“Los integrantes de una comunidad campesina comparten un sistema sociocultural propio, en que las creencias y normas complementan las relaciones e instituciones sociales, y viceversa.”**

En casi todos los países, el campesino ocupa uno de los últimos renglones de la escala social, y es objeto de explotación económica y exclusión social y política por parte de los grupos de mayor poder (Wolf, 1966), fenómenos que suelen ser más intensos cuando los campesinos pertenecen a etnias con una historia de dominación por parte de otras.

El paradigma del capital social puede hacer un aporte significativo a la construcción de una visión prospectiva y proactiva del desarrollo social rural, porque se enmarca plenamente en las nuevas reformas de las políticas sociales, **basadas en la detección y valoración de las fortalezas y capacidades propias de los grupos, las organizaciones y las comunidades pobres.**

La capacidad de los integrantes de los grupos sociales y las comunidades de cooperar entre sí, en una gestión colectiva, coordinada con el apoyo externo. Se supone, entonces, que existe **un capital social**, a partir del cual la capacitación y la práctica podrán fortalecer la participación de la comunidad en la ejecución de estos nuevos programas.

Otro supuesto clave es que haya una reforma real del Estado, que apunte a transformar los sistemas de clientelismo autoritario, partidario o paternalista, para constituir un sistema de verdadero servicio al público, de empoderamiento de los sectores débiles de la sociedad civil, y de rendición de cuentas de los servidores públicos ante los usuarios que deben atender.

El empoderamiento de los actores sociales en diversos niveles territoriales es la piedra angular, en los países en desarrollo, de esta segunda ola de reformas del Estado. Si la primera ola fue la externalización de numerosos servicios públicos, por medio de lo cual se otorgó un mayor papel a los proveedores privados y a los mecanismos de mercado, la segunda ola otorga a la sociedad civil organizada un mayor papel frente al Estado y a la empresa privada.

En Países como Guatemala se piensa que las comunidades mayas del altiplano occidental son proclives a tomar decisiones en forma colectiva, mientras que entre los campesinos del oriente prevalece una cultura individualista, con poca participación en las organizaciones comunitarias. <sup>17</sup>

### **2.2.3 Importancia de la Atención Primaria de Salud en la Población**

En 1978 la OMS convocó a sus países miembros para analizar y apoyar la “Declaración de Alma-Ata” refiriéndose de la siguiente manera: “La salud es un derecho humano fundamental y requiere la intervención de otros muchos

sectores sociales y económicos, además del sector de la salud, el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de la atención a su salud.”

En su artículo III dice que “la promoción y protección de la salud de la población es esencial para el desarrollo económico y social, además de contribuir a una mejor calidad de vida y a la paz mundial”. En el artículo VI define la atención primaria de salud como “el cuidado esencial de la salud basado en métodos y tecnologías prácticas científicamente apropiadas y socialmente aceptables, accesible a los individuos y familias de la comunidad, a través de su participación y a un costo sufragable”.

Además propuso que la Atención primaria es el primer nivel de contacto (lo más cercano posible) con el Sistema de Salud y su primer elemento del cuidado continuo de la salud” y que “es la función central y foco del Sistema Nacional de Salud y del desarrollo socioeconómico de las comunidades”

Se propuso en la atención primaria que se den cambios radicales del enfoque en la prestación de servicios de salud, particularmente en el componente médico: En primer lugar propuso cambiar el enfoque de factores de riesgo individual a determinantes fuera del sector salud; en segundo lugar, cambio del predominio de servicios curativos a promoción de la salud y prevención de la enfermedad; de servicios hospitalarios a servicios en la Comunidad; de servicios centralizados a servicios descentralizados; y finalmente, de

responsabilidad única del gobierno por salud de la población, a responsabilidad compartida con las personas por su salud.

La Declaración de Alma-Ata, con base en las principales causas de los problemas de salud más prevalentes en el mundo, también propuso un programa de servicios esenciales, dando prioridad a las siguientes intervenciones:

1. Educación sobre problemas de salud prevalentes y métodos para prevenirlos y controlarlos;
2. “Promoción del suministro de alimentos y nutrición adecuada;
3. Suministro de agua segura y saneamiento básico
4. Cuidado de salud materno-infantil incluyendo planificación familiar e inmunizaciones
5. Prevención y control de enfermedades endémicas locales
6. Tratamiento apropiado de enfermedades comunes y trauma
7. Suministro de medicamentos esenciales

La atención primaria dispone que el sujeto principal de intervención es la Población y sus comunidades a la cual debe hacerse un diagnóstico completo del nivel de salud y sus determinantes, para formular y ejecutar un plan de mejoramiento de dicho nivel de salud. Para lograrlo, es necesaria la

participación de otros sectores, además del sector salud, e identificar a nivel familiar y personal formas de intervención que sean seguras, efectivas y viables en términos de costos, tecnología y aceptación por los beneficiarios. Por ejemplo, habrá intervenciones colectivas, como el suministro de agua potable y la construcción de ciclo-rutas; familiares, como la provisión de vivienda digna y la consejería sobre el buen trato; y personales, como las inmunizaciones, educación sobre hábitos saludables y autocuidado.<sup>18</sup>

En países como Colombia, en 1970, el Ministerio de Salud estableció a nivel de atención primaria “Niveles de atención médica para un sistema de regionalización en Colombia” que definían claramente las asignaciones de personal y tecnologías de acuerdo con el territorio (urbano-rural). Fue un paso importante en la organización, distribución y sistematización de recursos para la atención médica en el país.

En la década de los 70s, el Departamento de Medicina Social de la Universidad del Valle, desarrolló investigaciones sobre modelos de servicios básicos de salud para el área urbana (PRIMOPS) y para el área rural (CIMDER). Estas investigaciones tuvieron repercusión nacional e internacional por su capacidad de innovación en la extensión costo-efectiva de cobertura de servicios materno-infantiles en poblaciones urbanas marginales y por el desarrollo de un modelo de servicios rurales de salud que fuera la punta de lanza para el desarrollo rural, basado en un Modelo de Bienestar.

El modelo CIMDER desarrolló experiencias muy exitosas en organización comunitaria para la producción agrícola, que a la vez sirviera de base para la entrega de servicios de salud a las familias rurales que se agrupaban en “Uniones familiares de salud”.

Además, CIMDER desarrolló tecnologías innovadoras para uso de personal no profesional, que coincidieron con la denominación de “tecnología apropiada” que la OMS empezaba a promocionar. Entre ellas se destacan:

- a) Un sistema de información (Caja Maestra y Bandera de la Salud) que permitía la planificación, seguimiento y evaluación de intervenciones similares a las recomendadas posteriormente en Alma-Ata, ejecutadas por personal no profesional.
- b) Provisión de agua segura (dotación de cloro) y disposición adecuada de excretas (tasa sanitaria)
- c) Monitoreo del estado nutricional en niños menores de 6 años
- d) Ayudas de laboratorio para diagnóstico de patologías seleccionadas
- e) Manual de Medicina para la Familia Campesina que incluyó: Cuidado del embarazo, parto y puerperio, suministro de primeros auxilios en accidentes y trauma, tratamiento seguro, efectivo y estandarizable de enfermedades comunes mediante algoritmos simples y el uso seguro de medicamentos de efectividad comprobada (micro-puesto de salud).

Estas tecnologías apropiadas fueron desarrolladas para darle capacidad resolutive a la delegación de funciones de personal profesional a personal no profesional (promotoras de salud). Dicha delegación se hizo basada en el supuesto ampliamente analizado de que toda intervención profesional que sea segura, efectiva y estandarizable podía ser delegada sin riesgos adicionales a personal no profesional. El trabajo de las promotoras capacitadas y el uso de estas tecnologías apropiadas les dio gran prestigio en la comunidad y lograron un cambio importante y rápido del estado de salud de sus comunidades, a la vez que las convirtió en las promotoras más veteranas del mundo: la mayoría trabajó veinte años antes de su retiro.

El cuidado esencial de la salud debe ir enfocado hacia tres tipos de usuarios: El usuario comunitario, la familia y el usuario individual. A continuación se citan las definiciones de los usuarios.

**El usuario comunitario.-** Para conocer el usuario comunitario se requiere de un diagnóstico previo del estado de salud de la población mediante el estudio demográfico, epidemiológico, socioeconómico y de políticas públicas que inciden sobre los determinantes sociales de su salud.

Este diagnóstico permite formular un Plan de Cuidado Comunitario, el cual incluye acciones intersectoriales que inciden directamente en los diferentes determinantes sociales que están actuando negativamente en la población.

Por ejemplo, puede incluir suministro y mejoramiento de agua potable; construcción de vivienda digna, de interés social; construcción de escuelas, verdaderos centros de salud y ciclo vías; programas de producción agrícola, artesanal e industrial, etc. Como se puede notar, el sujeto no es individual, es la comunidad.

**La Familia.-** El diagnóstico de la situación de salud de la familia va más allá del diagnóstico individual de sus miembros. El estudio de los factores de riesgo tanto de los individuos como del conjunto de sus miembros, permite formular intervenciones individuales y colectivas para eliminarlos o reducirlos. Estas intervenciones se agrupan en un Plan de Cuidado de la Familia que se caracteriza por ser proactivo, es decir no espera a que la familia lo pida (a que sea atendida), sino que se ofrece y previa aceptación, se ejecuta conjuntamente con sus miembros.

Por ejemplo, el autocuidado es una forma de cuidado que debe fomentarse intensivamente en la familia. Las prácticas de higiene personal, buena alimentación, ejercicio, control de ingesta en exceso de sal y carbohidratos, etc., son parte de este cuidado esencial de la salud de la familia; las prácticas de respeto mutuo son fundamentales para evitar el maltrato y la violencia doméstica; las inmunizaciones en niños y adultos; la toma de exámenes para tamizaje de enfermedades, como la citología vaginal, la toma de presión arterial, o glicemia, etc.

En el caso de que un miembro de la familia presente una enfermedad, éste miembro recibirá en su casa, de ser posible, los cuidados necesarios, incluyendo suministro de medicamentos, adherencia al tratamiento y otras intervenciones clínicas. Este es sólo un ejemplo parcial de lo que debe contener el Plan de Cuidado Familiar.

**El usuario individual.-** Cualquier miembro de la comunidad o de una familia puede recurrir directamente a pedir servicios médicos por causa de un problema de salud. Sin embargo, en el modelo, esta persona debe ser referida por un agente de salud responsable por el cuidado de su familia. Este agente de salud le abre la puerta para que ingrese al Plan de Cuidado médico y reciba el cuidado que requiera. El médico que lo recibe decidirá si requiere cuidado médico ambulatorio, o referirlo a cuidado de segundo nivel hospitalario, o si lo devuelve a su familia con un “seguimiento extramural”. En casos complejos, cuando el médico que lo recibe no puede solucionar el problema, éste lo referirá a especialistas o instituciones de cuidado especializado de tipo ambulatorio u hospitalario. En cada caso, el médico tratante será responsable por devolver al paciente a su médico tratante inicial para su seguimiento con visitas de control en los servicios médicos ambulatorios o en la comunidad, con ayuda de agentes de salud comunitarios. <sup>19</sup>

## **2.2.4 Marco Referencial**

En cuanto a la revisión bibliográfica que haga un marco referencial del seguro social campesino, se ha encontrado dos trabajos, siendo el primero: “La revisión bibliográfica de los 38 años del Seguro Social Campesino en el IESS”, realizado por el Dr. Cedeño, el cual concluye; que se podrían realizar mejoras en el SSC, al establecer controles preventivos, en base de los indicadores de gestión y asumir medidas correctivas de manera eficaz y eficiente, visualizar apropiadamente y de manera profunda la atención al afiliado, conseguir la misión, visión y los objetivos, con mayores elementos de juicio, mejorar la productividad y calidad de los productos entregados. No obstante en este trabajo monográfico, no se ha evaluado de forma metodológica directa el desempeño de los actores sociales. <sup>20</sup>

Siendo así el segundo marco referencial realizado por los estudiantes de Contaduría pública autorizado con el tema: “Análisis del seguro social campesino Ecuatoriano y su incidencia de la atención en salud de los afiliados del recinto la Caracas del Cantón El Empalme”, el cual expone la importancia de dar a conocer los servicios que brinda el seguro social campesino y el nivel de satisfacción de los usuarios. Sin embargo este trabajo de tesis, no expone claramente a sus recomendaciones y conclusiones, un tipo de lineamiento estratégico que ayude a resolver los problemas supuestamente encontrados. <sup>21</sup>

Dado los modelos expuestos anteriormente, consideramos importante realizar una investigación basada en la entrevista directa con los actores sociales los cuales son los protagonistas en el cual se desarrolla el universo del seguro social campesino.

Recalcando que nadie ha hecho encuestas encaminadas que enfoquen la percepción o deseos de los usuarios y prestadores de salud de lo que se debe o puede realizar para mejorar el servicio, y a su vez este concatenado con un plan de lineamientos estratégicos que den cambios efectivos y eficientes al trabajo mancomunado del seguro social campesino.

## **2.3 MISIÓN Y VISIÓN**

### **2.3.1 Misión del Seguro Social Campesino**

El Seguro Social Campesino, conforme a la Ley de Seguridad Social, protege permanentemente a la población del sector rural y pescador artesanal del Ecuador, en sus estados de necesidad, en torno a los riesgos y contingencias a los que son vulnerables, mediante la ejecución de programas de salud integral bajo la entrega de servicios con calidad y calidez, con énfasis en el saneamiento ambiental, el desarrollo comunitario. Además de brindar prestaciones en invalidez, discapacidad, vejez y muerte, y la promoción de la participación social de la población campesina, para contribuir a elevar su nivel de vida y a potenciar su historia, organización y cultura.

### **2.3.2 Visión del Seguro Social Campesino**

El Seguro Social Campesino, régimen especial solidario del IESS, es el líder de la protección a la población campesina del país y reconocido promotor del desarrollo de las comunidades y del mejoramiento permanente de la calidad de vida a sus afiliados.

Es financiado solidariamente de manera capaz por la sociedad ecuatoriana, su organización es descentralizada y desconcertada adaptada a las particularidades de su población, y funciona eficientemente.

Sus recursos humanos son calificados, se capacitan en forma continua, trabajan en equipo, brindan atención eficiente con calidad y calidez, su grado de satisfacción y compromiso son evidentes. Sus dispensarios son acreditados como proveedores de calidad de Atención Primaria de Salud.

En aplicación del modelo de Planificación Estratégica y en cumplimiento de lo dispuesto por la Resolución CD 021, la Dirección del Seguro Social Campesino reasignó la responsabilidad del Equipo Nacional o Central de planificación a las Subdirecciones del SSC y a la dependencia propia de esta responsabilidad: Investigación, Programación y Promoción del SSC (IPP), porque el equipo central o nacional, que no funcionó regularmente desde mediados del año 2004, no respondió a las demandas de los equipos de proyecto que han paralizado su actividad en espera de respuestas a su trabajo.

La explicación recurrente a la deficiencia del equipo nacional era su composición heterogénea y su funcionamiento superpuesto a las dependencias institucionales en el proceso de planificación. Hay que recordar que el mencionado equipo fue reestructurado por dos ocasiones.

Las decisiones adecuadas procurarán superar esas deficiencias del equipo nacional o central de planificación, mejorar la coordinación del proceso y delimitar la responsabilidad para facilitar la evaluación y rendición de cuentas del funcionamiento de todo el sistema de planificación. Las dependencias que asumieron sus responsabilidades y trabajo desarrollarán indicadores de gestión que facilitaran la evaluación del proceso y sus resultados.

## **2.4 ORGANIZACIÓN Y POLÍTICA**

### **2.4.1 La organización del Seguro Social Campesino**

La organización del seguro social campesino cuenta con tres unidades de dependencia directas:

- Unidad de Informática
- Unidad de Recursos Humanos
- Comité de Adquisiciones

Además se apoya técnicamente en dos Subdirecciones:

- Subdirección de Aseguramiento y Control de Prestaciones
- Subdirección de Contabilidad y Control Presupuestario

## **Estructura Administrativa:**

### **Zona I**

El Seguro Social Campesino está actualmente distribuido en ocho circunscripciones, antes denominadas centros zonales, hoy provinciales, cuya jurisdicción están organizados los 578 Dispensarios Rurales que cubren las zonas rurales de las 22 provincias del Ecuador.

- Subdirección Provincial de Pichincha
- Subdirección Provincial de Guayas
- Subdirección Provincial de Azuay
- Departamento Provincial de Chimborazo
- Departamento Provincial de Manabí
- Departamento Provincial de Loja
- Departamento Provincial de Tungurahua
- Departamento Provincial de Imbabura

## **2.4.2 Políticas generales y específicas del Seguro Social Campesino**

### **Políticas Generales**

Las políticas generales de la institución son las que se dan a continuación:

- Se mejorarán las condiciones de salud de los beneficiarios del programa, entregando con oportunidad y calidad las prestaciones que constan en el Artículo 3 de la Ley de Seguridad Social 2001-55.
- Se impulsará la ampliación de cobertura de conformidad con las metas anuales establecidas en el Plan Estratégico.
- La planificación en el Seguro Social Campesino será participativa, en cada nivel, operativo, zonal y nacional, partirá del conocimiento de la realidad y de las necesidades de los usuarios y tomará en cuenta el análisis epidemiológico particular de las comunidades, con énfasis en la satisfacción del afiliado. <sup>22</sup>
- La Administración por Procesos será implantada en el Seguro Social Campesino, con la finalidad de mejorar la eficacia administrativa y la entrega de prestaciones, en concordancia con el Art. 140 de la Ley de Seguridad Social 2001-55.
- Se desarrollará el talento humano de la Institución a través del reconocimiento del trabajo individual y colectivo, para lograr un mayor compromiso del personal. Se promoverán convenios con organismos técnicos nacionales y extranjeros para contar con fuentes alternativas de financiamiento y facilitar el desarrollo técnico y administrativo de la Institución.

## **Políticas Específicas**

Las políticas específicas del seguro social campesino se dan según los servicios que brinda como las prestaciones de salud y su cobertura, administrativos que atañen a los recursos humanos y materiales

## **DE LAS PRESTACIONES DE SALUD**

- La atención será de la mejor calidad posible de acuerdo a los recursos disponibles para lo que se propenderá a la mejora del equipamiento, a un abastecimiento oportuno, suficiente y a una atención profesional, con respeto a la cultura del afiliado.
- Se prestará especial atención a la prevención y tratamiento de enfermedades crónico degenerativas para disminuir sus secuelas y los gastos que implican la atención de sus complicaciones.
- Se desarrollarán programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia epidemiológica comunitaria.
- Se facilitará la ejecución de intervenciones para resolver los problemas comunitarios priorizados, que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población afiliada y al fortalecimiento de las organizaciones incorporadas

## **DE LA AMPLIACIÓN DE COBERTURA**

- Incrementar la cobertura de afiliados en el ámbito nacional, en el 3% para fines del 2006, con relación a la cobertura alcanzada a diciembre de 2004, a través de la instalación de dispensarios y el afianzamiento de las organizaciones incorporadas, que darán prioridad a aquellas que tienen menos del 50% de población susceptible afiliada.

## **ADMINISTRATIVAS**

- Una gestión administrativa descentralizada, participativa, con delegación de competencias y toma de decisiones.
- El nuevo modelo de planificación se implantará, de manera que se transforme en una guía para la acción y la toma de decisiones en cada nivel, estimulando la participación comunitaria en ellas.
- Apoyo y seguimiento por parte del nivel nacional al provincial y de éste al nivel local, en aspectos técnicos y administrativos.

## **DE LOS RECURSOS MATERIALES**

- Se utilizarán los recursos económicos de manera eficiente y efectiva para dotar de los medios materiales y tecnológicos necesarios a la Institución.
- Realizar mantenimiento preventivo y correctivo de plantas físicas, equipos y muebles de los dispensarios rurales, de acuerdo a prioridades establecidas en cada zona.

## **DE LOS RECURSOS HUMANOS**

- Afianzar el trabajo en equipo.
- Buscar el mejoramiento continuo del personal a través de la ejecución de programas de capacitación y formación profesional.
- Mejorar el Clima Laboral mediante la adecuación de los espacios físicos, la dotación de recursos tecnológicos y la gestión técnica de los recursos humanos.
- Implantar mecanismos de reconocimiento del trabajo individual y colectivo.

### **2.5 Prestaciones y Servicios del Seguro Social Campesino**

El Seguro social campesino brinda varios tipos de servicios, entre ellos podemos mencionar servicios de aseguramiento, entrega de prestaciones y compra de servicios de salud, todo esto amparado en la ley de seguridad social en su artículo 130.

Las prestaciones de salud y maternidad comprenderán acciones de:

- Promoción de la salud
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades no profesionales
- Recuperación y rehabilitación de la salud del individuo
- Atención odontológica preventiva y de recuperación
- Atención del embarazo, parto y puerperio

También vale recalcar que se pondrá especial ímpetu en actividades que tengan que ver con:

- Saneamiento ambiental y
- Desarrollo comunitario de las áreas rurales

Vale dejar claro que todas estas prestaciones serán sin perjuicio de todos los derechos de los campesinos a la libre elección del prestador de servicios médico-asistenciales, de segundo y tercer nivel de complejidad médica, público o privado, dentro de los requisitos y condiciones que establecerá la Administradora del Seguro General de Salud Individual y Familiar.

Además , también en esta ley se establece que a pesar de la especificidad de las definiciones de las prestaciones de salud, se precisa que los afiliados al Seguro Social Campesino tienen derecho a las mismas prestaciones que los afiliados al Seguro General de Salud Individual y Familiar. Por lo cual establece el artículo 131 lo siguiente: "En casos de enfermedad no profesional y maternidad, la afiliación y el pago de los aportes familiares diferenciados al Seguro Social Campesino otorgarán derecho a las mismas prestaciones del Seguro General de Salud Individual y Familiar."

El artículo 130 establece las prestaciones para atender las contingencias de invalidez, discapacidad, vejez y muerte.

"La protección del Seguro Social Campesino se ampliará a los derechohabientes del jefe de familia campesina mediante la entrega de

prestaciones de viudez y orfandad, como lo dispone la Constitución Política de la República.

El Reglamento General de esta Ley señalará el origen, la composición y el destino de los recursos fiscales necesarios para financiarlas, así como la cuantía y la modalidad de entrega de las prestaciones, con base en los resultados de los estudios actuales respectivos.

El artículo 134 de la Ley de Seguridad Social refuerza las contingencias de invalidez, discapacidad, vejez, muerte y establece las prestaciones.

La protección del Seguro Social Campesino contra la contingencia de invalidez, que incluye discapacidad, y las contingencias de vejez y muerte, comprende las prestaciones en pensiones y en auxilio para funerales, cuya cuantía se calculará como proporción del salario mínimo de aportación al Seguro General Obligatorio vigente a la fecha de otorgación, de la manera siguiente:

- La pensión por invalidez total y permanente se otorgará sólo al Jefe de familia, en una cuantía equivalente al setenta y cinco por ciento del salario mínimo de aportación, por doce mensualidades durante cada año, siempre que haya aportado un mínimo de sesenta imposiciones mensuales dentro de este régimen especial;"
- La pensión por vejez se otorgará sólo al Jefe de familia, en una cuantía equivalente al setenta y cinco por ciento del salario mínimo de aportación, por doce mensualidades durante cada año, siempre que esté comprendido entre los

sesenta y cinco y setenta años de edad y hubiere completado diez años de aportes. Por cada año de diferir la jubilación después de los setenta años de edad, se admitirá una rebaja de un año de aportes, pero en ningún caso menos de cinco años de aportes.

- La ayuda para funerales se concederá al fallecimiento de cualquier miembro afiliado de la familia, en una cuantía equivalente al veinticinco por ciento del salario mínimo de aportación."

## **2.6 Procesos Internos en el SSC**

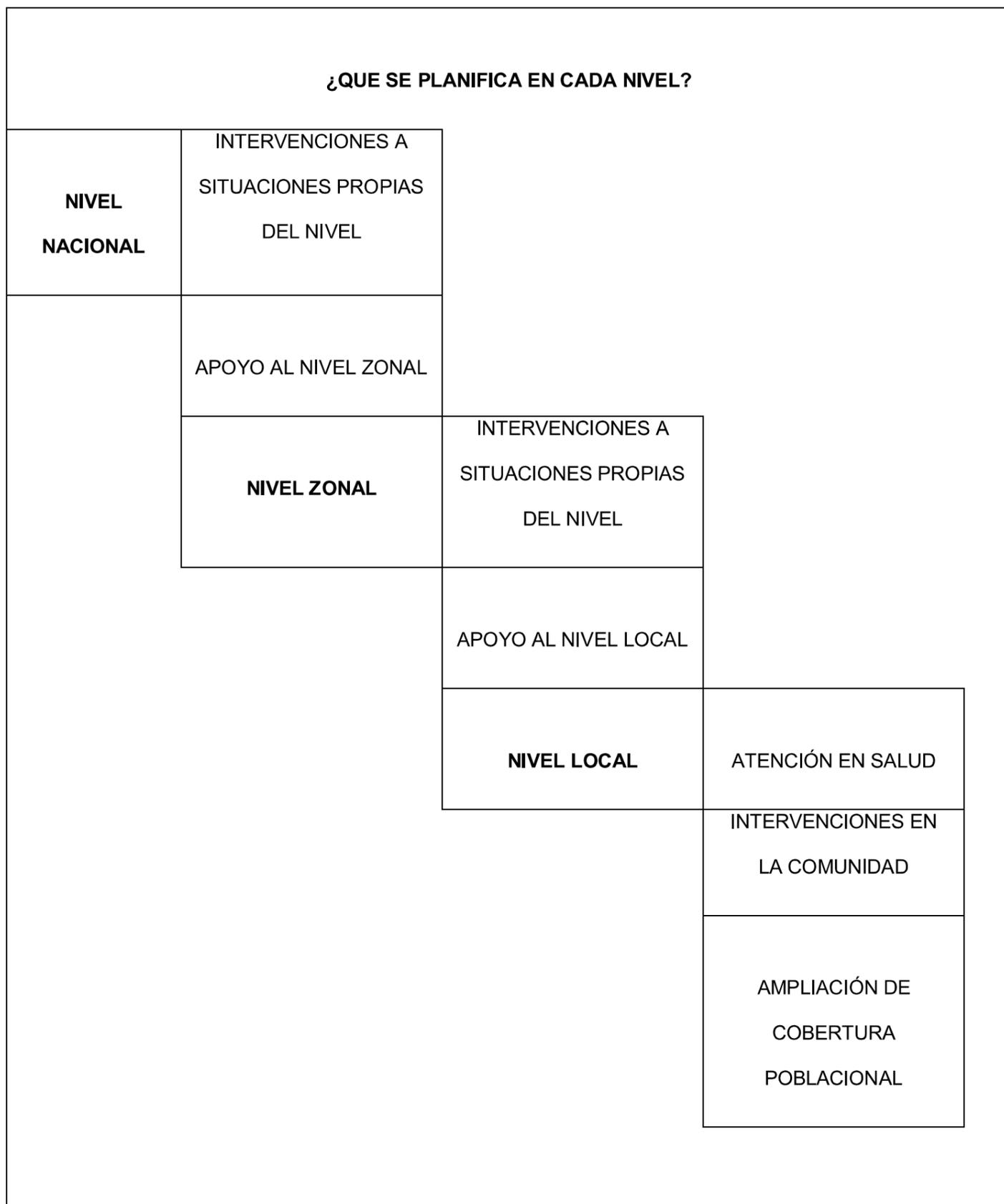
Con el fin de lograr mejor eficiencia y eficacia en los objetivos planteados, en octubre del año 2003 se estableció un grupo de personas conocedoras del medio en el cual él SSC se desarrolla y realizando el trabajo investigativo necesario se crea el Equipo de Planificación del SSC con personal de las dos Subdirecciones centrales.

Este equipo elaboró el Plan Estratégico 2004 - 2008 tomando como base lo trabajado con los Centros Zonales del SSC hasta el año 2003 y el taller organizado por la Dirección General para unificar la metodología de trabajo del Plan Estratégico.

El Equipo de Planificación coordinó a nivel central la conformación de equipos de proyectos para el cumplimiento de lo propuesto en el Plan Estratégico. Coordinó con las Subdirecciones y Jefaturas Provinciales para el plan operativo

2005 mediante talleres de trabajo con la participación del personal administrativo y operativo en esas dependencias.

El Equipo de Planificación propuso el modelo de planificación del SSC que fue aprobado por esta Dirección en el mes de diciembre de 2004, con base en ese modelo se realizó la planificación operativa para el año 2006. El modelo de planificación del SSC establece y asegura la participación de todos los niveles que conforman el SSC. <sup>23</sup>



Fuente: Dr. Luis Alberto González J. El Seguro Social Campesino. Quito, 2003-2005. Pag.24-

**25. Gráfico 1, Modelo de planificación del SSC**

## **2.7 Financiamiento del SSC**

El financiamiento del seguro social campesino se basa principalmente en las aportaciones que la comunidad campesina realiza a esta entidad de servicio, además, intervienen otros participantes como el IESS, entidades públicas y privadas que prestaran servicios a los aportantes al seguro social campesino el cual no podría brindar.

Más claramente esto se encuentra establecido en la Ley de seguridad social que La Ley de Seguridad Social en el artículo 136 establece que, "El Seguro Social Campesino se financiará con los recursos señalados en el artículo 5 de la presente Ley.", en el Art. 138, que "Los aportes, las contribuciones obligatorias, y los demás ingresos de este régimen especial serán recaudados por el IESS, y se acreditarán inmediatamente en el Fondo Presupuestario del Seguro Social Campesino.

Mientras en el Artículo 139 al referirse al financiamiento de la administradora establece que "La Administradora financiará sus actividades de aseguramiento, compra de servicios, y entrega de prestaciones de salud y monetarias a los afiliados con los recursos del Fondo Presupuestario del Seguro Social Campesino. Sus gastos administrativos se financiarán con una participación en los fondos del IESS que señala el artículo 52, literal b de esta Ley, y no podrá exceder, en ningún caso, del cuatro por ciento de los ingresos del Fondo Presupuestario de este Seguro.

En lo referente a la contribución obligatoria el artículo 307 de la Ley establece que " Las compañías de seguros que actúan como agentes de retención de la contribución al funcionamiento de la Superintendencia de Bancos y Seguros, también actuarán como agentes de retención de la contribución del cero punto cinco por ciento sobre el valor de las primas netas de seguros directos que pagarán obligatoriamente los asegurados, para el financiamiento del Seguro Social Campesino.

Las empresas de medicina pre pagada serán agentes de retención de la contribución obligatoria del cero punto cinco por ciento (0.5%) sobre el valor de las cuotas de afiliación que pagarán obligatoriamente los asegurados, para el financiamiento del Seguro Social Campesino. Estas contribuciones serán transferidas al IESS por los agentes de retención, con la periodicidad que señale el Reglamento General de esta Ley.

Están exentos de esta contribución obligatoria al Seguro Social Campesino los seguros que contraten por cuenta de sus afiliados, el IESS, el ISSFA, el ISSPOL y la Comisión Técnica de Inversiones del IESS. <sup>24</sup>

## **2.8 Marco Legal del SSC**

El marco legal del seguro social campesino se establece en el artículo 60 de la constitución política de la república del Ecuador, con el propósito de proteger al pescador artesanal a la población rural que labora habitualmente en el campo

por cuenta propia o de la comunidad que pertenece, no recibe remuneraciones de un empleador público o privado y tampoco contrata a personas extrañas a la comunidad o a terceros para que realicen actividades económicas bajo su dependencia. Siendo así un régimen especial del seguro general obligatorio.

La expedición de la Constitución Política, que se dio el 5 de junio de 1998, fruto de la presión social de los afiliados del SSC y de la Ley de Seguridad Social del 2001, fortalecieron al Seguro Campesino bajo el principio de solidaridad. Este principio es definido en la propia Ley como “la ayuda entre todas las personas aseguradas, sin distinción de nacionalidad, etnia, lugar de residencia, edad, sexo, estado de salud, educación, ocupación o ingresos, con el fin de financiar conjuntamente las prestaciones básicas del Seguro General obligatorio.”<sup>25</sup>

Ley de Seguridad Social 2001-55, en su artículo 130, obliga al Seguro Campesino a poner “énfasis en los programas de saneamiento ambiental y desarrollo comunitario de las áreas rurales”, las prestaciones de salud consagradas en la Ley, de manera directa o indirecta, y así continuar privilegiando las actividades eminentemente curativas. En efecto, las prestaciones que reciben los afiliados al Seguro Campesino son las mismas que las que reciben los beneficiarios del Seguro General de Salud Individual y Familiar. Es decir, se refieren a: programas de fomento y promoción de la salud; acciones de medicina preventiva; atención odontológica preventiva y de recuperación; asistencia médica curativa, integral y maternidad (que incluye la

consulta profesional, los exámenes y procedimientos de diagnóstico, los actos quirúrgicos, la hospitalización, la entrega de fármacos y las demás acciones de recuperación y rehabilitación de la salud); tratamiento de enfermedades crónico degenerativas; y, tratamiento de enfermedades catastróficas.

El financiamiento del SSC según el artículo 5, refiere que los recursos del SSC se proporcionarán del aporte solidario sobre la materia gravada que pagarán los empleadores, los afiliados del seguro general obligatorio, y afiliados voluntarios. Del aporte diferenciado de las familias protegidas por el SSC. De la contribución obligatoria de los seguros públicos y privados que forman parte del sistema nacional de seguridad social.

Además de la contribución financiera obligatoria del estado sobre la materia gravada de los afiliados con relación de dependencia al Seguro general obligatorio y las demás asignaciones que entregue la función ejecutiva para el financiamiento de las prestaciones solidarias de este seguro, de conformidad con el reglamento general de esta ley.

El artículo 140 hacer referencia a los lineamientos de política, manifestando que el SSC dividirá administrativamente los procesos de aseguramiento, entrega de prestaciones de salud y monetarias, y compra de servicios médico asistenciales. <sup>26</sup>

Es así que encontramos un gran soporte legal en los artículos de las leyes antes mencionado y que enmarcan profundamente la actividad del SSC, siendo

así una entidad de servicios médicos y varios en las áreas rurales, hemos encontrado que con un plan de lineamientos o planificación estratégicas adecuados que estén amparados en el orden legal antes expuesto, se podrían mejorar el accionar y visión de esta institución, ya que es de vital importancia para el estado ecuatoriano y sus ciudadanos.

## **CAPITULO 3.- GESTION DE LA UNIDAD OPERATIVA DEL SSC**

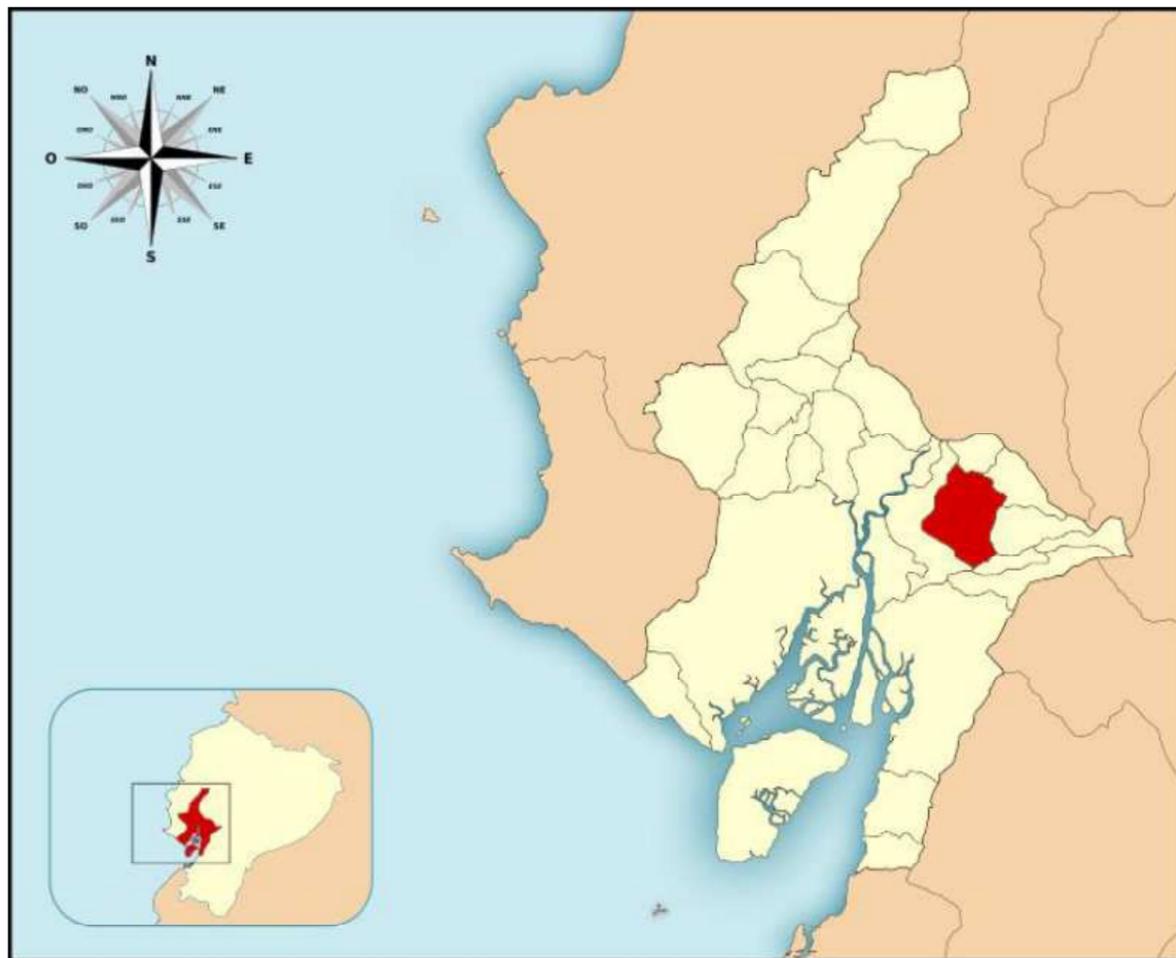
### **3.1 SITUACIÓN GEOGRÁFICA**

#### **3.1.1 Situación Geográfica**

El Cantón Milagro, se encuentra ubicado al Sur Oeste de la provincia del Guayas, es la segunda ciudad en importancia dentro de la provincia y su extensión aproximada de 403,60 kilómetros cuadrados, entre sus límites tenemos otros cantones; Yaguachi al Oeste y Sur, al Este Yaguachi y Naranjito y Jujan, y Simón Bolívar al Norte.

Su clima es húmedo con una temperatura máxima de 38° C y mínima de 17° aunque en los últimos años se ha visto un incremento de la temperatura, sobre todo en los meses de febrero y marzo, además se encuentra a 13 metros sobre el nivel del mar. Milagro tiene el privilegio de estar asentado sobre un manto acuífero, producto de los ríos subterráneos que lo atraviesan, lo cual hace que su suelo sea apto para toda clase de cultivos.

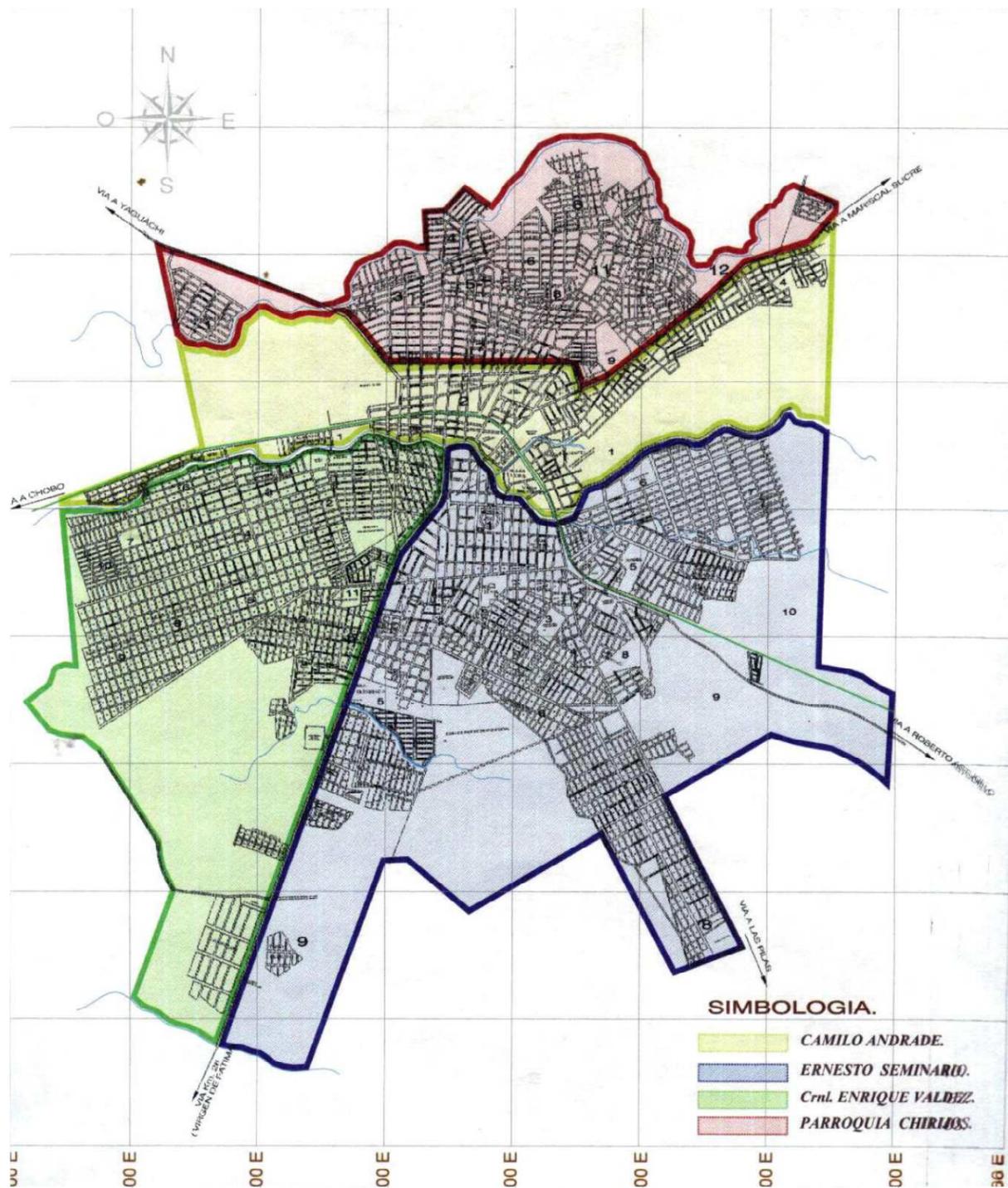
Está constituido por 5 parroquias rurales, siendo Milagro la más extensa, Mariscal Sucre y Roberto Astudillo, al Este; Chobo y 5 de Junio al Sur, (esta última aún no legalizada), milagro además cuenta con 4 parroquias urbanas: Chirijos, Camilo Andrade, Ernesto Seminario y Enrique Valdez.



Fuente: Municipio del cantón Milagro

#### **Mapa geográfico del cantón Milagro, 2010**

El cantón Milagro está conformada por 140000 personas, de los cuales 26000 habitantes pertenecen a zonas rurales, siendo estas a donde debe estar dirigida la atención del SSC, conformando el 19 % del total de la población del cantón Milagro, siendo así un porcentaje importante.



Fuente: Municipio de Milagro 2010

### Mapa Urbano del cantón Milagro

En la región costa consta de aproximadamente 77 dispensarios médicos, de los cuales 47 están ubicados en la provincia del guayas, de los cuales 8 dispensarios médicos corresponden a áreas del cantón Milagro, entre ellos solo por mencionar algunos tenemos los dispensarios de Transito, Buena Fe 2 y

Santa Martha en Milagro y los dispensarios de San Fernando y María Clementina en Yaguachi. <sup>27</sup>

### **3.1.2 Dispensario Médico el Deseo**

El dispensario médico el deseo se encuentra ubicado en el recinto que lleva ese mismo nombre, Recinto el Deseo que es una población rural muy cercana a la ciudad de Guayaquil, se encuentra aproximadamente a una hora de esta ciudad por la vía Guayaquil – Machala, pero más exactamente está localizado en la vía Milagro – Virgen de Fátima a la altura del kilómetro 26, se encuentra a 5 minutos de la ciudad de Milagro, el Dispensario queda en la vía principal y es de muy fácil acceso.

El dispensario se encuentra localizado en el centro del Recinto el Deseo, al pie de la carretera, su población vive del comercio, compra, venta de víveres, y en su mayoría son campesinos dedicados a la agricultura.



Fuente: Foto realizada por el grupo de estudio, 2011

**Foto de entrada principal del dispensario**

### **3.1.3 Instalaciones internas y externas del Dispensario**



Fuente: Foto realizada por el grupo de estudio, 2011

**Foto de entrada secundaria, fachada y visión general de las áreas del dispensario**



Fuente: Foto realizada por el grupo de estudio, 2011

**Foto de área de patio del dispensario**



Fuente: Foto realizada por el grupo de estudio, 2011

**Foto del área de bodega y farmacia del dispensario**



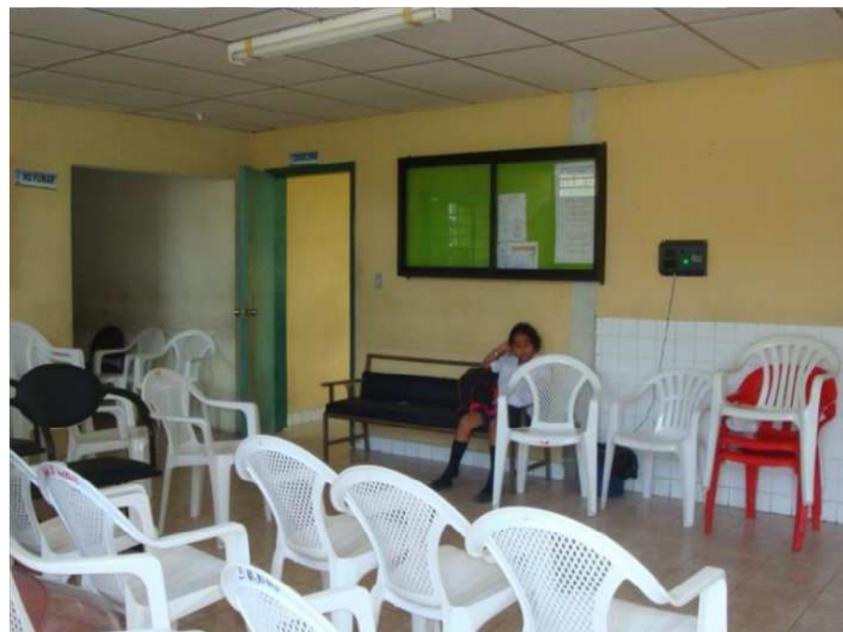
Fuente: Foto realizada por el grupo de estudio, 2011

**Foto del área posterior del dispensario**



Fuente: Foto realizada por el grupo de estudio, 2011

**Foto de entrada a sala de espera de pacientes y al fondo puerta de entrada a área de afiliación**



Fuente: Foto realizada por el grupo de estudio, 2011

**Foto de sala de espera y al fondo puertas de entrada a consultorios médicos, odontológicos y cirugía menor**

### **3.2 COBERTURA POBLACIONAL**

El dispensario el Deseo cubre las necesidades de atención primaria de los sectores aledaños a ese recinto, que a su vez esta subdividida en grupos de personas que viven en sus alrededores. A estos grupos de personas se las denomina organizaciones, existen en la actualidad 18 organizaciones con un total de un aproximado 6000 personas pertenecientes a todas las organizaciones y que el dispensario está en la obligación de prestar sus servicios.

Las 18 organizaciones tienen un promedio de 380 personas cada una, vale recalcar que estos valores están cambiando continuamente, esto se debe a que continuamente se están afiliando más personas del sector rural al seguro social campesino y de la misma manera, hay quienes se desafilian, aunque la tendencia actual es a aumentar cada vez más.<sup>28</sup>

De la misma manera, el número de organizaciones también aumenta, cuando un grupo de personas que viven en un sector rural cercano al dispensario médico cumple ciertos requisitos, específicamente los siguientes tres requisitos:

- Que estén ubicados en el campo.
- Que se encuentren activas, tengan carácter permanente y que su objetivo principal sea el desarrollo integral de la comunidad.
- Que hayan expresado su decisión de ser incorporados al sistema.

Cuando se cumplen estos tres requisitos se reconoce como organización a este grupo de personas y pueden acceder a la cartera de servicios del dispensario del seguro social campesino más cercano, siempre y cuando cumplan con las aportaciones respectivas.

Otra razón para que el número de afiliados al seguro social campesino este aumentando constantemente es que al igual que las organizaciones van aumentando, de la misma manera se crean nuevos dispensarios médicos en zonas rurales donde no exista ningún dispensario del SSC cerca, de la misma manera, dichas áreas deben cumplir ciertos requisitos.

Vale recalcar que la creación de un dispensario médico toma un poco de tiempo, porque es un proyecto completo a realizarse, tiene una planificación, debe aprobarse su construcción y financiamiento, se deben realizar todo lo que implica construir un dispensario y equiparlo tecnológicamente y con el recurso humano capaz.

Para construir un nuevo dispensario médico se deben cumplir los siguientes requisitos:

- Exclusivamente que se requiera en el campo, entendiéndose por campo zonas rurales y lo establecido en las definiciones operacionales.
- En localidades accesibles a través de una vía de comunicación permanente.

- Que existan por lo menos 1200 personas incorporadas al sistema.
- Que por lo menos este ubicada a 8 kilómetros de cualquier otra unidad de salud de igual o mayor complejidad o nivel.

En el siguiente cuadro representa las organizaciones adjuntas al Dispensario el Deseo, por las razones ya expuestas los datos que presentamos a continuación no sean exactos, pero sí muy próximos a la realidad, aquí presentamos el listado con las organizaciones y el número aproximado de personas que componen cada organización.

<b>ORGANIZACIONES</b>	<b>NUMERO DE AFILIADOS</b>
5 de Junio	1321
10 de Agosto	325
5 de Septiembre	148
16 de Enero	343
Avispas Central	573
Barcelona	265
Caimital	118
El Ceibo	181
El Deseo	1082
La Gélida	196
La Chiquita	638
La Inmaculada	419
Los Monos	140
Playones 1	183
Playones 2	106
Santa Bárbara	118
<b>TOTAL</b>	<b>6156</b>

Fuente: Tabla realizada por el grupo de estudio, en base a registros de controles mensuales y de afiliación de las comunidades del dispensario El Deseo años 2009-2011.

**Tabla 1 de Organizaciones y número de afiliados del Dispensario**

### **3.3 INFRAESTRUCTURA DE LA UNIDAD OPERATIVA**

La definición de infraestructura y servicios mínimos se respaldó en los inicios del arranque de los programas del seguro social campesino con visión de la mejoría constante a través del transcurso del tiempo de la oferta y calidad de la atención para servir a la población campesina.

Siendo así la unidad operativa el Deseo construida desde sus inicios en hormigón armado por gestión debido a la interacción entre las comunidades y el seguro social campesino, los cuales no solamente defienden los programas con los cuáles se identifican, sino que participan en la vida institucional del seguro social campesino en pro de mejoras de su servicio. Haciendo que estas participaciones hagan posible que los dispensarios mantengan la atención al acelerar los procesos de adquisiciones en especial de fármacos, otros como la demanda constante de mejoramiento de la calidad y del equipamiento de los dispensarios para reducir la transferencia de los afiliados a unidades médicas del IESS u otras de mayor complejidad.

Es así que la unidad operativa está dividida su infraestructura en 12 departamentos con cubículos conformados por uno para enfermería, uno para estadística, una bodega de farmacia, uno para observación, uno para realizar la afiliación de los pacientes, tres consultorios médicos, un consultorio para cirugía menor, un consultorio para odontología, un baño y una sala de espera para los pacientes que acudan a recibir atención.



Fuente: Gráfico esquemático de las instalaciones del dispensario el Deseo realizado por el grupo de estudio., **Gráfico 2, Esquema de las Instalaciones del dispensario el Deseo**

### **3.4 ORGANIGRAMA DE LA UNIDAD OPERATIVA**

#### **3.4.1 Personal y actores sociales de la unidad operativa**

En la unidad operativa el Deseo se puede definir dos tipos de protagonistas que hacen posible el funcionamiento en el día a día de este dispensario, podríamos decir que los principales son los actores sociales, es decir las personas que reciben la atención y en segundo lugar el personal sanitario.

En el dispensario médico del Deseo laboran cada día 8 personas, el horario de trabajo es de lunes a viernes de 8h00 am a 16h00 pm, teniendo un intervalo de una hora aproximadamente para alimentación, el personal consta de tres médicos, dos odontólogos, tres auxiliares, además existe una trabajadora social encargada de interactuar con la comunidad que esta adjunta al dispensario médico.

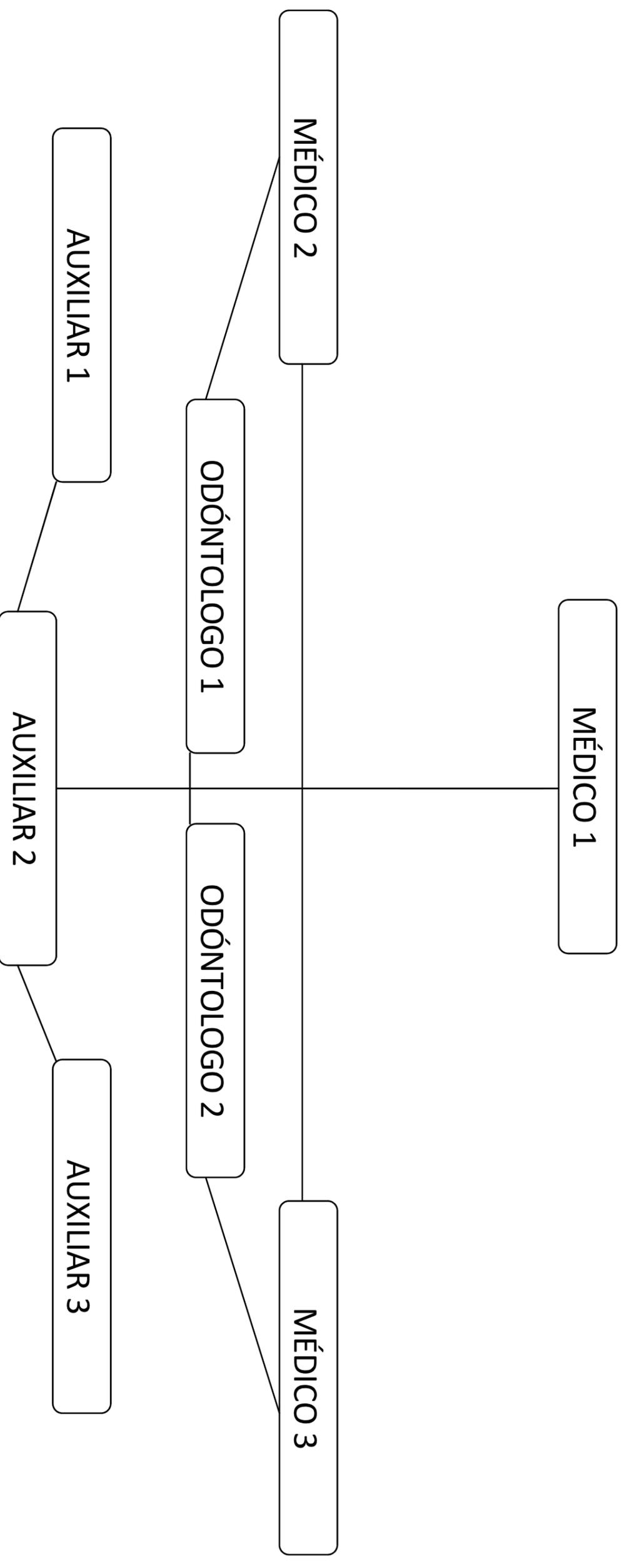
La población a la que ofrece sus servicios el dispensario el deseo consta de aproximadamente 6000 personas cumpliendo así las normas de la OMS de número de médicos por cada 1000 habitantes, la mayoría de las personas afiliadas al seguro social campesino y que acuden específicamente a el dispensario médico el Deseo, son personas de escasos recursos, con un nivel cultural medio bajo, la mayoría de estas personas viven de la agricultura y el comercio. 29

### **3.4.2 Estructura organizacional y funcional de la unidad operativa**

Una vez descritos los participantes en la unidad operativa, es importante definir varios aspectos referentes al orden jerárquico tanto entre el personal sanitario y de los sistemas organizacionales de las comunidades de este sector, de ahí es deriva el mejor entendimiento del funcionamiento del dispensario médico.

En cuanto al personal sanitario que labora en el dispensario médico, tanto médicos, enfermeros y odontólogos no tienen establecido formalmente un orden jerárquico al cual atenerse, tampoco existe una normativa en donde se especifique un director o jefe de dispensario, cada funcionario tiene sus funciones independientes, pero la jerarquía es asumida de manera informal por el médico con más tiempo laborando en la institución de entre los que laboran en la unidad operativa.

Entre el resto de personal que trabaja en la unidad operativa se podría subdividirlas en dos escalones, en el primer escalón se encuentra el personal médico y de odontólogos, luego en el segundo escalón las auxiliares de la unidad.



Fuente: Flujo grama realizado por el grupo de estudio, *Organigrama funcional actual del personal del dispensario médico "El Deseo"*

### **3.4.3 Funciones del personal**

Como ya se mencionó anteriormente en la unidad operativa trabajan 8 personas, 3 médicos los cuales dan consulta de atención primaria cubriendo las patologías más prevalentes, cada médico tiene su consultorio y realizan la misma función; además hay 2 odontólogos que se turnan por poseer un solo consultorio con los implementos odontológicos, la auxiliares de enfermería que son 3, realizan actividades diferentes, la primera se encarga de lo que concierne a atención en salud, es decir tomar constantes vitales, preparar al paciente para la consulta, dar los turnos para consultas, pautar medicación, luego una segunda auxiliar de enfermería que se encarga de la administración de la farmacia, tiene a su cargo los registros de la medicación que llega y que se da a los pacientes de la comunidad y una tercera auxiliar de enfermería que se encarga de llevar la afiliación de los pacientes que pertenecen a la unidad operativa.

### **3.5 PLAN DE SERVICIOS DE LA UNIDAD OPERATIVA**

La unidad operativa ofrece varios servicios a los campesinos afiliados, para poder acceder a estos servicios los campesinos deben estar adecuadamente afiliados y al día en los pagos de las cuotas mensuales.

Entre los servicios prestados tenemos los siguientes:

- a) Consulta de atención primaria

- b) Emergencias menores
- c) Consultas odontológicas
- d) DOTS (programa de tratamiento corto y observado de la tuberculosis) y  
DOC (programa screening de cáncer cervical uterina)
- e) Mortuoria
- f) Jubilaciones
- g) Maternidad

### **3.5.1 Consulta de atención primaria**

Existen tres médicos generales que se encargan de dar atención por consulta, atendiendo las enfermedades más prevalentes de manera ambulatoria. Entre las patologías más comunes que se atienden tenemos infecciones respiratorias de vías altas, síndrome diarreico, parasitosis, anemia, todas estas patologías la mayoría de manejo ambulatorio pero si requirieran atención especializada el paciente se deriva al Hospital de IESS o centro de salud de referencia, en el caso del dispensario el Deseo son derivados a el Hospital del IESS de la ciudad de Milagro. Se le solicita consulta por vía telefónica en caso de requerirla de forma preferente, de este modo se facilitan los procesos al paciente. <sup>30</sup>

### **3.5.2 Emergencias menores**

En el apartado 3.3 se expuso la infraestructura de la unidad operativa y se describió que existe un pequeño espacio adecuado con el nivel de asepsia para realizar procedimientos menores. Así pues se atienden cortes y traumatismos leves, se hacen curaciones de heridas, extracciones de lipomas, en general se realizan procedimientos que pueden ser manejados con anestesia local.

Los procedimientos los realiza uno de los médicos que se encuentre en la unidad o el que tenga más experiencia en la entidad a tratar, siempre ayudado por una auxiliar de enfermería.

### **3.5.3 Consulta de odontología**

Existen dos odontólogos que laboran en la unidad operativa, uno labora lunes miércoles y viernes y el segundo martes y jueves. Realizan procedimientos como extracciones dentales, examen bucal, profilaxis, limpiezas dentarias, tratamiento de conductos, exodoncia y operatoria dental entre otros.

Realizan su labor gracias a que tienen los equipos médicos necesarios para realizar su labor, de la misma manera, si se requiere de atención más especializada se remite a un centro de mayor nivel, lo cual es financiado por el seguro social campesino.

### **3.5.4 DOTS Y DOC**

Las iniciativas DOTS (detección oportuna de tuberculosis) y DOC (detección oportuna de cáncer cérvico uterino) son dos programas que están disponibles y

que detectan dos patologías de alta prevalencia como lo son la tuberculosis (TB) y cáncer cérvico uterino.

En el programa DOTS a los pacientes con sintomatología respiratoria persistente y sospechosos de TB se les realiza una prueba de screening tomando muestras de esputo y posteriormente enviándolas a analizar intentando detectar la bacteria, si resultara positiva el paciente será remitido a un nivel de mayor complejidad para continuar el estudio y si se confirma la enfermedad será tratado según las guías actuales de manejo de TB.

En el programa DOC, a las mujeres que hayan empezado una vida sexual activa, tienes la opción de realizarse una prueba de citología vaginal al menos una vez al año con la finalidad de detectar en sus inicios cáncer cérvico uterino, de esta manera se realiza un tratamiento adecuado.

### **3.5.5 MATERNIDAD**

El Seguro Social Campesino también ofrece controles prenatales a mujeres embarazadas con una periodicidad igual a las que se realizan en el ministerio de salud, además este servicio incluye la atención del parto, el periodo de puerperio y el control del recién nacido.

En la unidad operativa del deseo no existen la infraestructura para llevar a cabo un parto, no obstante las pacientes que requieren este servicio son derivadas a

un centro de mayor complejidad y reciben un adecuado manejo del parto, los costos son cubiertos por el Seguro Social Campesino.

### **3.5.6 JUBILACION Y MORTUARIA**

Entre las prestaciones que ofrece el Seguro Social Campesino tenemos el servicio de asistencia y protección frente a las contingencias de invalidez, discapacidad y vejez, además el servicio de mortuoria, es decir asistencias en los gastos que se generen por fallecimiento, sepelio, auxilio para funerales etc. En cuanto a la jubilación, la pensión solo se concede al jefe de la familia asegurada, tiene una cuantía equivalente al 75% del salario mínimo de aportación al Seguro General Obligatorio vigente en la fecha de otorgamiento, y el reembolso por gastos por fallecimiento tiene un valor del 25% de ese mismo salario mínimo.

### **3.6 RECURSOS HUMANOS**

EL seguro social campesino formando parte intrínseca de la organización estructural horizontal del IESS, se establece así como el cuarto componente. Es así que el dispensario médico del Deseo teniendo una población rural aproximada de 6000 habitantes engloba entre sus recursos humanos a 8 personas que laboran, siendo así: Tres médicos, dos odontólogos, tres auxiliares y una trabajadora social, los cuáles realizan actividades básicas de fomento, promoción y prevención de la salud colectiva como; curación de

heridas menores, odontología, primeros auxilios y emergencias pre-hospitalarias, acciones básicas de saneamiento ambiental y actividades con la comunidad de forma conjunta con médicos, odontólogos, enfermeras y auxiliares de salud realizando visitas domiciliarias periódicas como llenado de ficha familiar; y coordinación con partera o comadrona por parte de enfermería. Además cumplen con las normas y programas del MSP y del IESS establecidos.

Es usual que en la labores operativas de los médicos, odontólogos y enfermeras se encarguen de la atención de salud de dos dispensarios, lo cual genera que no exista una atención sanitaria continúa en los mismos y así agrave de esta forma los problemas médicos agudos y crónicos. Además existen contratos laborales temporales y déficit de personal sanitario.

No hay un orden establecido en la estructura orgánica del departamento de recursos humanos del SSC, lo que produce supeditación absoluta y burocrática de diversos trámites a la subdirección de los recursos humanos del IESS, generando finalmente ausencia de liderazgo y dirección hacia la misión y visión establecidas del SSC. <sup>31</sup>

,

## **CAPITULO IV. DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LA UNIDAD OPERATIVA**

En este capítulo vamos a describir aspectos fundamentales de una base de datos ya recogida en base a encuestas a 300 afiliados del seguro campesino, entrevistas a personal de salud y actores sociales, revisión bibliográfica, etc, que permitirá un análisis y posterior explicación de la situación de salud del medio a estudio. Para realizar un adecuado diagnóstico situacional de la unidad operativa a estudio, es necesario desarrollar los siguientes temarios. <sup>32</sup>

- Análisis de la demanda
  
- Análisis de la oferta
  
- Análisis de los actores sociales del territorio
  
- Identificación de los problemas y riesgos

Luego de desarrollar se realizará la identificación de los principales riesgos y problemas en la unidad operativa.

### **4.1 Análisis de la demanda**

En este apartado describiremos aspectos geográficos, socioeconómicos, demográficos e higiénico sanitarios recogidos mediante observación directa, entrevistas a actores sociales, revisión bibliográfica de publicaciones y datos de

la zona de estudio. Además posteriormente se realizara un análisis de los datos recogidos.

#### **4.1.1 Caracterización del espacio y población**

Describiremos los siguientes puntos:

- Aspectos físicos geográficos.
- Aspectos socio económicos
- Perfil demográfico
- Aspectos higiénico sanitarios
- Procesos de salud enfermedad

#### **4.1.2 Aspectos físicos geográficos**

##### **a) Vías de comunicación**

El dispensario médico el Deseo queda ubicado en el recinto con su mismo nombre, pertenece al cantón Yaguachi, provincia del Guayas, es una población eminentemente rural, sus límites son: Al norte el Río Chimbo, al sur el Recinto “Buenos Aires”, al este el recinto “La Inmaculada” al Oeste el recinto “La Chiquita”. Las vías de acceso que se encuentran asfaltadas en muy buen estado, son dos principalmente, la vía Guayaquil – Machala a la altura del Km 26, pudiendo acceder en transporte público o privado, y La vía Milagro – Virgen

de Fátima a solo cinco minutos de la ciudad de milagro. Se llega también a este sitio por medio de los buses de las cooperativas Km 26, TUM, Mariscal Sucre y la cooperativa Cone. A nivel del recinto, existen vías de segundo y tercer nivel que comunican con otros recintos en su alrededor. Las personas que viven en la zona suelen transportarse en transporte público pero principalmente en transportes como motos, bicicletas y dado la cercanía de la zona incluso a pie.



Fuente: Foto realizada por el grupo de estudio de la Carretera Guayaquil – Machala.

**Foto de Vía de acceso al recinto el Deseo**

## **b) Clima e Hidrografía**

El recinto el deseo pertenece a la región de la costa Ecuatoriana, se encuentra en una zona tropical por lo que posee mucha biodiversidad, tiene un clima cálido – húmedo todo el año, la temperatura media anual se sitúa entre los 25° C, con máximos por sobre los 38° C en la temporada más calurosa, mínimos de 25° y ocasionalmente por debajo de los 14° C en las temporadas más “frías” o “frescas. Los meses de Diciembre a Mayo suelen haber intensas precipitaciones sobre todo en los meses de febrero y marzo que suelen provocar inundaciones q afectan de maneras muy diversas a la población, y en el ámbito de esta investigación, daños en la salud de la comunidad. Este clima tropical, lluvias crea un ambiente propicio para el desarrollo de enfermedades sobre todo de etiología infecciosa en la zona.

En cuanto a la Hidrografía de la zona, existen varios afluentes. Su principal río el Milagro, permite que se rieguen extensos cultivos de caña de azúcar, banano, café, papaya, melón. Por la calidad de su fruta más importante, ostenta orgullosa el título de Capital, los ríos Milagro y Chimbo la recorren de Este a Oeste, el río Chague o Amarillo nace en Bucay. Los esteros Carrizal, Chirijos, de la Gorra, riegan al sector oeste del cantón. <sup>33</sup>

### 4.1.3 Aspectos socio económicos

**a) actividad productiva.** La población del recinto el deseo es en su mayoría población rural, de nivel socio económico medio bajo, ocupa una importante zona agrícola, especialmente apta para la producción de piñas y caña de azúcar, además produce arroz, banano, café, cacao, plátano, y toda clase de frutas tropicales. Se destacan los ingenios azucareros en Milagro la ciudad más cercana, que generan la mayor parte de la producción de azúcar del país y que da trabajo a un sector importante del recinto el Deseo. Existe también en menor porcentaje población que se dedica a la ganadería.

**b) Vivienda.** En la región a estudio alrededor del 40% posee una vivienda propia, ya cancelada completamente, aproximadamente el 60 al 70% posee una casa o villa hecha de bloque o ladrillo principalmente, y en menor proporción en al menos un 25% vive en ranchos, cuartos, mediaguas, cuartos. Entre 2 a 3% vive en covachas o chozas. Las viviendas que están en los lugares más apartados de la vía principal son construidas de caña guadua y algunas en malas condiciones, dando un aspecto de poca higiene y pobreza, no cuentan con los servicios básicos, como agua potable, alcantarillado y servicios higiénicos, el agua la obtienen de pozos y la almacenan en tanque para su uso diario, además las viviendas tienen letrinas higiénicas, y otras no. <sup>34</sup>

**c) Cobertura educativa.** Existe la escuela Fiscal Antonia Ante que está ubicada junto a la iglesia de la parroquia, Existen ciento cincuenta alumnos, desde preescolar hasta séptimo año básico, de los cuales hay cuarenta adolescentes entre 12 y 16 años, la escuela está construida de hormigón armado, no posee la infraestructura adecuada, su patio no tiene cerramiento, actualmente según cifras del último censo de población y vivienda el analfabetismo en esta zona bordea menos del 5%. Sin embargo, existen más escuelas y colegios fiscales e incluso una universidad (universidad estatal de Milagro, UNEMI) a escasos 5 minutos de la zona.

#### **4.1.4 Perfil demográfico de la zona.**

La población del recinto el deseo del cantón Yaguachi al igual que las demás localidades ecuatorianas, se rige por una municipalidad según lo estipulado en la Constitución Política Nacional. La Municipalidad es una entidad de gobierno seccional que administra el cantón de forma autónoma al gobierno central. La municipalidad está organizada por la separación de poderes de carácter ejecutivo representado por el alcalde, y otro de carácter legislativo conformado por los miembros del concejo cantonal. El recinto está conformado por una iglesia católica y tres evangélicas, dos dispensarios médicos, uno del MSP y otro del SSC, una casa comunal, una exportadora de cacao, como lugares de ocio tiene un night club y un balneario, en cuanto a las actividades económicas este recinto no posee un mercado pero realizan comercio en las poblaciones

más cercanas, y existen pequeñas tiendas en toda el recinto. La población en gran mayoría se dedica a la agricultura, su vida habitual se podría describir de la siguiente manera. Por las mañanas el jefe de la familia sale a realizar su jornada laboral, dedicada a comercio y agricultura como ya ha sido mencionado, las amas de casa realizan labores domésticas, llevan a sus hijos a centros educativos, posteriormente se dedican a realizar tareas en el hogar como alimentar a sus animales domésticos, preparar la alimentación, recoger aves de corral, etc. La tasa de crecimiento de la familia tiene la tendencia a aumentar. Hasta el momento en esta región no existe alguna tendencia migratoria debidamente establecida ni documentada.

#### **4.1.5 Aspectos higiénicos sanitarios.**

**a) Abastecimiento de agua.** En la actualidad alrededor del 60 a 70% de la población recibe agua a través de la red pública según estadísticas INEC, el resto de los campesinos no cuentan con los servicios básicos, como agua potable, alcantarillado y servicios higiénicos. Siendo su fuente habitual la obtención del agua de pozos y la almacenan en tanques para su uso diario.

**b) Letrinas y excretas.** El servicio de alcantarillado llega a aproximadamente del 40 – 45% de la población, pero en su mayoría el servicio de excretas es a través de letrinas que desembocan en un pozo séptico común,

siendo así el manejo no adecuado e higiénico, lo cual vuelve más propensa a la población a presentar enfermedades, sobre todo de índole infecciosa.

**c) Basura y servicios públicos.** La eliminación de la basura se realiza por carro recolector que llega hasta el 80% de la población, sin embargo la frecuencia con la que suele pasar el carro recolector no es adecuada, produciendo acumulación de basura que aumenta el riesgo de enfermedades.

35

**4.1.6 Proceso salud enfermedad.** Se ha analizado los partes mensuales con las 10 principales patologías más frecuentes de Mayo a Diciembre 2010 y se llega a la conclusión de que las principales enfermedades en esta región rural son:

1. Infección respiratoria de vías altas
2. Infección de vías urinarias bajas
3. Diarrea y gastroenteritis
4. Parasitosis intestinal

De las cuatro principales patologías atendidas en el dispensario médico el deseo, tanto las gastroenteritis y parasitosis intestinales en parte se producen por un déficit en los procesos higiénico sanitarios, las infecciones intestinales y las parasitosis se suelen transmitir vía fecal–oral por mala higiene, en un medio

rural como este las personas son más propensas a sufrir enfermedades infecciosas, la falta de agua y un servicio de excretas con letrinas empeoran el problema. Esto explica que las principales causas de consulta en este medio sean infecciones intestinales y parasitosis. <sup>36</sup>

#### **4.1.7 Conclusiones de la demanda.**

En la actualidad en esta región dada su demografía, calidad y forma de vida favorecen la aparición de problemas de salud en la comunidad, aunado a la falta de servicios básicos, la contaminación, el exceso de basura que es un claro factor de riesgo de la proliferación de enfermedades. Esto se refleja claramente en las principales causas de consulta en el dispensario, por patologías favorecidas por la falta de higiene, como son gastroenteritis y parasitosis entre otras. Debemos decir, que existen medios que se pueden aprovechar para cambiar estos factores, existen centros educativos y además hay buenas vías de acceso que permitirían implementar algún plan que mejore la problemática actual.

#### **4.2 Análisis de la oferta**

En este capítulo analizaremos dos puntos básicos, primero las características de los recursos más importantes en el territorio, de esta manera enfocaremos el análisis en los diferentes prestadores de servicios de salud en la zona. Luego analizaremos la unidad operativa mediante observación directa, los

actores sociales en el territorio mediante encuestas a la población que recibe el servicio de salud en la zona por medio de encuestas. Se entrevistó a más de 300 personas de la zona afiliadas al SSC. También se les realizara encuestas y entrevistas al personal que labora en el dispensario de salud y además se entrevistó a personas importantes que juegan un papel social en la comunidad. Posteriormente se seleccionara los principales problemas y riesgos para en el próximo capítulo incluirlo en el análisis FODA.

#### **4.2.1 Caracterización de los recursos en el territorio**

Se encontró prestadores externos o unidades de servicios de salud en el área tanto del sector público, o en el sector privado. Estos establecimientos de salud son responsables de referir a las unidades de mayor complejidad de atención si la población lo requiere. <sup>37</sup>

Las características del recurso sanitario en el territorio estudiado, estaría conformado por prestadores de la red plural, que se señalan a continuación:

<b>Tipo de establecimiento</b>	<b>Tipo de Actividad</b>	<b>Cartera de servicios</b>	<b>Parroquia</b>
<i>Subcentro de Salud de Cónce</i>	Atención médica	Programas rurales de	El deseo Comunidad

<i>del MSP</i>	primaria rural	atención primaria del Minist. Salud	Cone
<i>Subcentro de Salud Virgen de Fátima del MSP</i>	Atención médica primaria rural	Programas rurales de atención primaria del Minist. Salud	El deseo Comunidad Fátima
<i>Ambulancias para Emergencias del Consejo Provincial de Guayas, plantadas en el Peaje Cantón Milagro</i>	Atender urgencias evidentes en la carretera aledaña al cantón milagro	Urgencias y emergencias en la carretera y traslado de heridos	Cantón milagro
<i>Laboratorios particulares</i>	Realización de analíticas		Cantón Milagro

<i>Óptica realizan exámenes visuales</i>	<i>que</i>	Realización de lentes en base a exámenes de visión		Cantón milagro
--	------------	--	--	-------------------

Fuente: Tabla realizada por el grupo de estudio que demuestra las características del recurso sanitario en el territorio estudiado

**Tabla 2 de las características del recurso sanitario en el territorio estudiado**

#### **4.2.2 Unidad médica**

En base al estudio de campo que se ha realizado bajo la observación directa, revisión de partes diarios y mensuales de registro de atención sanitaria del personal que labora en el dispensario del SSC “El Deseo”. Se aprecia que la oferta de sus servicios es de primer orden entre los proveedores de salud que circundan a las comunidades de la parroquia el deseo siendo primariamente rural y mayoritariamente enfocado al sector pobre, ya que un 17% de la población experimenta extrema pobreza y se benefician de este servicio médico. Siendo de segundo orden, los dispensarios del ministerio de salud y tercero el hospital del IESS de Milagro, al cual se derivan ciertas patologías que requieren los niveles de medicina especializada que se escapan a la atención primaria bajo los órdenes de inter consulta o urgencias inminentes. 38

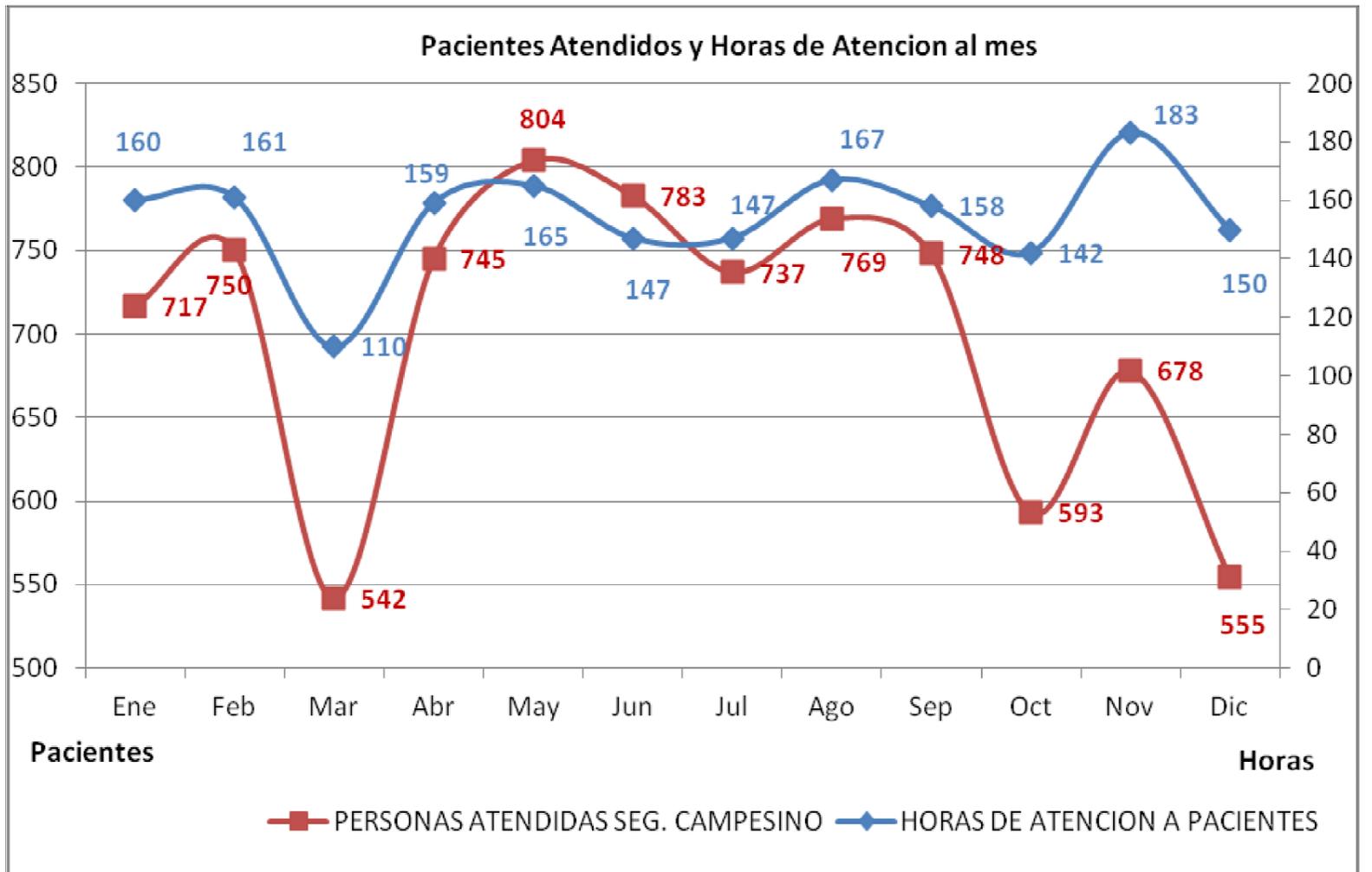
Uno de los objetivos del Seguro Social Campesino, es la de ofertar prestaciones de salud primaria y ambulatoria a sus afiliados. Para este caso los afiliados son el asegurado, su cónyuge, familiares que vivan bajo su dependencia y que hayan sido acreditados al momento de la afiliación o en algún momento anterior a la solicitud de prestación, no menor de tres meses.

Se estima que este sistema de Seguro, es el tercer proveedor público importante de salud en el Ecuador, cuya cobertura es del 8% de la población total en el año 2000 según estadísticas del INEC. <sup>39</sup>

A nivel nacional se encuentran afiliadas 2.712 organizaciones campesinas, con un promedio de unas 207.610 familias protegidas y un total de 962.438 afiliados y para cubrir su atención médica se han creado 577 dispensarios médicos.

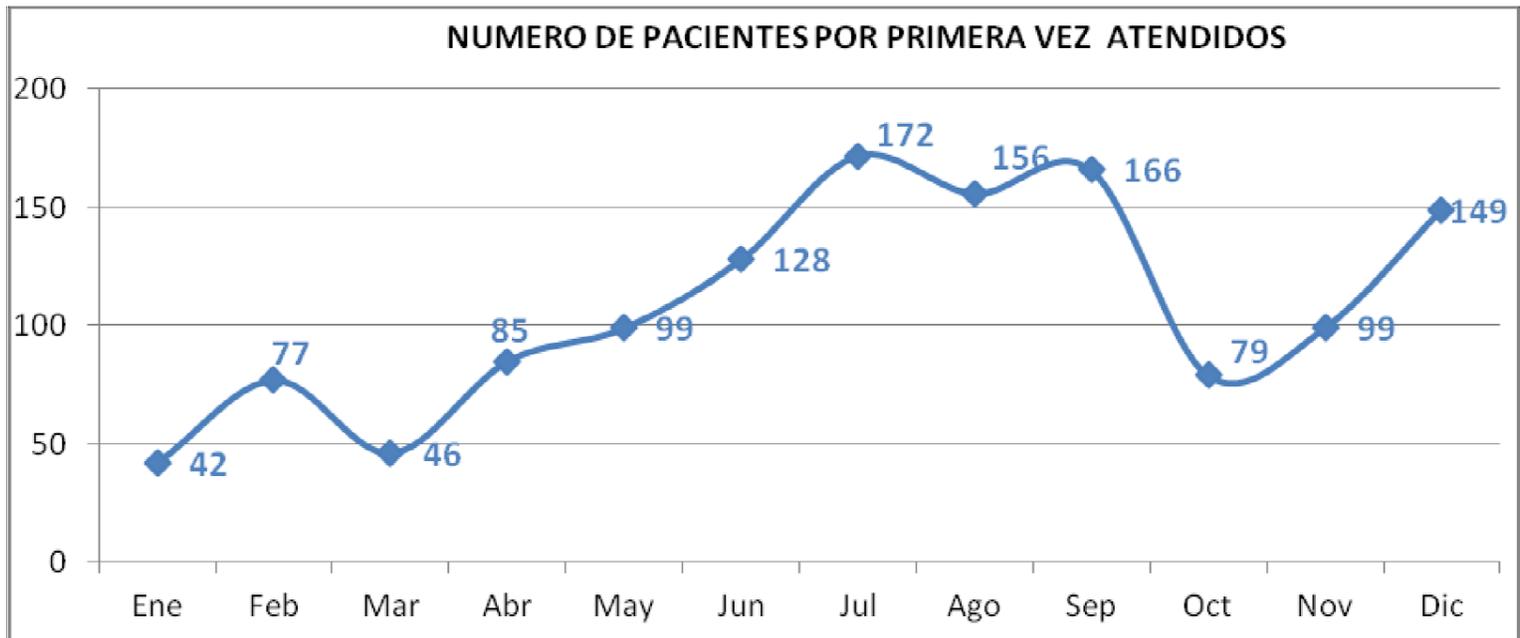
En el análisis de la unidad operativa vale recalcar que no se logró obtener datos específicos sobre el financiamiento y gastos a pesar de haber solicitado la información necesaria, razón por la cual no se incluye en el análisis.

Además se analizó de forma específica el número de pacientes atendidos en el dispensario médico el deseo. En el análisis realizado de las hojas de registro de atenciones médicas del año 2010-2011, donde constan las horas laboradas y el número de pacientes atendidos mensualmente en este período, se establecen los siguientes resultados que yace en los gráficos a continuación.



Fuente: Gráfico 3 realizado por el grupo de estudio a partir de partes médicos del año 2011, que demuestra el número de pacientes atendidos mensualmente y las horas de atención implicadas

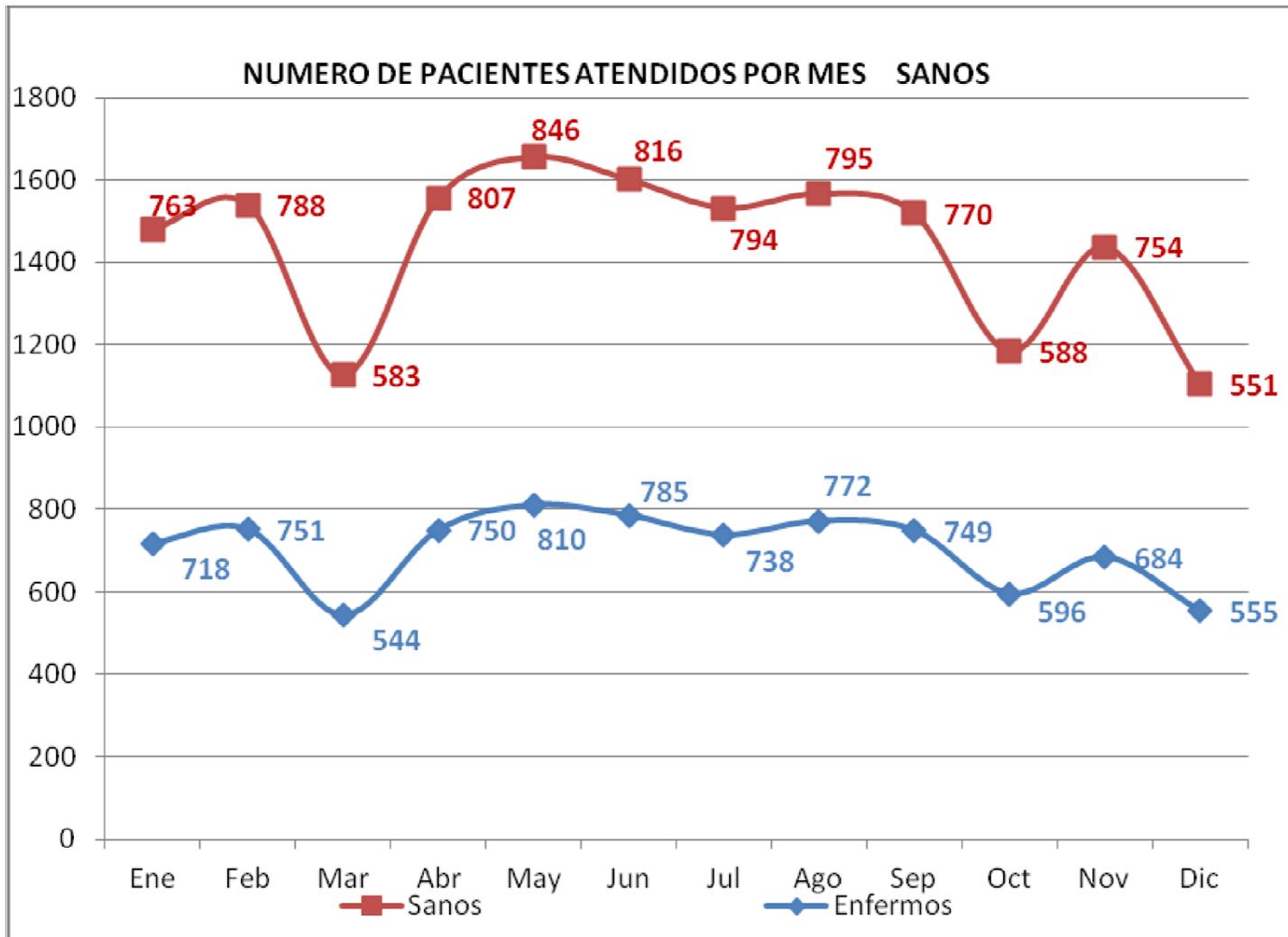
En este gráfico de líneas se analiza el número de pacientes que se atienden en un mes y las horas que tomo atenderlos según los partes médicos del año 2011.



Fuente: Gráfico 4 realizado por el grupo de estudio a partir de partes médicos del año 2011, que demuestra el número de pacientes atendidos mensualmente por primera vez de en el año

2011

En este gráfico se expone el número de pacientes atendidos mensualmente por primera vez en el año 2011 tomado de los partes médicos del período 2011.



Fuente: Gráfico 5 realizado por el grupo de estudio a partir de partes médicos del año 2011, que demuestra el número de pacientes atendidos mensualmente que eran sanos(en los cuales se realiza prevención) durante este período.

En este gráfico de pacientes atendidos sanos, entendiéndose así aquellos a los que se realiza prevención y por otra parte pacientes enfermos a los que tienen patología en ese momento, datos que fueron tomados de los partes médicos del dispensario del año 2011.

### **4.2.3 Conclusión de la caracterización de los recursos del territorio**

Se encontró que se atienden aproximadamente 35 pacientes en aproximadamente siete horas por cada médico, sin contar las actividades en salud que se realizan fuera del dispensario, aproximadamente se destinan 15 minutos a cada paciente. Si bien es cierto que es un análisis estadístico, en muchas ocasiones el tiempo dedicado a cada paciente es mayor dependiente de la patología que tuviese, además como ya se ha mencionado, la tendencia en los últimos años es a crecer en cuanto a la cantidad de afiliados del SSC. De estos datos se concluye que existe una gran demanda de servicios de salud, y existe poca oferta en este campo.

Por observación directa se encontró que la infraestructura en donde se prestan los servicios de salud no son los adecuados, los consultorios son pequeños, y no cuentan con los equipos básicos para realizar una consulta adecuada. Lo cual es muy llamativo, por la gran afluencia de pacientes y el poco espacio de la unidad operativa.

### **4.3 Análisis de los actores sociales en el territorio**

En el análisis observacional, entrevista directa y encuestas de los actores sociales que atañen a la parroquia, donde desempeña las labores del dispensario, se encontró que los de mayor relevancia en el territorio son los líderes comunitarios y

sus comunidades, junto con la junta parroquial debido a las reuniones que se citan o realizan en conjunto con la enfermera y él medico de manera mensual, o trimestral donde se enmarcan principalmente las falencias, y vacíos que se pueden llenar para un mejor desempeño.

Actores sociales	Relevancia territorio			Capacidades	Intenciones	Afinidades
	+++	++	+			
<i>Líderes comunales y sus comunidades 16 aprox.</i>	X			Reunir a las comunidades y establecer cambios en base a necesidades	Demandar mejoras continuas y mayor capacidad de atención	Correlación en puntos medulares con el personal del dispensario médico
<i>Junta Parroquial, Gonzalo Roca Jefe político/quinto jefe de la</i>	x			Reunir a las comunidades y establecer cambios en base a necesidades	Demandar mejoras continuas y mayor capacidad de atención	Correlación en puntos medulares con el personal del dispensario

<i>comunidad</i>						médico
<i>Población afiliada</i>	X			Reunir a las comunidades y establecer cambios en base a necesidades	Demandar directamente en base a sus necesidades al dispensario o los directivos principales del SSC	Correlación con la institución y establecer cambios en base a necesidades
<i>Alcalde (Él actual no se reúne)</i>		x		Establecer contacto con el dispensario para mejoría de sus labores	Mantener a su población atendida de mejor forma	Afinidad con los directivos principales del SSC
<i>Policía (No incluida)</i>			x	Informar de los servicios que presta el dispensario, ya que estos	Mantener la seguridad y el orden en el dispensario cuando lo	Afinidades con la población en general por la labor

				están en contacto con la población	amerite	que realizan
--	--	--	--	--	---------	--------------

Fuente: Tabla realizada por el grupo de estudio que demuestra los principales actores sociales encontrados en la parroquia del dispensario

**Tabla 3 de los principales actores sociales en la parroquia del dispensario**

### **4.3.1 Investigación de campo**

La investigación de campo del estudio observacional descriptivo se realizó con el previo diagnóstico situacional de la unidad operativa bajo el análisis FODA antes mencionado en el capítulo correspondiente, y bajo la observación directa, la entrevista, y técnicas de recolección de datos, teniendo como fuentes primarias las encuestas a los afiliados y prestadores de salud que abordaban los factores como la satisfacción, la sugerencia de recomendaciones que pueden mejorar en diversos aspectos la atención del dispensario y como fuentes secundarias a su vez se tomó las matrices mensuales de atención del personal sanitario del SSC que bajo un análisis de frecuencia estadística, generaran indicadores de gestión.

Para establecer la cantidad de encuestas (muestra) a realizar de una Población 6156 Afiliados, se realizó la siguiente formula estadística elaborada por el grupo de estudio que se menciona a continuación y que dio como resultado 278, elaborándose finalmente 300 encuestas para el estudio.

**Fórmula**

Población	N		6,156			
Error	se		0,010			
Confianza			0,970			

$$\sigma^2 = (se)^2 = 0,010^2 = 0,0001$$

$$s^2 = p(1-p) = 0,97 [1 - 0,97] = 0,0291$$

$$n' = \frac{s^2}{\sigma^2} = \frac{0,03}{0,00010} = 291$$

$$n = \frac{1}{1 + \frac{n'}{N}} = \frac{1}{1 + \frac{291}{6.156}} = \frac{291}{1,0473} = 278$$

### 4.3.2 Población a estudio del Dispensario médico El Deseo

Para realizar la investigación se escogió uno de los dispensarios médicos del seguro social campesino en la jurisdicción de milagro que tenga mayor población afiliada. El dispensario médico escogido fue El Deseo que se encuentra ubicado en el recinto con el mismo nombre, este dispensario tiene afiliados 6156 personas y las características culturales y socio económicas de la población afiliada son similares en la jurisdicción de Milagro como ya se ha descrito en capítulos previos, razón por la cual los resultados de esta investigación son extrapolables a los distintas poblaciones afiliadas en el seguro social campesino en la jurisdicción de Milagro.

### 4.3.3 Instrumentos de investigación (Encuestas, entrevistas, observaciones directas)

Los instrumentos de la investigación que se usaron fueron la observación directa, la entrevista personal con los pobladores y líderes de la comunidad, y técnicas de recolección de datos que se realizó por medio de hojas de

encuestas basadas en preguntas que evalúan la satisfacción y labor del dispensario por parte de sus colaboradores y de la población que es atendida, y a su vez las sugerencias por parte de los mismos y así poder conocer el papel de los actores sociales, prestadores de salud en el medio y la importancia del servicio que brindan y los efectos en la población.

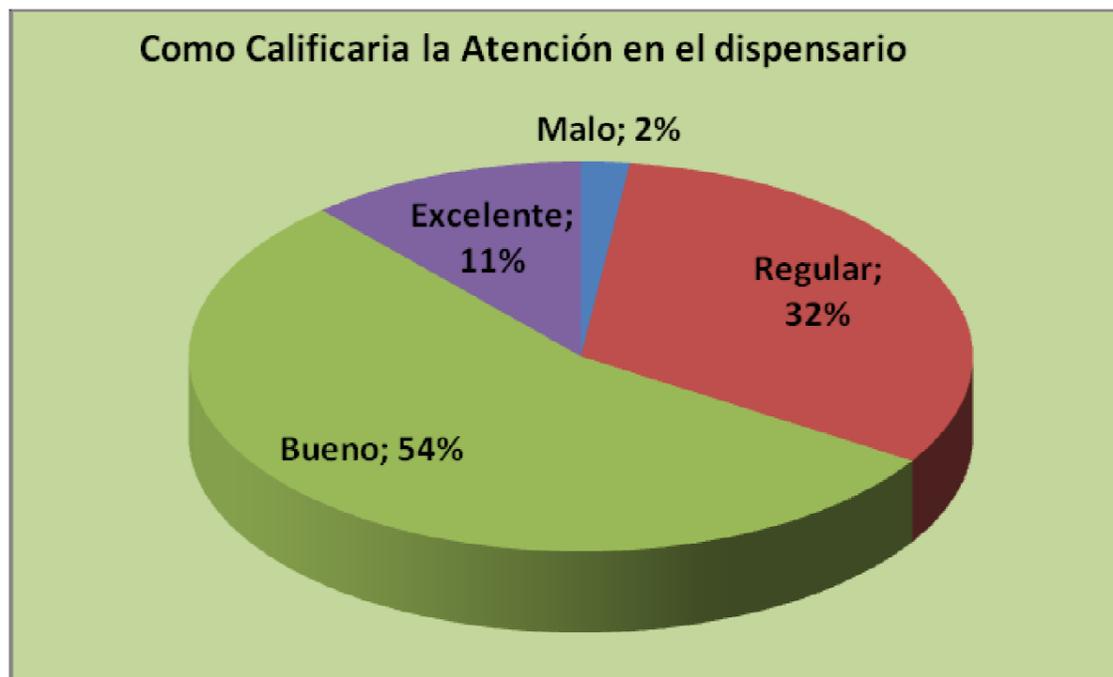
A su vez otro instrumento para el estudio fueron las matrices de atención del personal sanitario del SSC, por medio de las cuales se obtuvo indicadores de gestión.

Es así que se obtuvo los siguientes resultados explicados en gráficos, que se expondrán a continuación en los siguientes subcapítulos.

#### **4.3.4 Variables (Genero, sexo, nivel de educación, edad)**

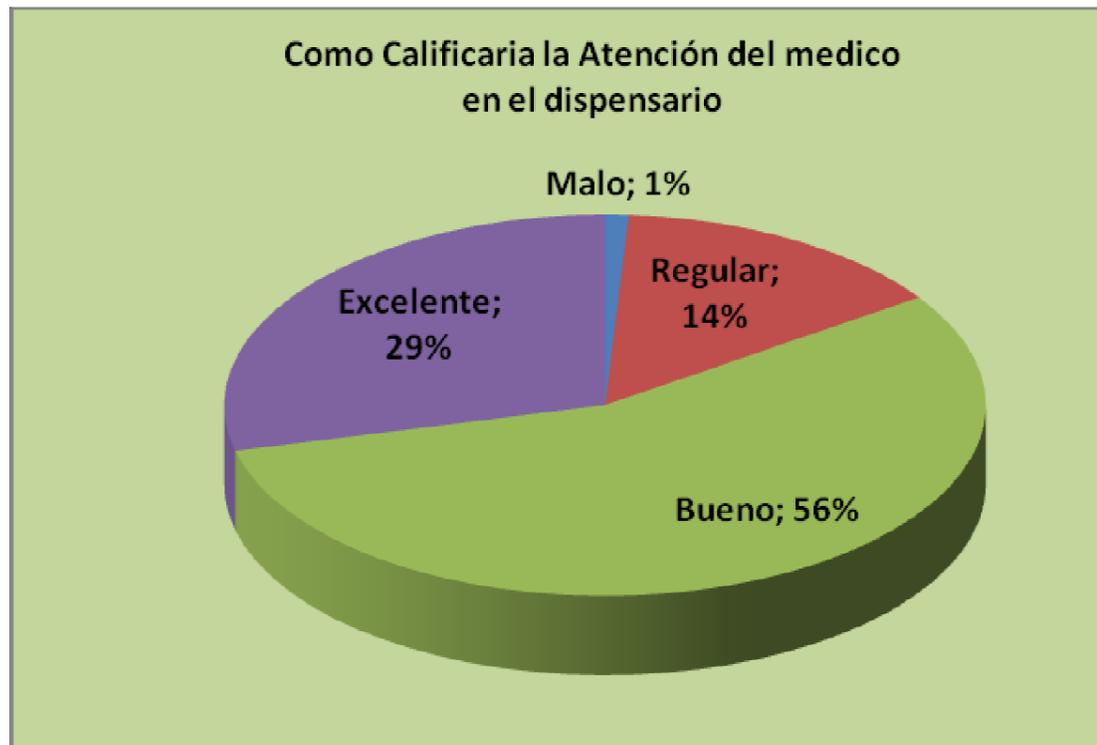
##### **Escala de Licker (satisfacción)**

Usando encuestas basados en parámetros de satisfacción de los pacientes en general se obtuvo los siguientes resultados que yacen en los gráficos de pastel, a continuación:



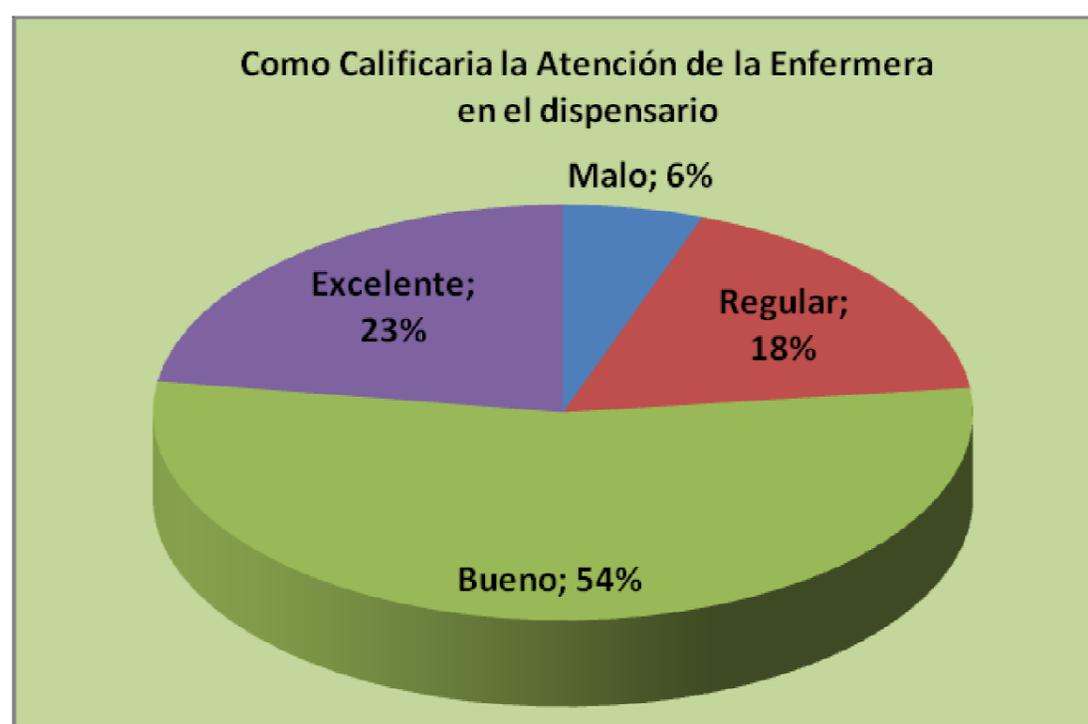
Fuente: Gráfico 6 realizado por el grupo de estudio en base al cuestionario tomado a los pacientes, ¿Cómo calificaría la atención en el dispensario?

La calificación de la atención general en el dispensario es valorada en un 2% como malo, 11 % excelente, 32% regular, y bueno en un 54%, lo cual refleja que hay un porcentaje de aceptabilidad hacia los servicios brindados, llamando la atención la disminución del nivel de excelente. Lo cual convendría con cambios apropiados ejecutar.



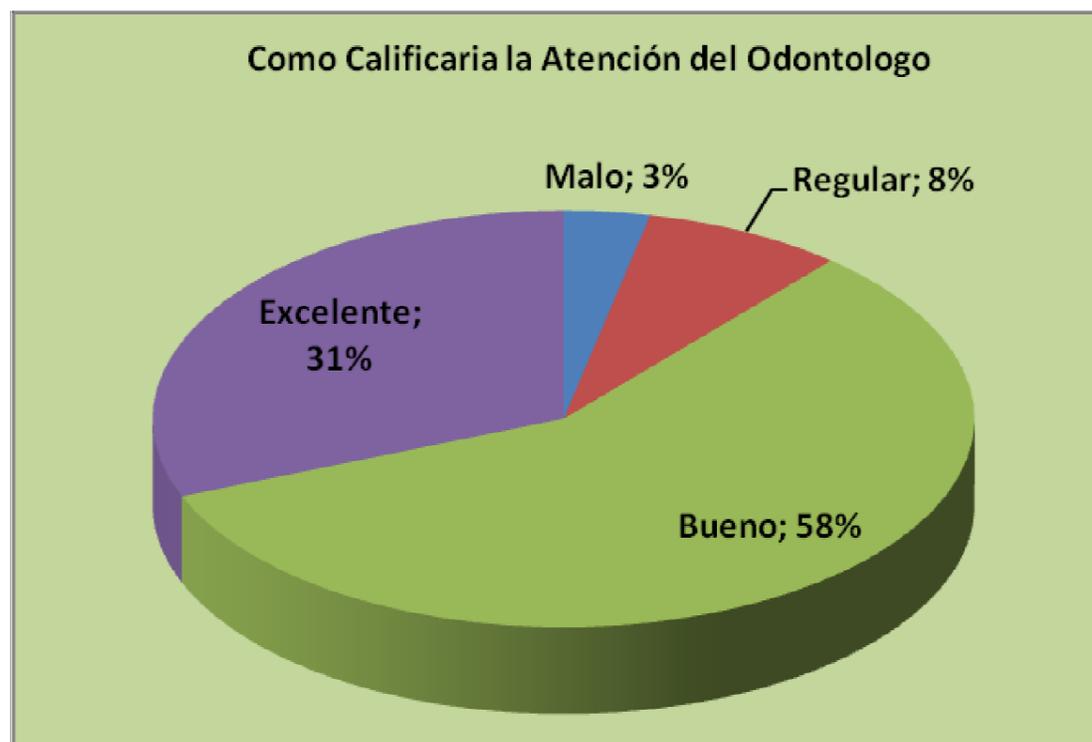
Fuente: Gráfico 7 realizado por el grupo de estudio en base al cuestionario tomado a los pacientes, ¿Comó calificaría la atención del médico en el dispensario?

La calificación de la atención del médico en el dispensario fue valorada en un 1% malo, 14% regular, excelente 29% y bueno en un 56%. Se observa que la atención del médico es ponderada en mayor porcentaje como de bueno.



Fuente: Gráfico 8 realizado por el grupo de estudio en base al cuestionario tomado a los pacientes, ¿Cómo calificaría la atención de la enfermera en el dispensario?

La atención de la enfermera en el dispensario fue valorada como malo 6%, regular 18%, excelente 23% y bueno en un 54%. Apreciándose que la atención de enfermería es buena mayoritariamente, pero que se podría mejorar si se realizan cambios apropiados.



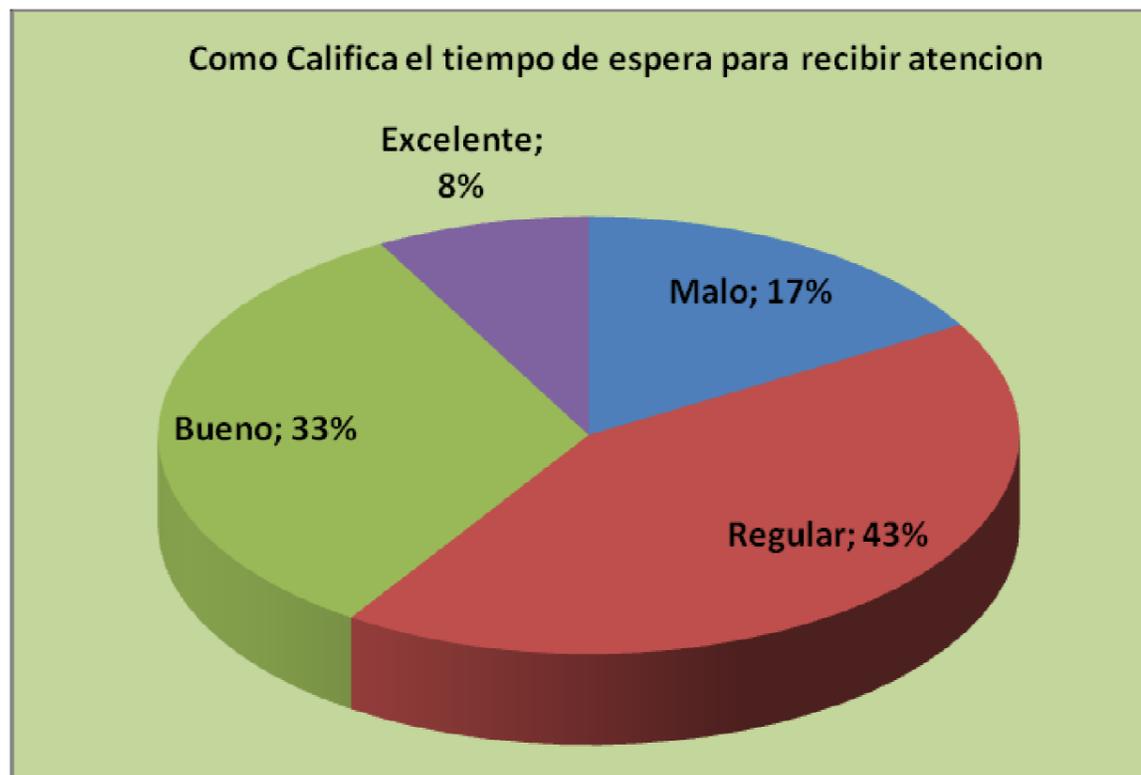
Fuente: Gráfico 9 realizado por el grupo de estudio en base al cuestionario tomado a los pacientes, ¿Cómo calificaría la atención del odontólogo?

La atención del odontólogo esta ponderada en un 3% malo, 8% regular, 31% excelente y bueno en un 58%. Demostrándose en un porcentaje mayoritariamente como bueno.



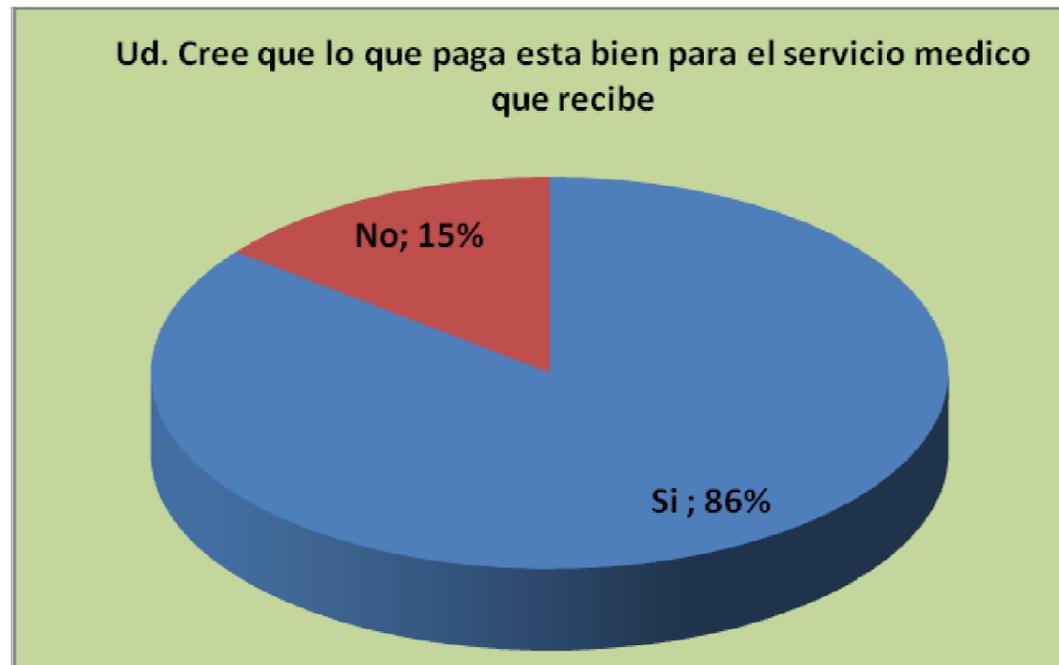
Fuente: Gráfico 10 realizado por el grupo de estudio en base al cuestionario tomado a los pacientes, ¿Tras la atención médica, en qué medida mejoró?

Tras la atención médica en qué medida mejoro; No mejoro un 5%, mejoro poco 27% y se siente bien en un 72%. Mostrándose en mayor porcentaje él se siente bien.



Fuente: Gráfico 11 realizado por el grupo de estudio en base al cuestionario tomado a los pacientes, ¿Cómo califica el tiempo de espera para recibir atención?

El tiempo de espera para recibir atención fue calificado como un 8% excelente, malo 17%, bueno 33% y regular en 43%. Mostrándose mayoritariamente en porcentaje el valor regular.



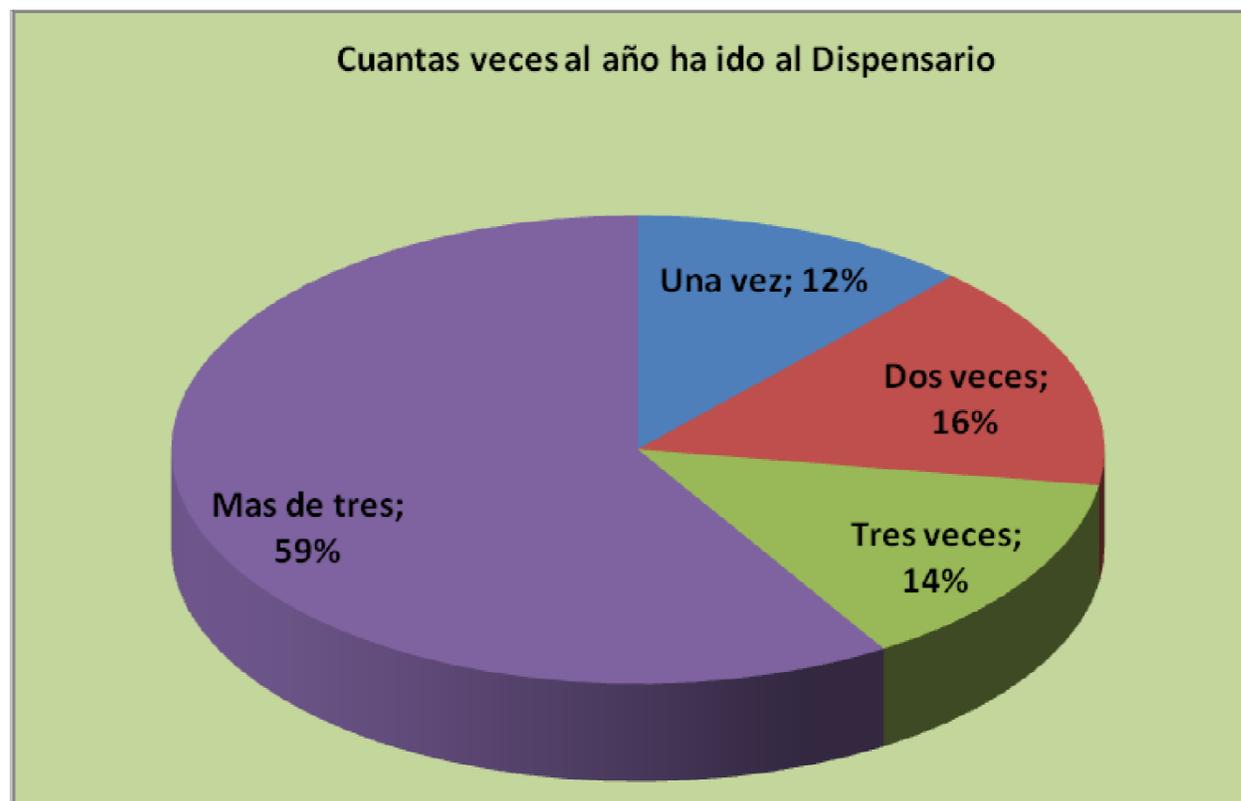
Fuente: Gráfico 12 realizado por el grupo de estudio en base al cuestionario tomado a los pacientes, ¿Usted cree que lo que paga está bien para el servicio médico que recibe?

Se calificó como usted cree que lo que está bien para el servicio médico que recibe en un 86% sí, y no 15%. Siendo de mayor porcentaje el Sí.



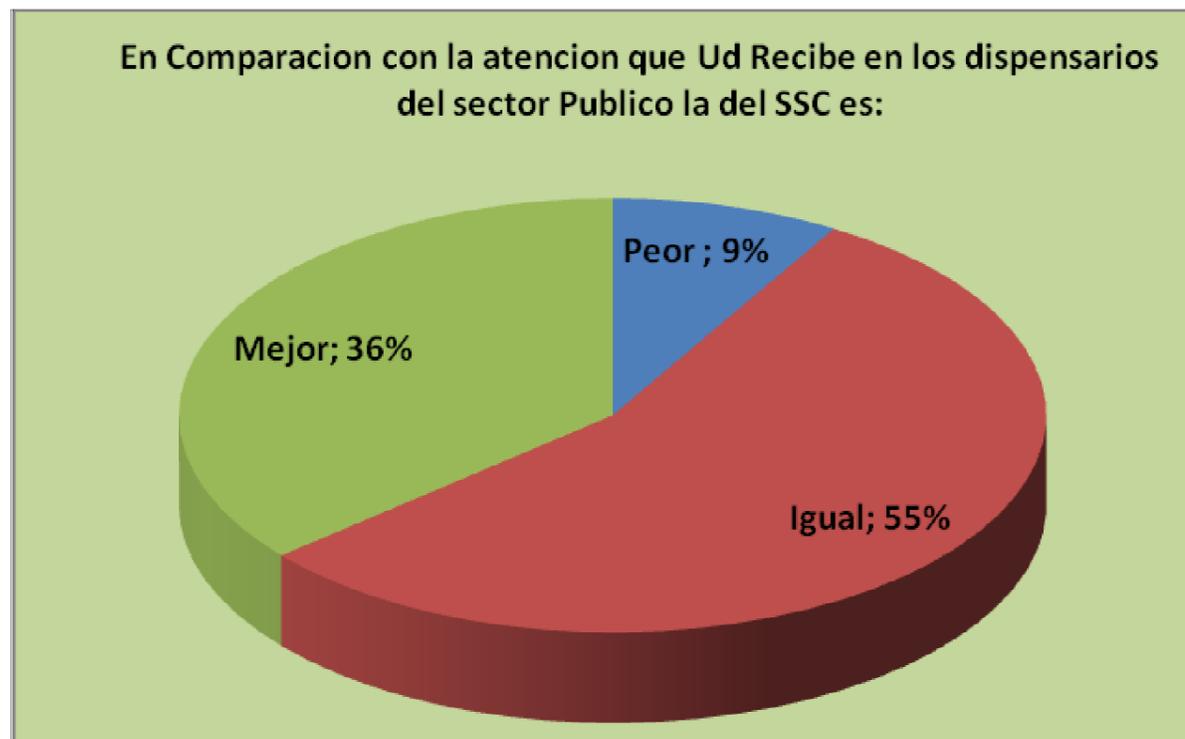
Fuente: Gráfico 13 realizado por el grupo de estudio en base al cuestionario tomado a los pacientes, ¿Recomendaría el servicio a otra persona?

Recomendaría el servicio a otra persona fue calificado como no 13% y sí en 87%. Siendo de mayor porcentaje el Sí.



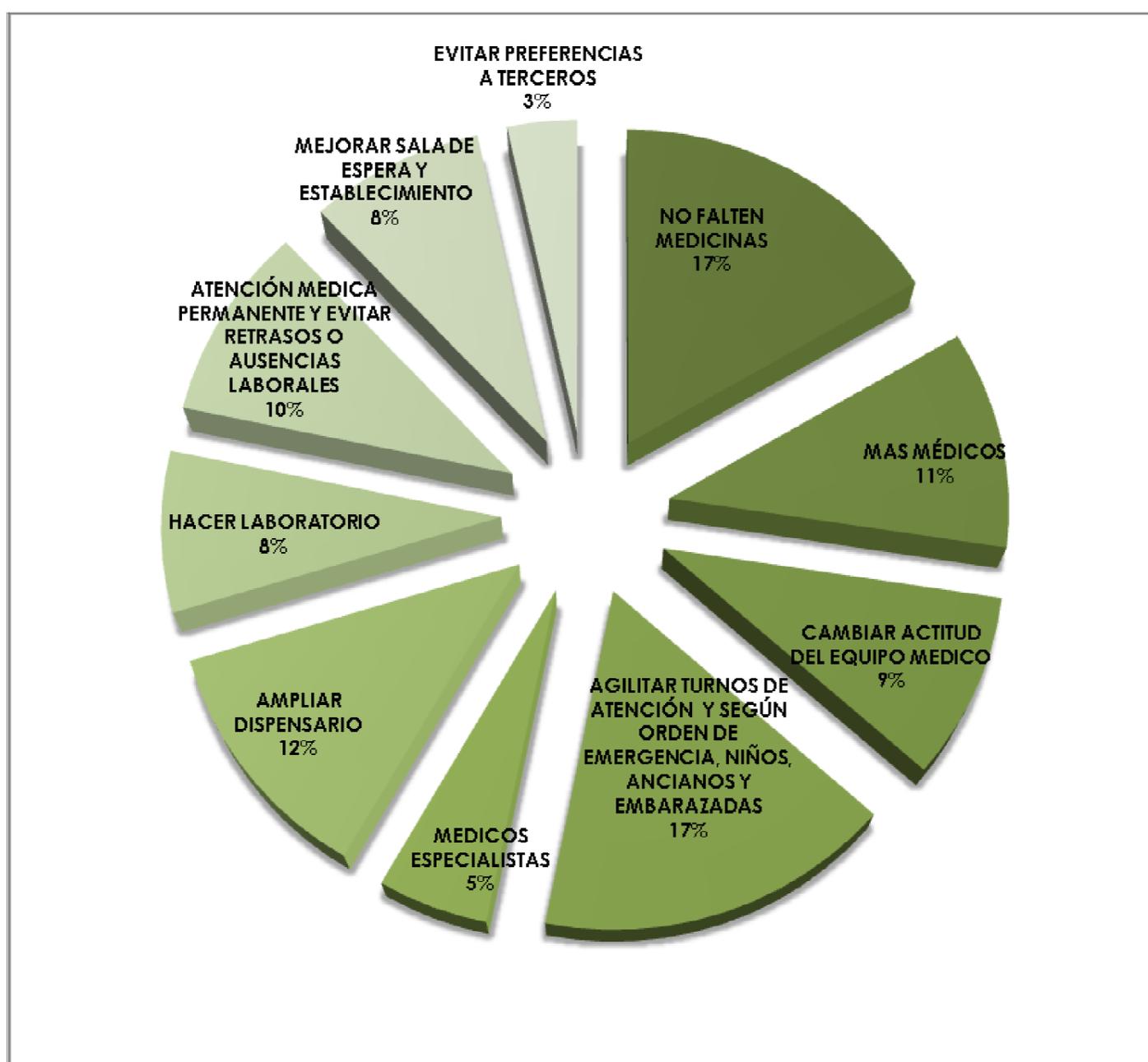
Fuente: Gráfico 14 realizado por el grupo de estudio en base al cuestionario tomado a los pacientes, ¿Cuántas veces al año ha ido al dispensario?

Cuántas veces al año ha ido al dispensario en una vez 12%, tres veces 14%, dos veces 16% y más de tres 59%. Siendo de mayor porcentaje más de tres.



Fuente: Gráfico 15 realizado por el grupo de estudio en base al cuestionario tomado a los pacientes, ¿En comparación con la atención que usted recibe en los dispensarios del sector público la del SSC es...

En comparación con la atención que usted recibe en los dispensarios del sector público la del SSC fue calificado como peor 9%, mejor 36% e igual en un 55%. Siendo de mayor porcentaje el valor igual.



Fuente: Gráfico 16 realizado por el grupo de estudio en base al cuestionario tomado a los pacientes, ¿Hay alguna recomendación que considera decir que se debería hacer en este dispensario médico?

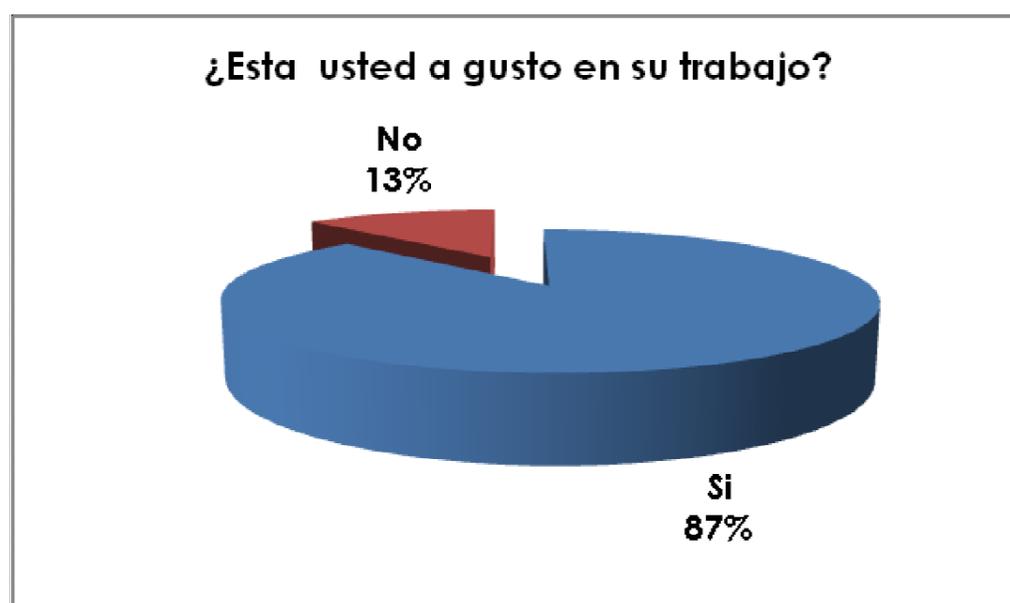
El porcentaje de sugerencias se estableció como: Evitar preferencias a terceros 3%, médicos especialistas 5%, hacer laboratorio 8%, mejorar sala de espera y establecimiento 8%, cambiar actitud del equipo médico 9%, atención médica permanente y evitar retrasos o ausencias laborales 10%, más médicos 11%, ampliar dispensario 12%, agilizar turnos de atención según orden de

emergencia priorizando niños ancianos y embarazadas y falta de medicinas se encontró en un valor del 17%.

Siendo así en el análisis los porcentajes más altos de 17% de falta de medicinas y el agilizar turnos de atención sanitaria. Lo cual se debería mejorar priorizando o citando según un dietario de citas a los pacientes según su patología aguda-crónica o revisión del paciente sano.

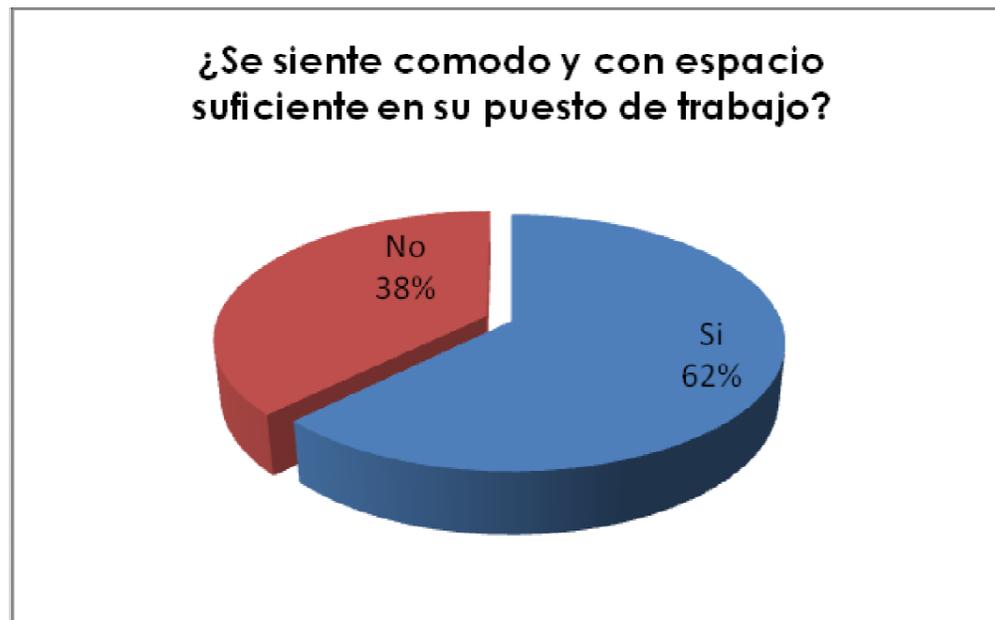
### **Encuestas y entrevistas al personal de salud de la unidad operativa**

Posteriormente se encuestó a 8 personas que conforman el personal sanitario en la unidad operativa. Los resultados que se obtuvieron de acuerdo a la encuesta y entrevista directa se exponen a continuación:



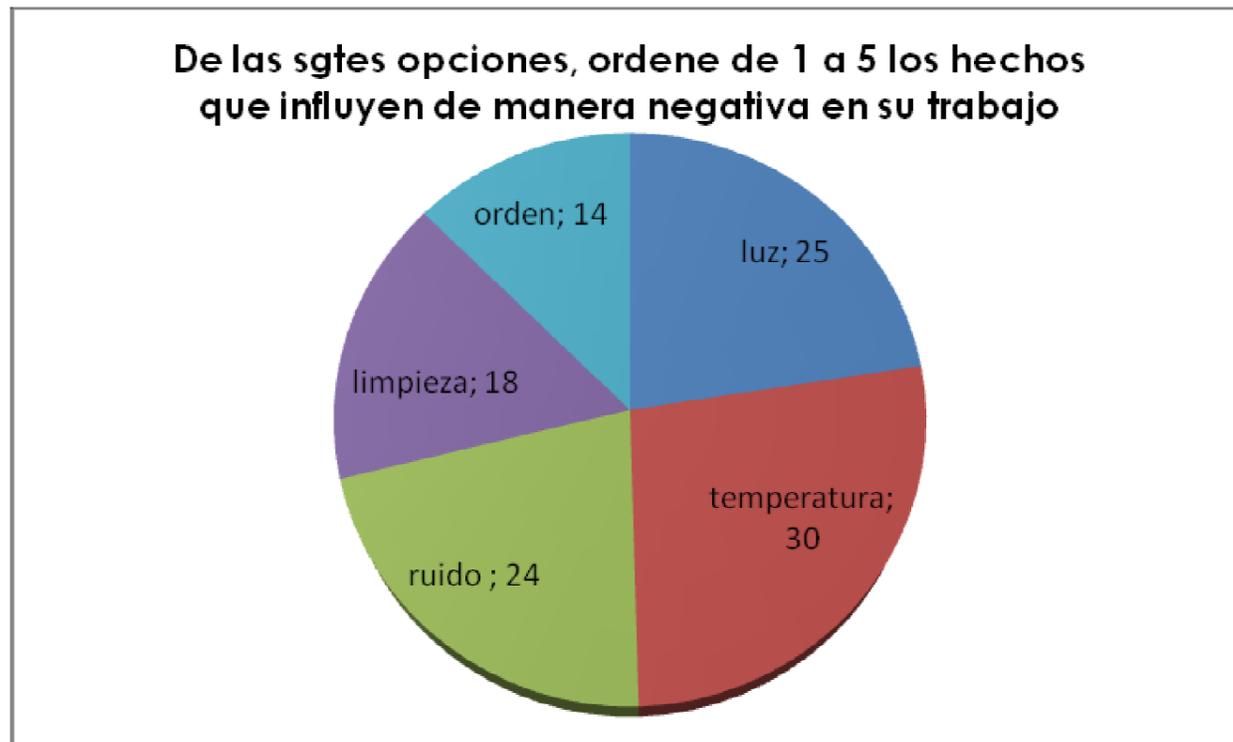
Fuente: Gráfico 17 realizado por el grupo de estudio en base a la encuesta y entrevista tomada al personal sanitario, ¿Esta usted a gusto en su trabajo?

Los resultados que se obtuvieron en la pregunta de la encuesta arriba expuesta, fueron un no 13% y sí 87%. Siendo el mayor porcentaje encontrado el sí.



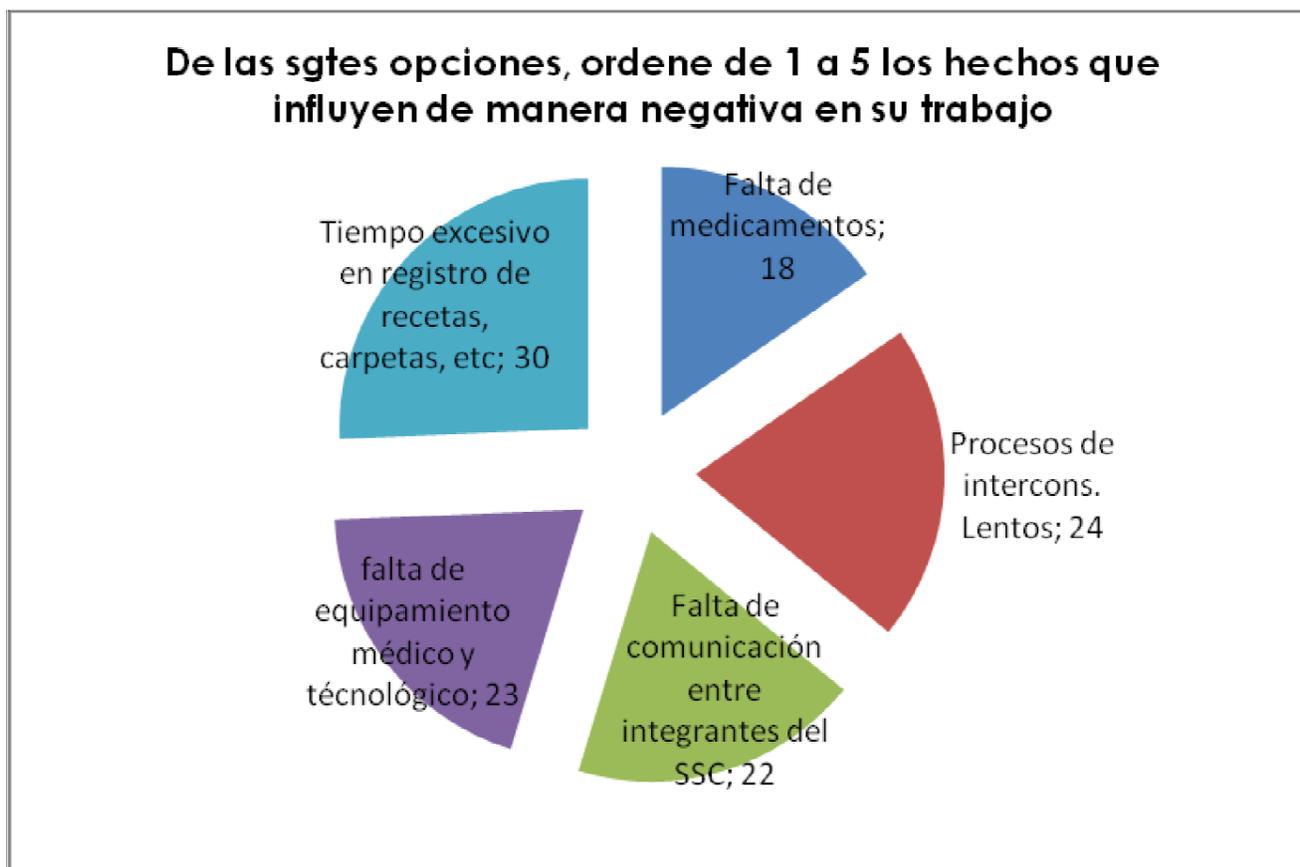
Fuente: Gráfico 18 realizado por el grupo de estudio en base a la encuesta y entrevista tomada al personal sanitario, ¿Se siente cómodo y con espacio suficiente en su puesto de trabajo?

En la pregunta se siente cómodo y con espacio suficiente en su puesto de trabajo, se obtuvo el porcentaje de no 38% y sí 62%. Siendo en mayor porcentaje el sí.



Fuente: Gráfico 19 realizado por el grupo de estudio en base a la encuesta y entrevista tomada al personal sanitario. De las siguientes opciones ordene de 1 a 5, los hechos que influyen de manera negativa en su trabajo.

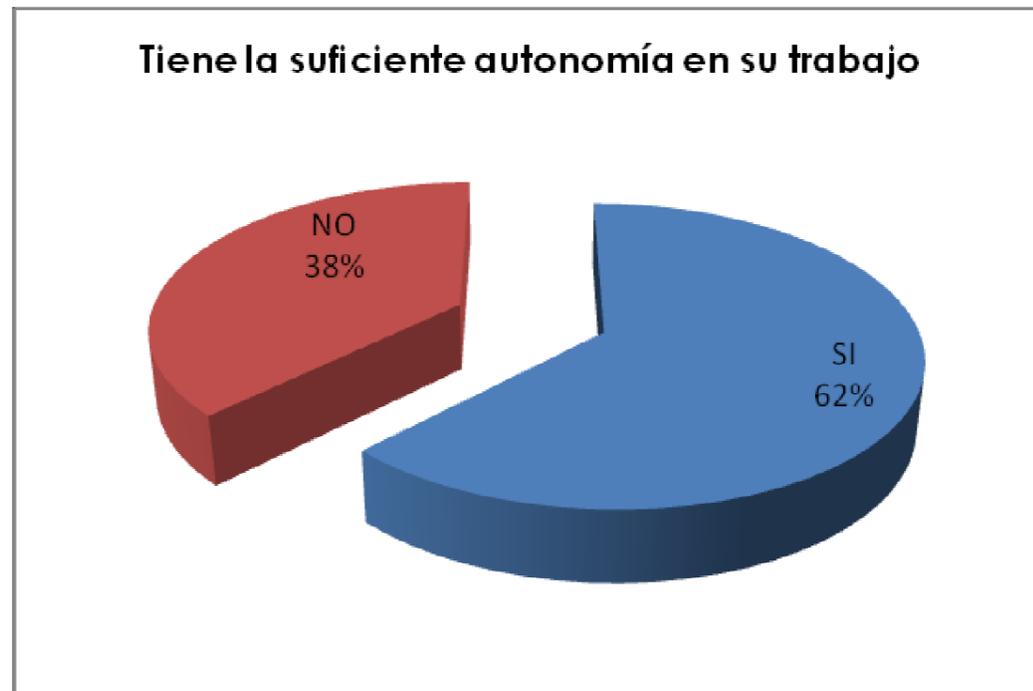
En la ponderación de las opciones a citar en orden ascendente del 1 al 5, los factores que influyen de manera negativa en su trabajo en base a las variables de luz, temperatura, ruido, limpieza del dispensario, orden del dispensario fue calificado como más influyente la temperatura con un valor de 30, luz con un valor de 25, limpieza 18 y el orden con 14. Lo cual es coherente con las sugerencias que exponen más adelante los laborantes del dispensario médico.



Fuente: Gráfico 20 realizado por el grupo de estudio en base a la encuesta y entrevista tomada al personal sanitario. De las siguientes opciones ordene de 1 a 5, los hechos que influyen de manera negativa en su trabajo.

En la ponderación de las opciones a citar en orden ascendente del 1 al 5, los factores que influyen de manera negativa en su trabajo en base a las variables de tiempo excesivo en registro de recetas, carpetas; falta de medicamentos, procesos de interconsulta lentos, falta de comunicación entre integrantes del SSC, falta de equipamiento médico y tecnológico fue calificado como más influyente la variable tiempo excesivo en registro de recetas ponderada con 30, procesos de interconsulta 24, falta de equipamiento médico y tecnológico 23, falta de comunicación entre integrantes del SSC 22. Lo cual sugiere que entre los problemas que yacen es la falta de un proceso ágil de registro de

atenciones, debido a la falta de equipamiento tecnológico y una comunicación adecuada para realizar un trabajo equipo que brinde un servicio efectivo.



Fuente: Gráfico 21 realizado por el grupo de estudio en base a la encuesta y entrevista tomada al personal sanitario, ¿Tiene la suficiente autonomía en su trabajo?

El personal médico respondió tener suficiente autonomía en su trabajo con un 38% para el no y sí en un 62%. Siendo en mayor porcentaje el sí.



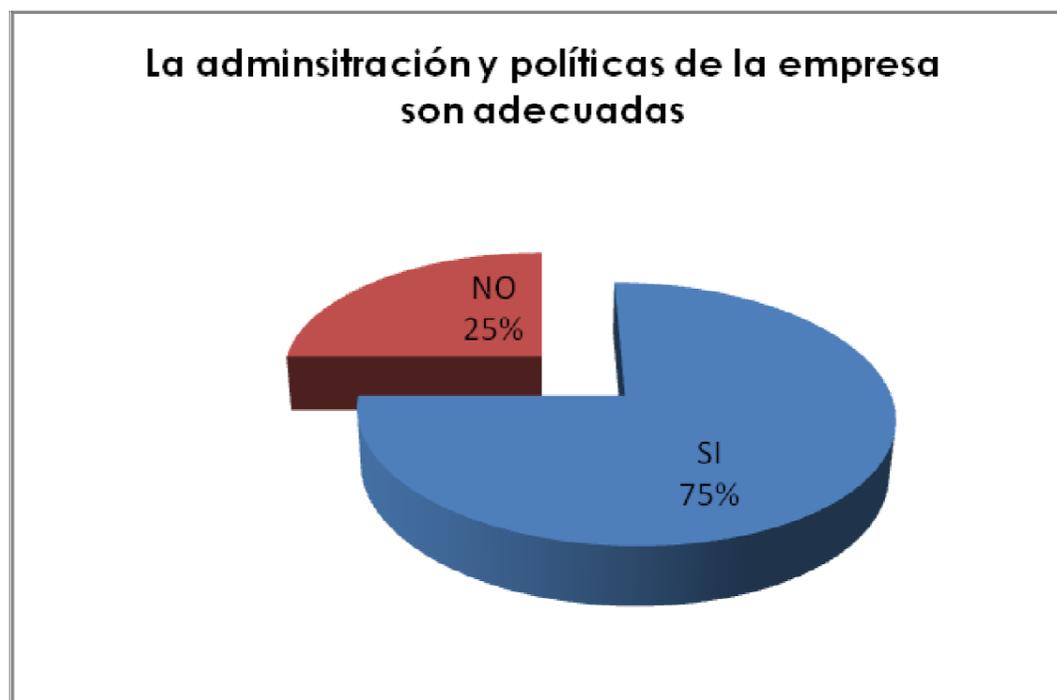
Fuente: Gráfico 22 realizado por el grupo de estudio en base a la encuesta y entrevista tomada al personal sanitario, ¿Sus ideas son tenidas en cuenta por sus jefes o superiores?

El personal médico respondió que sus ideas son tenidas en cuenta por sus jefes o superiores en un 75% sí, y en un no 25%. Siendo el mayor porcentaje el sí.



Fuente: Gráfico 23 realizado por el grupo de estudio en base a la encuesta y entrevista tomada al personal sanitario, ¿Considera que el ausentismo laboral en su empresa es excesivo?

El personal médico respondió a la pregunta que si consideran el ausentismo laboral en su empresa como excesivo, sí 12% y no 88%. Siendo el mayor porcentaje el no.



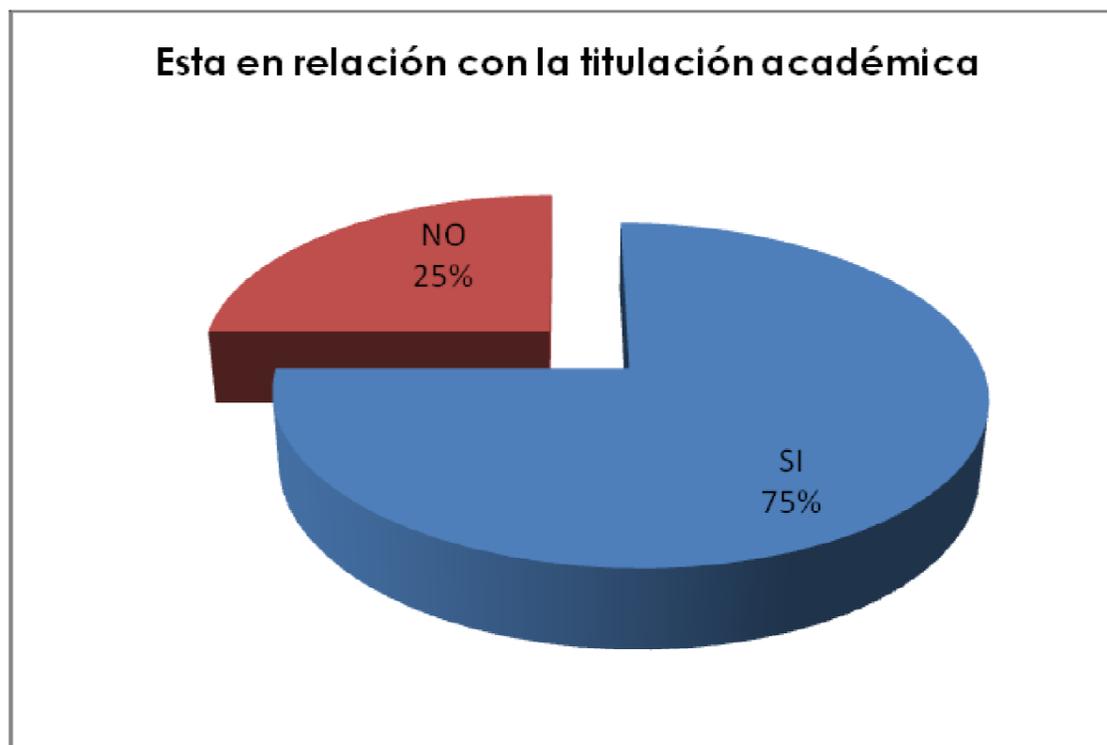
Fuente: Gráfico 24 realizado por el grupo de estudio en base a la encuesta y entrevista tomada al personal sanitario, ¿La administración y políticas de la empresa son adecuadas?

Al preguntarles si la administración y políticas de la empresa son adecuadas especificaron con un sí 75% y no 25%. Siendo el mayor porcentaje el sí.



Fuente: Gráfico 25 realizado por el grupo de estudio en base a la encuesta y entrevista tomada al personal sanitario, ¿Esta en relación con la experiencia que posee?

Al preguntarles en la encuesta si el puesto laboral que realizan esta en relación con la experiencia que posee, respondieron con sí 87% y no 13%. Siendo el mayor porcentaje el sí.



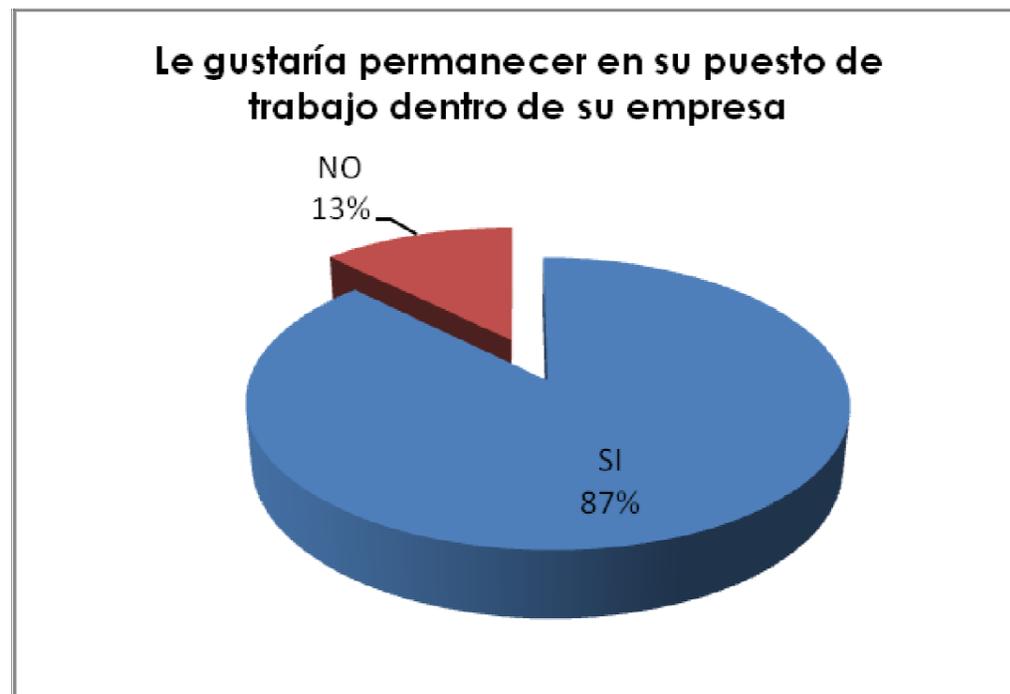
Fuente: Gráfico 26 realizado por el grupo de estudio en base a la encuesta y entrevista tomada al personal sanitario, ¿Esta en relación con la titulación académica?

Al preguntarles si esta en relación su puesto laboral con la titulación académica, respondieron sí 75% y no 25%. Siendo el mayor porcentaje el sí.



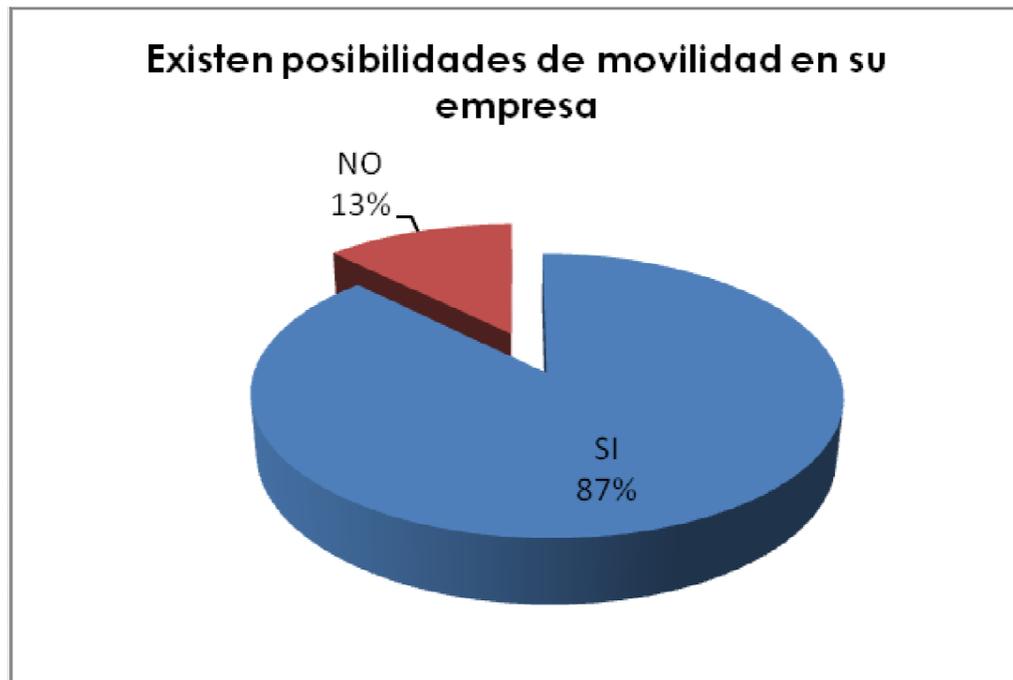
Fuente: Gráfico 27 realizado por el grupo de estudio en base a la encuesta y entrevista tomada al personal sanitario, ¿Esta lo suficientemente supervisado y reconocido?

Al preguntarles si sus labores son suficientemente supervisadas y reconocidas, respondieron un 62% sí y un no 38%. Siendo el mayor porcentaje el sí.



Fuente: Gráfico 28 realizado por el grupo de estudio en base a la encuesta y entrevista tomada al personal sanitario, ¿Le gustaría permanecer en su puesto de trabajo dentro de su empresa?

Al preguntarles si les gustaría permanecer en su puesto de trabajo dentro de su empresa 87% respondió que sí y 13% no. Encontrándose en mayor porcentaje el sí.



Fuente: Gráfico 29 realizado por el grupo de estudio en base a la encuesta y entrevista tomada al personal sanitario, ¿Existen posibilidades de movilidad en su empresa?

Al preguntarles si existe posibilidad de movilidad o transferencia en su empresa, respondieron sí 87%, y no 13%. Encontrándose en mayor porcentaje el sí.



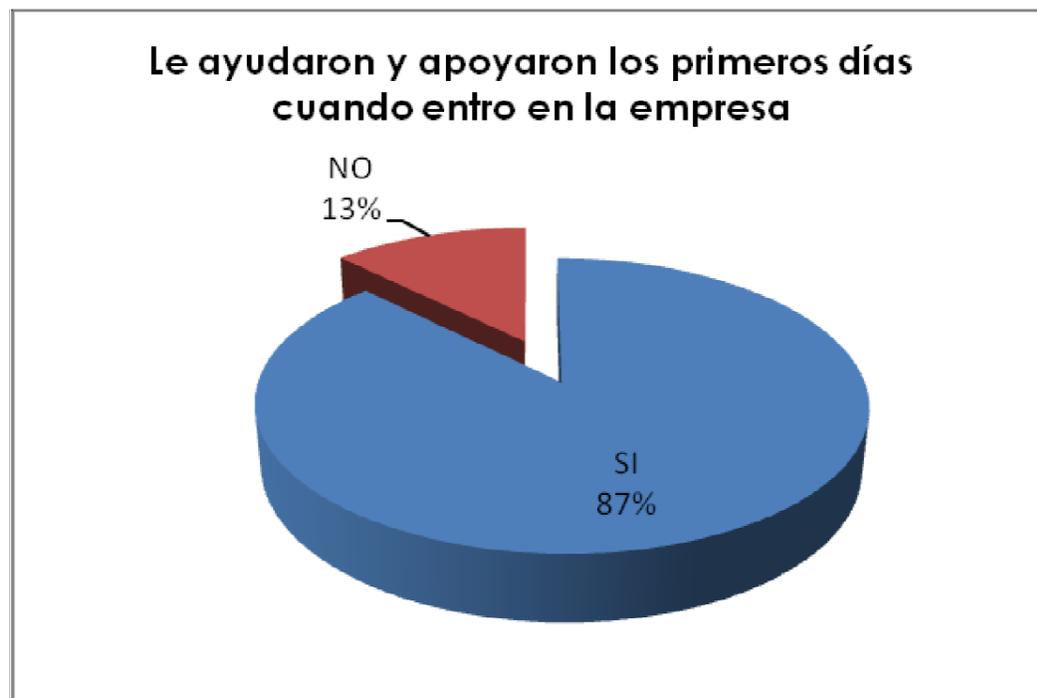
Fuente: Gráfico 30 realizado por el grupo de estudio en base a la encuesta y entrevista tomada al personal sanitario, ¿Le permiten realizar acciones administrativas?

Al preguntarles si en la empresa le permiten realizar acciones administrativas se obtuvo un resultado de sí en el 100%. Encontrándose en mayor porcentaje el sí.



Fuente: Gráfico 31 realizado por el grupo de estudio en base a la encuesta y entrevista tomada al personal sanitario, ¿Se lleva bien con sus compañeros?

En las preguntas que referían a si lleva bien con sus compañeros de trabajo, el 87% respondió que sí y no un 13%. Encontrándose en mayor porcentaje el sí.



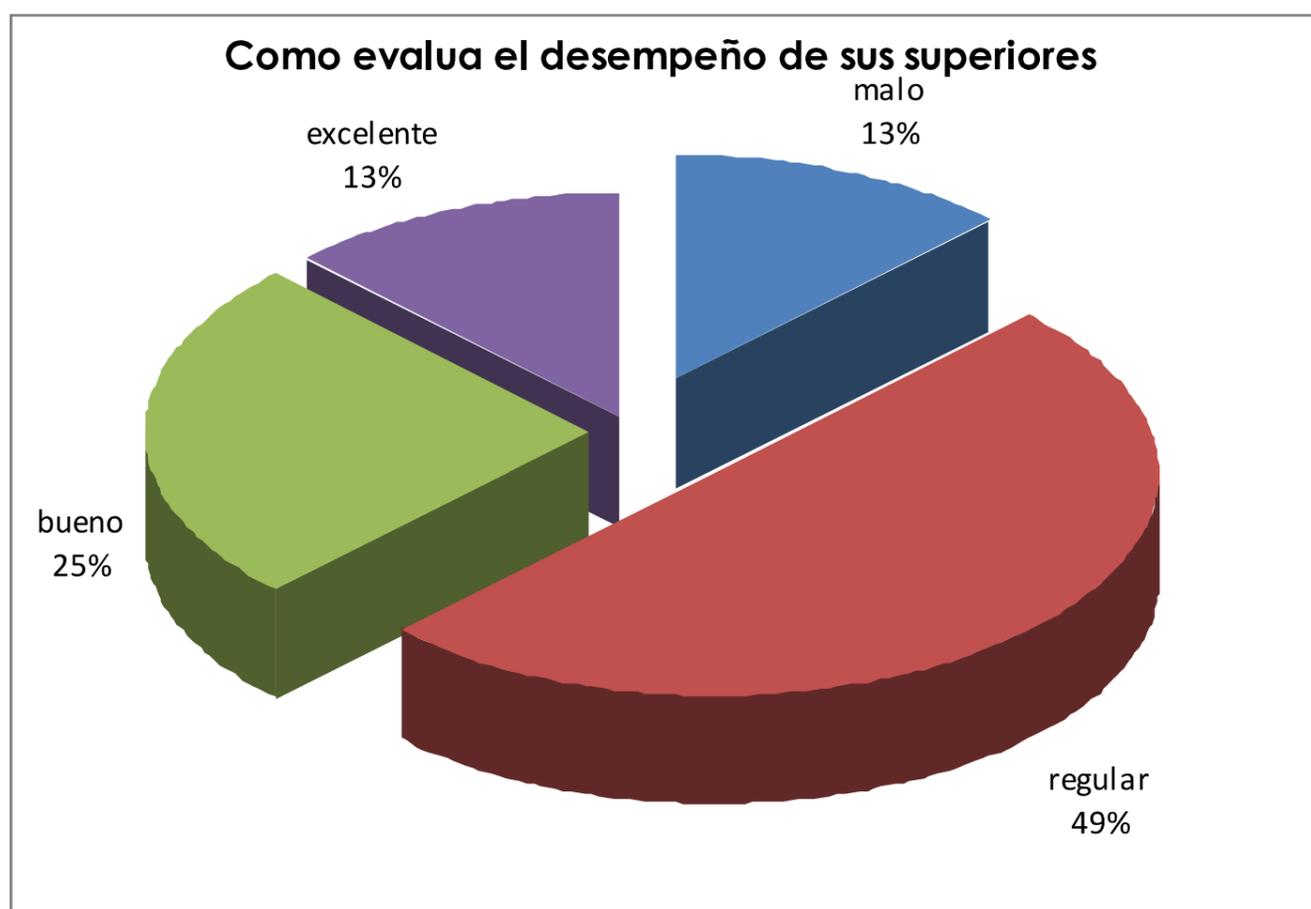
Fuente: Gráfico 32 realizado por el grupo de estudio en base a la encuesta y entrevista tomada al personal sanitario, ¿Le ayudaron y apoyaron los primeros días cuando entro en la empresa?

En la pregunta que evaluaba si le ayudaron y apoyaron los primeros días cuando ingreso a la empresa, un 87% respondió que sí, y no un 13%. Encontrándose en mayor porcentaje el sí.



Fuente: Gráfico 33 realizado por el grupo de estudio en base a la encuesta y entrevista tomada al personal sanitario, ¿Si dejase la empresa para ir a otra, lo sentiría por sus compañeros?

Al preguntarles si al dejar la empresa lo sentiría por sus compañeros un 75% respondió que sí y un 25% no. Encontrándose en mayor porcentaje el sí.



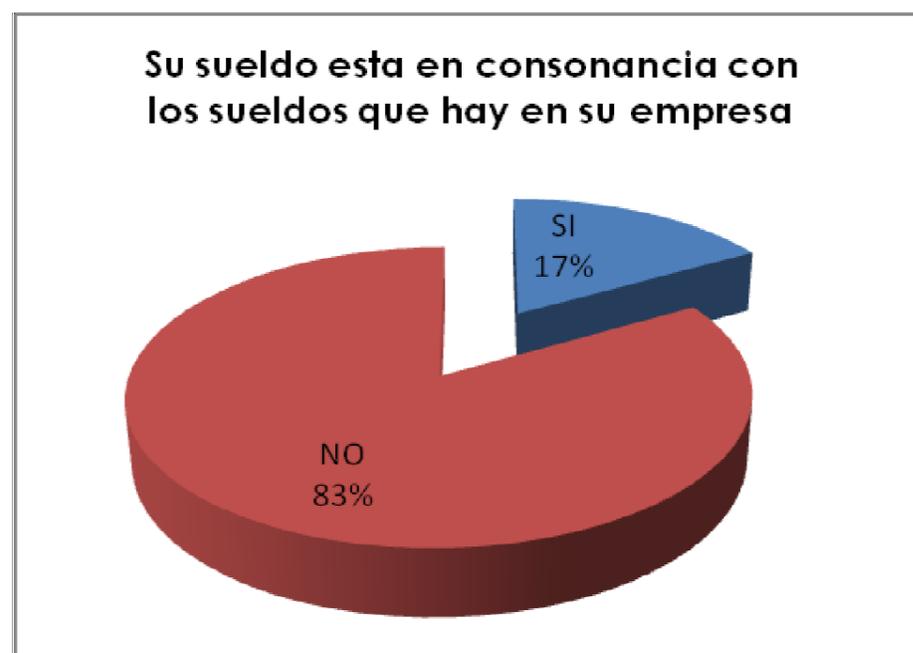
Fuente: Gráfico 34 realizado por el grupo de estudio en base a la encuesta y entrevista tomada al personal sanitario, ¿Cómo evalúa el desempeño de sus superiores?

Al preguntarles cómo evalúa el desempeño de sus superiores respondieron un 13% malo, regular 49%, excelente 25% y bueno un 25%. Encontrándose en mayor porcentaje el regular.



Fuente: Gráfico 35 realizado por el grupo de estudio en base a la encuesta y entrevista tomada al personal sanitario, ¿Considera que su trabajo esta bien remunerado?

Al preguntarles si consideran que su trabajo está bien remunerado, respondieron 83% no, y sí 17%. Encontrándose en mayor porcentaje el sí.



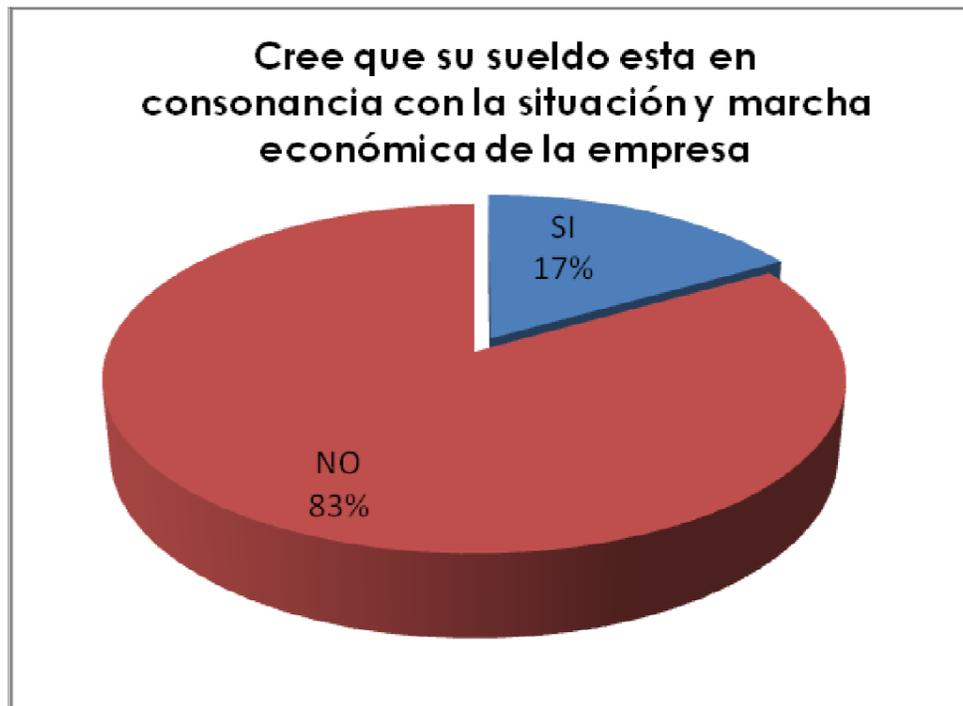
Fuente: Gráfico 36 realizado por el grupo de estudio en base a la encuesta y entrevista tomada al personal sanitario, ¿Su sueldo esta en consonancia con los sueldos que hay en su empresa?

Al preguntarles si su sueldo está en consonancia con los sueldos que hay en su empresa el 17% respondió que sí y 83% no. Encontrándose en mayor porcentaje el no.



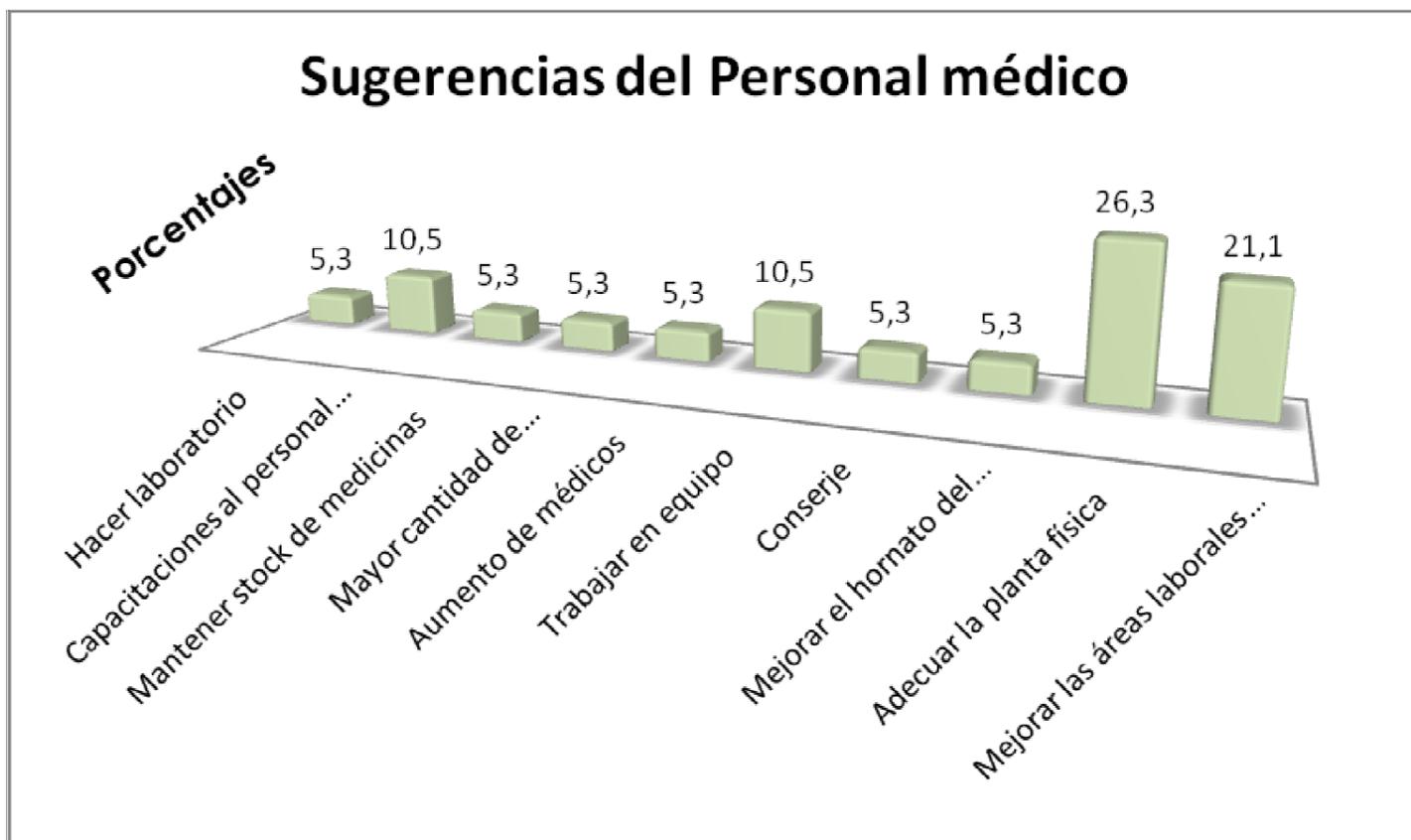
Fuente: Gráfico 37 realizado por el grupo de estudio en base a la encuesta y entrevista tomada al personal sanitario, ¿Creé que su remuneración esta por encima de la media en su entorno social, fuera de la empresa?

Al preguntarles si creen que su remuneración está por encima de la media en su entorno social, fuera de la empresa, 33% respondió que sí y no un 67%. Encontrándose en mayor porcentaje el no.



Fuente: Gráfico 38 realizado por el grupo de estudio en base a la encuesta y entrevista tomada al personal sanitario, ¿Cree que su sueldo esta en consonancia con la situación y marcha económica de la empresa?

Al preguntarles que si creen que su sueldo está en consonancia con la situación económica de la empresa, el 17% respondió que sí y un 83% que no. Encontrándose en mayor porcentaje el no.



Fuente: Gráfico 39 realizado por el grupo de estudio en base a la encuesta y entrevista tomada al personal sanitario. ¿Hay alguna recomendación que considera decir que se debería hacer en este dispensario médico?

Entre las sugerencias del personal médico a realizar en el dispensario se encontró un 26.3% el adecuar la planta física para una mejor atención de los afiliados, 21% mejorar las áreas laborales, 10,5% trabajar en equipo y capacitaciones al personal médico, y un 5.3% hacer un laboratorio, mantener un stock de medicinas, mayor cantidad de médicos e instrumental, tener un conserje y mejorar el dispensario. Encontrándose en mayor porcentaje el adecuar la planta física del dispensario.

#### **4.3.5 Conclusiones de trabajo de campo, encuestas realizadas a afiliados del SSC y de entrevista directa a personal que labora en la unidad operativa**

Revisando y analizando los resultados de las encuestas realizadas a 300 afiliados del SSC se puede deducir que existe una gran aceptación y satisfacción en general por el servicio de salud recibido en la mayoría de la comunidad afiliada, el 54% cree que es un buen servicio e incluso el 11% refirió que es un servicio excelente, además el 87% de los encuestados recomendaría este servicio y el 86% está consciente de que el servicio que recibe es adecuado para el valor que paga por el servicio de salud. Todos estos datos apuntan a la gran satisfacción del servicio recibido.

La aceptación y satisfacción del servicio de salud prestado no solo es global, sino que a nivel individual, el médico, odontólogo y enfermera también tienen gran aceptación. Entre el personal que labora en el dispensario médico, el odontólogo es el que mejor aceptación tiene, seguido en segundo lugar por el médico y en tercer lugar los auxiliares de enfermería, a este análisis se debe agregar que las diferencias entre ellos son de apenas 2 ó 3 puntos porcentuales y no son estadísticamente significativas. Estos datos reivindican la gran satisfacción de los usuarios hacia la unidad operativa del SSC a estudio.

Al realizar la comparación del servicio de salud del SSC con el del ministerio de salud pública (MSP) el 55% dijo que son iguales y el 36% dijo que incluso es mejor, de esto se concluye que el SSC es altamente competitivo en relación al más importante servidor público.

Sin embargo se encontró puntos negativos. La principal queja de los afiliados fue que la espera para la atención es muy larga y pierdan el tiempo de la mañana por una cita que dura aproximadamente 15 a 20 min, sin embargo salen satisfechos de la atención recibida. Cuando se les pregunto qué sugerencias o que mejorarían en el servicio, las recomendaciones sobre la calidad en la atención médica era mínima 9%, lo que llama la atención y creemos que es el problema principal, es que la gente refirió mejoras en cuanto a infraestructura principalmente, falta de medicamentos y procesos de gestión interna como por ejemplo, listas de espera largas, demoras en cita con especialista en el IESS.

En cuanto a las entrevistas realizadas al personal que labora en la unidad operativa, el análisis de la información recogida demuestra una percepción similar a las de los afiliados sobre la unidad operativa. Es así que cuando se les pregunto sobre que inconvenientes que encuentran en su labor, refirieron a la infraestructura, inconvenientes en procesos de gestión inter sistemas sanitarios, falta de medicamentos.

El nivel de satisfacción de parte del personal que labora en el dispensario es muy alto, más del 70% considera que se encuentra a gusto en su trabajo, su labor es reconocida, su sueldo no es bien remunerado y que su trabajo es acorde a su experiencia y a su titulación académica, además casi la totalidad de los trabajos desea permanecer en su puesto de trabajo. Se concluye que existe el personal adecuado, capacitado y a gusto con su labor para el servicio que se está ofreciendo, esto explica en gran parte la alta aceptación del servicio de salud por parte de la mayoría de afiliados.

La capacidad gerencial de los superiores según los datos recogidos no son tan alentadores como los niveles de satisfacción de usuarios y trabajadores de la salud, es así que al preguntarles sobre el desempeño de sus superiores el 50% dijo que era regular, no podemos concluir que haya una mala calidad gerencial con estos datos, pero si podemos decir que existe una percepción de que no es la gerencia adecuada.

En el ámbito de que cambios son necesarios, mayoritariamente el déficit de infraestructura, la falta de procesos intra e inter sistemas de salud fueron los principales temas abordados, al parecer la unidad trabaja adecuadamente bien, pero en una infraestructura muy deficitaria. Sin embargo esto no ha modificado la gran aceptación que tiene el servicio de salud, siendo un argumento que no es motivo para no mejorarlo.

En conclusión los usuarios del servicio de salud del SSC están satisfechos con el servicio que reciben, a pesar de que no cuenta con la infraestructura adecuada, y el personal de salud está a gusto en su trabajo y consideran que se podría mejorar significativamente con acciones adecuadas como mejoramiento de infraestructura.

#### **4.3.6 Indicadores de gestión**

La unidad operativa en cuanto a gestión es evaluada mediante indicadores, en este apartado describiremos tres indicadores de gestión, estos valoran la calidad, productividad, rendimiento y extensión de uso. Los datos usados para realizar los indicadores han sido recogidos y expuestos en apartados anteriores.

##### **Indicador de extensión de uso:**

- **Número de consultas/Población afiliada:** Uso de consulta por afiliado por año.

**8419 consultas anuales/ 6000 afiliados:** 1.4 veces usa la consulta cada afiliado por año.

Se puede decir que en la extensión de uso del servicio de salud que ofrece el SSC, este es ampliamente usado por las personas afiliadas a esta entidad.

#### **Indicador de calidad del servicio:**

- **Total pacientes satisfechos en consulta/consultas \* 100**

**171 pacientes satisfecho/ 300 pacientes encuestados \* 100 : 57%** es el porcentaje de satisfacción por atención de consulta.

Estos datos revelan que más de la mitad de los pacientes está satisfecho con el servicio recibido.

#### **Indicador de productividad y rendimiento:**

- **No consultas día/ horas contratadas para consulta diaria:**

Productividad de consulta por hora contratada.

**35 consultas diarias / 7 horas diarias: 5** pacientes es la productividad de consulta por hora contratada.

A pesar de que con estos datos se le dedica un aproximado de 13 minutos a cada paciente, no está por debajo del mínimo tiempo promedio de consulta en atención primaria que se exige en estándares internacionales y que es de 10 min. Cabe recalcar, que a pesar del tiempo establecido, y de las malas condiciones de infraestructura, más de la mitad de los afiliados que reciben el servicio están satisfechos. <sup>34</sup>

#### **4.4 Identificación de los principales problemas y riesgos de la unidad operativa**

1.- La infraestructura en la que se presta los servicios no es la adecuada, incluso se podría decir que es precaria si se la compara con los estándares de calidad internacional. Teniendo una estructura arquitectónica muy pequeña y no cuenta con equipamiento adecuado por ejemplo, que no existe un equipo tan básico como un electrocardiograma.

2.- En esta era marcada por la tecnología e informática, la unidad operativa no se encuentra con equipos informáticos adecuados para el medio que facilitarían los registros, procesos del trabajo médico y mejorarían aún más el servicio prestado.

3.- No existe un análisis financiero actuarial de atenciones médicas del seguro social campesino que permita sugerir nuevas formas de financiamiento del sistema.

4.- Se observa que no existe el número necesario de personal médico para la cantidad de pacientes atendidos, hay 3 médicos para 6000 afiliados, las normas de calidad exigen 1 médico por cada 1000 a 1500 habitantes, además de suministros e insumos y hay un deterioro de las instalaciones médicas.

5.- Se observa un alto incremento del número de pacientes referidos a hospitales urbanos y el proceso mediante el cual se deriva a un paciente a

niveles de atención especializada es complicado y difícil. No existe una red plural sanitaria de trabajo acorde, en la cual se pueda gestionar traslados urgentes e interconsultas especializadas.

6.- Alta dependencia en el proceso de toma de decisiones administrativas y financieras centralizadas en el nivel Central del IESS.

## **CAP V: ANALISIS DE LA GESTION ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD OPERATIVA DEL SSC**

### **5.1 Análisis de los factores internos**

Los factores internos que influyen en el desempeño de la gestión administrativa de la unidad operativa tienen la característica de depender de la propia empresa, en este caso depender del tipo de gestión que realice la unidad operativa, por esto en base a los resultados del diagnóstico de la unidad operativa se enfocarán las principales fortalezas y debilidades de la misma. Posteriormente elaboraremos la matriz de evaluación de factores internos (matriz EFI) y de ella se obtendrán las conclusiones pertinentes.

#### ***Fortalezas***

- Bajos costos de afiliación
- Consulta ágil y eficiente
- Buen servicio de atención primaria
- Integración médico afiliado

### **Debilidades**

- Mala Capacidad administrativa de la gerencia
- Instalaciones del dispensario poco estéticos y sus alrededores con maleza (monte y tierra)
- Falta de Recursos Humanos tanto médico como administrativo
- Falta de dotación de inventarios/medicinas
- Clima y cultura organizacional de la población inadecuada
- Falta de procesos sistemáticos en el funcionamiento del dispensario

<b>MATRIZ EFI</b>			
<b>FORTALEZAS</b>	<b>Calificación</b>	<b>Ponderación</b>	<b>Total</b>
Costo del servicio de salud	0,19	1	0,19
Proceso de atención ágil	0,1	1	0,1
Buen servicio de salud primaria	0,08	2	0,16
Integración medico comunidad	0,1	2	0,2
<b>DEBILIDADES</b>			
Pésima capacidad gerencial	0,18	3	0,54
Infraestructura escasa	0,04	4	0,16

Escasos recursos humanos	0,07	4	0,28
Suministros limitados	0,04	2	0,08
Cultura organizacional y laboral inadecuado	0,1	3	0,3
Falta de procesos sistematizados	0,1	3	0,3
	1		2,31

Fuente: **Tabla 4 de EFI de fortalezas y debilidades realizada por el grupo de estudio**

Al analizar y contraponer las fortalezas con las debilidades de la unidad operativa en la Matriz EFI se obtuvo un puntaje de 2.31 que en términos de evaluación de la organización y de acuerdo a parámetros de interpretación podemos decir que la organización presenta importantes debilidades internas, es decir dentro la unidad operativa.

## **5.2 Análisis de los factores externos**

En este apartado se analizará los principales factores o fuerzas que no dependen de la organización pero que claramente podrías beneficiar o amenazar el buen funcionamiento de la organización, luego se contrapondrán oportunidades con las amenazas externas para la organización, para esto se realizará la matriz de evaluación de los factores externos (matriz EFE) y se ponderará la importancia de cada factor y se obtendrá un valor que será interpretado.

### ***Oportunidades***

- Geografía: Expansión en área geográfica con gran demanda y pocas ofertas en servicios de salud en la áreas rurales
- Tecnología: Dado la falta de tecnología informática se podría implementar tecnologías que mejoren el servicio sanitario y la gestión administrativa
- Las políticas de salud vigentes han aumentado los presupuestos asignados al sector salud, aumentando el capital financiero que permitirían desarrollar acciones para mejorar el servicio

### ***Amenazas***

- Falta de servicios básicos, agua, luz, y teléfono.
- Competencia (MSP) que podría mejorar sus servicios
- Cultura de la población, no dan importancia a la enfermedad
- Variaciones climáticas, no permiten el acceso de visitas médicas o el acceso al dispensario.
- Centralización de las filiales. Los directivos campesinos tienen preferencias a quien afilian.

<b>MATRIZ EFE</b>			
<b>OPORTUNIDADES</b>	Ponderación	Calificación	Total
Geografía sin cobertura	0,24	3	0,72
Tecnología escasa a nivel rural	0,18	1	0,18
Políticas financieras de salud adecuadas	0,05	3	0,15
<b>AMENAZAS</b>			
Falta de servicios básicos	0,1	3	0,3
Competencia	0,06	1	0,06
Cultura de la población rural	0,17	1	0,17
Variaciones climáticas de la zona	0,04	1	0,04
Centralización del proceso de afiliación	0,16	1	0,16
			1,78

Fuente: Tabla 5 de EFE de oportunidades y amenazas realizada por el grupo de estudio

Al contraponer las oportunidades con las amenazas en la matriz de evaluación de fuerzas externas se obtuvo un valor de 1.78 lo que demuestra una organización que se encuentra en un medio donde afronta graves amenazas externas que pueden influir directamente en el desempeño de la unidad operativa.

### 5.3 Elaboración de las estrategias a través de la matriz FODA

Mediante la Matriz FODA se elaboraron las estrategias que podrían mejorar el desempeño de la organización.

		FORTALEZAS	DEBILIDADES	
	1	Costo del servicio de salud	1	Pésima capacidad gerencial
	2	Proceso de atención ágil	2	Infraestructura escasa
	3	Buen servicio de salud primaria	3	Escasos recursos humanos
	4	Integración medico comunidad	4	Suministros limitados
	5		5	Cultura organizacional inadecuada
	6		6	Falta de procesos sistematizados
	7		7	
OPORTUNIDADES		ESTRATEGIAS FO	ESTRATEGIAS DO	
1	Geografía sin cobertura	Implementar nuevos dispensarios en áreas donde no hay cobertura O1+O3 vs F2 +F3		Capacitación periódica del personal gerencial administrativo. D1+D5 vs O3

2	Tecnología escasa a nivel rural	Implementación de un sistema informático en el dispensario médico O2 + O3 vs F2+ F3	Adquirir un sistema informático de automatización de oficinas. O2 + O3 vs D2 + D3 + D5
3	Políticas de salud adecuadas	Programa de capacitación a la población para promover organización y mejorar las acciones preventivas en salud O3 vs F4	Mejorar la infraestructura para mejorar la calidad de los servicios de salud prestados. D2 + O3
4			
	<b>AMENAZAS</b>	<b>ESTRATEGIAS FA</b>	<b>ESTRATEGIAS DA</b>
1	Falta de servicios básicos	Modificación del sistema de afiliación de los campesinos F4+F1 Vs A5 + A3	Mejorar la administración de insumos médicos. D4 Vs A3 + A4
2	Competencia		
3	Cultura de la población rural	Implementar la atención domiciliaria en épocas de	Crear una cultura organizacional adecuada en la

			desastres naturales. F3 +F4 Vs A4+A3		institución. D5+D1 vs A2 + A3
4	Variaciones climáticas de la zona				
5	Centralización proceso afiliación		Cursos de capacitación a la comunidad para promoción de salud F4 vs A3		Mejorar la infraestructura para dar mejores servicios de salud D2 vs A1 + A2
6					
7					

Fuente: Tabla 6 de Matriz FODA realizada por el grupo de estudio

#### 5.4 Estrategias obtenidas de la Matriz FODA

Al realizar la matriz FODA se elaboraron varias estrategias que podrían aplicarse en la unidad operativa, sin embargo se ha escogido las de mayor relevancia e importancia, posteriormente en el siguiente capítulo se desarrollara los lineamientos estratégicos adecuados. A continuación se citan cinco estrategias obtenidas:

1. Mejorar la infraestructura sanitaria del dispensario mediante la construcción y remodelación del espacio ya establecido que ofertara de mejor forma el servicio sanitario.

2. Implementar tecnología y sistemas informáticos que mejorarán los servicios prestados, registro de datos, toma de decisiones.
3. La implementación de una red plural de salud acorde a las necesidades de la población atendida por la unidad operativa
4. Mejor aplicación de las políticas de salud pública y del perfil epidemiológico de la zona de trabajo del dispensario realizando una mejor optimización de los recursos.
5. Capacitación a la población acerca de los procesos de salud, administrativos, sociales y a su vez capacitación del personal médico para mejorar la atención.

## **CAP VI: PROPUESTA DE LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS**

### **6.1 Líneas estratégicas**

El sustentamiento de los Lineamientos Estratégicos se fundamentan ordinariamente para normar una serie de políticas y direcciones para el desarrollo de una empresa o institución en este caso en el ámbito de la salud, con el fin de convertir nuestro dispensario en una de las mejores y más eficientes del cantón Milagro, conforme los estándares internacionales y sus cambios a través del

tiempo, procurando la vinculación verdadera con el Plan General de Desarrollo de Salud del país.

Es así que los lineamientos estratégicos que nos planteamos para el dispensario se han construido como elementos fundamentales para potencializar el uso de los recursos que posee y así ejecutarlos en planes de modernización, tecnología, implementación de una red plural, manejo del perfil epidemiológico, capacitación de la población y su recurso humano. Resumiendo estas líneas en 5 grandes aspectos, que a continuación se citan en los siguiente subcapítulos.

## **6.2 Infraestructura**

Mejorar la infraestructura sanitaria del dispensario mediante la construcción y remodelación del espacio ya establecido que ofertara de mejor forma el servicio sanitario.

- Modernización del dispensario, ampliando las áreas de trabajo acorde a los laborantes y la población afiliada haciéndolo funcionar en base a las necesidades de los laborantes y la población afiliada, garantizando un mejor servicio, con salas de espera que sean las adecuadas en términos de tamaño y comodidad.
- Equipamiento con los instrumentos necesarios para realizar una atención primaria convenientes a las principales patologías que presentan los afiliados
- Realizar un laboratorio para realizar prevención primaria y control

- Reforzar y mejorar la calidad de atención de los servicios de salud para la población general haciendo énfasis en la más vulnerable
- Reforzar la capacidad resolutoria de los servicios de salud por medio de las capacitaciones continuas en base a la medicina basada en la evidencia
- Ampliación y mejora de los lugares de almacenamiento de farmacia y medicamentos

### **6.3 Tecnología**

Las tecnologías sanitarias se definen como un conjunto de medicamentos, aparatos, procedimientos médicos y quirúrgicos usados en la atención médica y los sistemas organizativos con los que se presta la atención sanitaria. En este contexto, la evaluación de las tecnologías es un instrumento para esclarecer algunas de las incertidumbres que plantea el constante avance tecnológico y la incorporación de nuevas tecnologías en nuestro sistema sanitario.

- Creación e implementación de una historia clínica única e informatizada en el dispensario que esta concatenada con el hospital de mayor nivel, en este caso el hospital del IESS Milagro.
- Hacer un sistema médico electrónico donde se de él volcado de información de la gestión médica mediante llenado de partes médicos electrónicos que se contengan en un sistema único de ingreso de registro de atenciones médicas que este concatenado con la dirección principal del SSC y se almacene en el tiempo, y haga posible la retroalimentación de lo

que se está haciendo de forma correcta o incorrecta en base a metas que se planteen de forma anual

- Creación de una página web que cumpla con las siguientes funciones:
  - Generar citas previas vía virtual para atenciones nuevas y de patologías crónicas
  - Contestar a las principales inquietudes de los afiliados bajo acrónimos como sabias que, preguntas frecuentes y consejos de salud hacia los niños, adolescentes, adultos y embarazadas
  - Brinde recomendaciones en un espacio de salud donde se hable de las vacunaciones en los grupos etarios, guía de enfermedades, recomendaciones y medidas de promoción de salud
  - Hablen sobre temas destacados que se den en la población o a nivel mundial como puede ser un ejemplo la detección precoz del VIH en centros de salud
  - Establezcan grupos de ayuda mutua que especifiquen tópicos se pueden formar en base a problemas muy frecuentes como por enfermedades de larga duración como enfermedades cardíacas, párkinson, Alzheimer, neoplasias, diabetes, asma, problemas de adicción: alcohol, drogas.

## **6.4 Red plural de salud**

La implementación de una red plural de salud acorde a las necesidades del cantón milagro, basándose en un sistema que consista en la diversificación de servicios sanitarios tanto público como privados que se encuentren en un determinado territorio que actúen bajo los valores de equidad, eficiencia y eficacia. Siendo así que los afiliados del SSC pueden acceder a las unidades médicas propias y externas de la red plural, su cartera de servicios, y a la entrega de las prestaciones a través de guías de práctica clínica, terapéuticas de las patologías y bajo la priorización en todos los niveles de complejidad de los servicios de salud, y la tipología de las unidades prestadoras de salud en infraestructura, equipamiento y recursos humanos.

Para lo cual estableceremos una red plural de salud que sea concatenada ágil y realice la retroalimentación necesaria para poder analizar sus efectos y defectos y que contenga lo expuesto a continuación:

- Diversificación de los prestadores de salud tanto públicos y privados.
- Trabajar de forma articulada con hospitales públicos y privados en el manejo de patologías crónicas y prevalentes en nuestra población.
- Mejoramiento del sistema de referencia y contra referencia del dispensario y centros de salud del ministerio y los hospitales de primer nivel.
- Mejora y ampliación del servicio de cirugías menores y pacientes con patologías ambulatorias para evitar el congestionamiento de estos en los hospitales de primer nivel, siendo el hospital de Milagro del IESS.

- Control y seguimiento de pacientes que han sido atendidos en las dependencias de urgencias o fueron dados de alta en hospitales de primer nivel heridas por segunda intención.
- Mejor comunicación entre los prestadores de salud de la red mediante un sistema informático en paralelo o una red de telefonía exclusiva, que garantice un mejor traslado al paciente de motivo urgente o por patologías crónicas con el fin de alcanzar una atención conveniente de calidad inmediata.
- Realización y actualización continua de protocolos únicos de atención de las diversas patologías realizados bajo consenso entre los diversos prestadores de salud acorde a las bases de la evidencia actual, para que así se genere una atención sanitaria equilibrada.

## **6.5 Manejo de la salud pública y del perfil epidemiológico de la zona**

El Manejo de la salud pública y del perfil epidemiológico de la zona de trabajo del dispensario permitirá una mejor optimización de los recursos para elaborar programas y protocolos de salud que generen una atención oportuna a la población y sus patologías de mayor prevalencia. Así de esta forma se podrán tomar medidas como las que a continuación se citan:

- Generar un adiestramiento del personal de salud para la prestación de servicios apropiados a las características socioculturales y epidemiológicos de la población
- Priorizar las intervenciones de prevención de las enfermedades transmisibles y no transmisibles promoviendo estilos de vida y entornos saludables que disminuyan paulatinamente la prevalencia e incidencia de las mismas en la población afiliada
- Mejorar la comunicación médico-paciente e integrar la prevención individualizada durante la consulta asistencial, integrar el actuar sobre determinantes de salud durante la consulta curativa
- Realizar una intervención sanitaria adecuada a la idiosincrasia y necesidades de la población
- Generar programas encaminados a reducir enfermedades prevalentes y no prevalente, que se impartan durante visitas domiciliarias y reuniones comunitarias para educar sobre las patologías prevalentes y la forma en que debemos combatirlas y cuando asistir al dispensario ante cierta sintomatología
- Trabajar de forma sinérgica con los prestadores de salud externa hospitales y centros de salud del ministerio en el desarrollo de campañas de prevención enfermedades prevalentes y en protocolos que unifiquen de mejor forma el abordaje de patologías que inciden en nuestra población

## **6.6 Capacitación de la población**

La capacitación a la población acerca de los procesos administrativos relacionados a labores médicas que se realizan y a su vez al personal médico sobre temas relacionados a la atención del paciente, generará muchos cambios.

Es así que el educar a la población afiliada, los cuales son los primeros actores sociales donde se fundamenta la atención y servicios de salud, producirá mejoras en las labores del dispensario ya que se podrá conocer lo que se hace y lo que se puede hacer a futuro produciendo cambios en las labores médicas que se realizan. Además de preparar al personal médico permitirá una mejor labor.

Se expone a continuación los siguientes factores que ayudarán a generar cambios en ambos actores:

- Participación ciudadana en Salud siendo este capital humano importante en las acciones a favor de la salud de la población para definir prioridades, asumir compromisos y vigilar su cumplimiento
- Promoción de los servicios de salud por medio de la comunicación, ya que es un medio de estrategia social y política que desarrolla, promueve, incrementa, y genere el conocimiento y finalmente tenga como fin el cambio de actitudes y desarrollo de prácticas saludables
- Implementar un puesto de computadores donde los afiliados puedan acceder a la página web del dispensario y puedan gozar de los servicios que se brindan en este medio, y que además posea un teléfono con el cuál

se puedan comunicar con el dispensario médico o ante urgencias inminentes con el hospital de Milagro IESS

- Realizar capacitaciones permanentes que promuevan y refuercen el desarrollo del personal de salud, potenciando sus habilidades y competencias para mejorar la calidad de los servicios y la calidez de la atención de los afiliados
- Capacitar al personal médico acerca de la actualidad de las medidas y protocolos que se realizan en atención primaria en base a la medicina basada en la evidencia
- Potenciar la articulación con universidades nacionales para la capacitación del recurso humano

## 6.7 Esquemas de los lineamientos estratégicos

Diagnóstico	Determinación	Diseño
<p>Falta de infraestructura adecuada en el dispensario del SSC</p>	<p><i>Mejorar la infraestructura sanitaria del dispensario mediante la construcción y remodelación del espacio ya establecido que ofertara de mejor forma el servicio sanitario.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modernización del dispensario, ampliando las áreas de trabajo acorde a los laborantes y la población afiliada haciéndolo funcionar en base a las necesidades de los laborantes y la población afiliada, garantizando un mejor servicio, con salas de espera que sean las adecuadas en términos de tamaño y comodidad.</li> <li>• Equipamiento con los instrumentos necesarios para realizar una atención primaria convenientes a las principales patologías que presentan los afiliados</li> <li>• Realizar un laboratorio para realizar prevención primaria y control</li> <li>• Reforzar y mejorar la calidad de atención de los servicios de salud para la población general haciendo énfasis en la</li> </ul>

		más vulnerable
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforzar la capacidad resolutive de los servicios de salud por medio de las capacitaciones continuas en base a la medicina basada en la evidencia</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliación y mejora de los lugares de almacenamiento de farmacia y medicamentos</li> </ul>
Falta de tecnología evidente en el dispensario del SSC	<i>Adquirir la tecnología indispensable en el dispensario</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creación e implementación de una historia clínica única e informatizada en el dispensario que esta concatenada con el hospital de mayor nivel, en este caso el hospital del IESS Milagro.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer un sistema médico donde se de él volcado de información de la gestión médica mediante llenado de partes médicos electrónicos que se contengan en un sistema único de ingreso de registro de atenciones médicas que este concatenado con la dirección principal del SSC y se</li> </ul>

		<p>almacene en el tiempo, y haga posible la retroalimentación de lo que se está haciendo de forma correcta o incorrecta en base a metas que se planteen de forma anual</p>
		<ul style="list-style-type: none"><li>• Creación de una web que cumpla con las siguientes funciones:<ul style="list-style-type: none"><li>- Se puedan realizar citas previas vía virtual para atenciones nuevas y de patologías crónicas</li><li>- Contestar a las principales inquietudes de los afiliados bajo acrónimos como sabias que, preguntas frecuentes y consejos de salud hacia los niños, adolescentes, adultos y embarazadas</li><li>- Recomendaciones en un espacio de salud donde se hable de las vacunaciones en los grupos etarios, guía de</li></ul></li></ul>

		<p>enfermedades, recomendaciones y medidas de promoción de salud</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hablen sobre temas destacados que se den en la población o a nivel mundial como puede ser un ejemplo la detección precoz del VIH en centros de salud</li><li>- Establezcan grupos de ayuda mutua que especifiquen tópicos se pueden formar en base a problemas muy frecuentes como por enfermedades de larga duración como enfermedades cardíacas, párkinson, Alzheimer, neoplasias, diabetes, asma, problemas de adicción: alcohol, drogas.</li></ul>
--	--	---

<p>Falta de una red plural de salud efectiva en el dispensario del SSC</p>	<p><i>La implementación de una red plural de salud acorde a las necesidades del cantón milagro, basándonos en un sistema que consista en la diversificación de servicios sanitarios tanto público como privados que se encuentren en un determinado territorio que actúen bajo los valores de equidad, eficiencia y eficacia.</i></p>	<p><i>Para lo cual estableceremos una red plural de salud que sea concatenada ágil y realice la retroalimentación necesaria para poder analizar sus efectos y defectos y que contenga lo expuesto a continuación:</i></p>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Diversificación de los prestadores de salud tanto públicos y privados</i></li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Trabajar de forma articulada con hospitales públicos y privados en el manejo de patologías crónicas y prevalentes en nuestra población</i></li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Mejoramiento del sistema de referencia y contra referencia del dispensario y centros de salud del ministerio y los hospitales de primer nivel</i></li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Mejora y ampliación del servicio de cirugías menores y pacientes con patologías ambulatorias para evitar el congestionamiento de estos en los hospitales de primer nivel, siendo el hospital de Milagro del IESS</i></li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Control y seguimiento de pacientes que han sido atendidos en las dependencias de urgencias o fueron dados de alta en hospitales de primer nivel heridas por segunda intención</i></li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Mejor comunicación entre los prestadores de salud de la red mediante un sistema informático en paralelo o una red de telefonía exclusiva, que garantice un mejor traslado al paciente de motivo urgente o por patologías crónicas con el fin de alcanzar una atención conveniente de calidad inmediata</i></li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Realización y actualización continua de protocolos únicos de atención de las diversas patologías realizados bajo consenso entre los diversos prestadores de salud acorde a las bases de la evidencia actual, para que así se genere una atención sanitaria equilibrada</i></li> </ul>

<p>Falta de un manejo adecuado del perfil epidemiológico de la zona de trabajo del dispensario</p>	<p><i>El Manejo de la salud pública y del perfil epidemiológico de la zona de trabajo del dispensario realizara una mejor optimización de los recursos para elaborar programas y protocolos de salud que generen una atención oportuna a la población y sus patologías de mayor prevalencia que se dan en el dispensario</i></p>	<p>El Manejo de la salud pública y del perfil epidemiológico de la zona de trabajo del dispensario realizara una mejor optimización de los recursos para elaborar programas y protocolos de salud que generen una atención oportuna a la población y sus patologías de mayor prevalencia. Así de esta forma se podrán tomar medidas como las que a continuación citamos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Generar un adiestramiento del personal de salud para la prestación de servicios apropiados a las características socioculturales y epidemiológicos de la población</li> <li>• Priorizar las intervenciones de prevención de las enfermedades transmisibles y no transmisibles promoviendo estilos de vida y entornos saludables que disminuyan paulatinamente la prevalencia e incidencia de las mismas en la población afiliada</li> </ul>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar la comunicación médico-paciente e integrar la prevención individualizada durante la consulta asistencial, integrar el actuar sobre determinantes de salud durante la consulta curativa</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar una intervención sanitaria adecuada a la idiosincrasia y necesidades de la población</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generar programas encaminados a reducir enfermedades prevalentes y no prevalente, que se impartan durante visitas domiciliarias y reuniones comunitarias para educar sobre las patologías prevalentes y la forma en que debemos combatirlas y cuando asistir al dispensario ante cierta sintomatología</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajar de forma sinérgica con los prestadores de salud externa hospitales y centros de salud del ministerio en el desarrollo de campañas de</li> </ul>

		<p>prevención enfermedades prevalentes y en protocolos que unifiquen de mejor forma el abordaje de patologías que inciden en nuestra población</p>
<p>Falta de capacitaciones a la población afiliada y el personal de salud</p>	<p><i>La capacitación a la población acerca de los procesos administrativos, labores médicas y a su vez capacitación del personal médico para mejorar la atención generara muchos cambios positivos en el dispensario.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación ciudadana en Salud siendo este capital humano importante en las acciones a favor de la salud de la población para definir prioridades , asumir compromisos y vigilar su cumplimiento</li> <li>• Promoción de los servicios de salud por medio de la comunicación, ya que es un medio de estrategia social y política que desarrolla, promueva, incremente y genere el conocimiento y finalmente tenga como fin el cambio hacia actitudes y desarrollo de prácticas saludables</li> <li>• Implementar un puesto de computadores donde los afiliados puedan acceder a la página web del dispensario y</li> </ul>

		<p>puedan gozar de los servicios que se brindan en este medio, que a su vez posea un teléfono con el cuál se puedan comunicar con el dispensario o antes urgencias inminentes con el hospital de Milagro IESS</p>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar capacitaciones permanentes que promuevan y refuercen el desarrollo del personal de salud, potenciando sus habilidades y competencias para mejorar la calidad de los servicios y la calidez de la atención de los afiliados</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitar al personal médico acerca de la actualidad de las medidas y protocolos que se realizan en atención primaria en base a la medicina basada en la evidencia</li> <li>• Potenciar la articulación con</li> </ul>

		universidades nacionales para la capacitación del recurso humano
--	--	--

Fuente: **Tabla 7 Esquemas de Lineamientos estratégicos realizados por el grupo de estudio**

## **CAP VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **7.1 Conclusiones**

Las conclusiones finales se enfocan en el planteamiento del problema, justificación de estudio y los objetivos que se plantearon demostrar en esta tesis, a continuación se exponen las mismas:

- La geografía, forma de vida y costumbres de la población fomentan los principales problemas de salud (diarreas y parasitosis).
  
- Otro factor que incide en la calidad del servicio es el aumento de la población afiliada al Seguro Social campesino que satura la actual oferta de servicios del dispensario estudiado.
  
- El personal (***doctores, odontólogos y auxiliares***) está capacitado para prestar los servicios médicos que brinda el dispensario y el costo de la afiliación y aporte mensual al seguro campesino es asequible para la población.
  
- Los principales problemas son:
  - Falta de infraestructura física
  - Falta de tecnología en los procesos
  - Déficit de una red plural de salud

- Mejoras en Políticas de salud
- Falta de medicinas, insumos e implementos
- Falta de dirección (***no hay un jefe formal en el dispensario***)
- Poco conocimiento de la población de medidas de prevención y control de enfermedades.

➤ En resumen el dispensario “**El Deseo**” ofrece un buen servicio de salud a pesar de las deficiencias del sistema y la población estudiada está satisfecha con el servicio. Por otra parte concluimos también que los servicios deben ser mejorados, optimizando sus procesos, aplicando tecnología y dotando al dispensario de suficientes medicinas, insumos e implementos.

Una alternativa podrá ser impulsar un esquema con lineamientos estratégicos que incluyan por lo menos los siguientes puntos:

- Potencie o renueve los recursos existentes
- Sistema electrónico de historia clínica única
- Desarrollo de estándares mínimos para abastecimientos de medicinas, insumos e instrumentos.

- Establecer una estructura organizacional formal con clara asignación de responsabilidades.
- Portales web que brinden información a los afiliados y genere citas médicas
- Planes de atención primaria para cubrir la comunidad rural del sector de acuerdo al estándar mundial.
- Integrar al dispensario a una red plural del Salud.
- Elaborar protocolos de atención para las patologías más comunes del sector para asegurar la calidad del servicio.

## **7.2 Recomendaciones**

### **1. Infraestructura**

- Estandarizar la infraestructura física del dispensario a un modelo que responda al sistema de atención primaria, volumen de pacientes a atender y que facilite las labores de mantenimiento y administración del dispensario.
- Desarrollar estándares mínimos y máximos de abastecimiento de: medicinas, insumos, instrumentos y equipos necesarios para que el dispensario pueda operar con calidad.

- Designar la responsabilidad de medir la calidad de la atención al usuario a una persona en el dispensario o una empresa externa, que se encargue de dar trámite a las quejas y sugerencias de los afiliados.
- Para disminuir la atención a pacientes que no correspondan al nivel de atención primario se podría Implementar un laboratorio clínico para mejorar el control preventivo y atención de patologías para determinar si el paciente debe ser atendido en el dispensario o ser derivado a un segundo nivel.
- Desarrollar un sistema de gestión basado en la efectividad de los procesos y servicios del dispensario “**El Deseo**” que permita evaluar el resultados alcanzado en los indicadores de gestión por lo menos trimestralmente para de ser necesario tomar acciones correctivas o en caso de buen desempeño desarrollar acciones de reconocimiento.

## 2. Tecnología

- Implementar un sistema de cómputo para registrar los datos clínicos de los pacientes enfocado en una historia clínica electrónica, procedimientos de citas e interconsultas concatenado con la red de salud de los hospitales de mayor nivel de atención que genere el adecuado proceso de seguimiento y control de las patologías de los pacientes y contenga la historia de los procesos de enfermedad del afiliados y las atenciones sanitarias brindadas creando así una relación de conocimiento del historial médico a lo largo del tiempo.
- Utilizar medios de internet, páginas WEB, etc. que puedan realizar citas previas al dispensario, contesten a inquietudes de los afiliados y a su vez sean espacios de salud donde se citen recomendaciones, temas destacados y se establezcan grupos de ayuda para patologías de orden crónico e incapacitantes como son la enfermedad de Parkinson, Alzheimer, etc.

## 3. Red plural de salud

- Establecer al dispensario “**El Deseo**” como unidad de atención primaria (**primer nivel**) o como la puerta de entrada obligada a la red plural de servicios de salud, encargada de la síntesis de la información y de la distribución del flujo de referencia y contra

referencia al resto de niveles de atención médica (***centros de salud u hospitales de segundo o tercer nivel***).

- Realizar un adecuado sistema de interconsulta-contrareferencia en base a un sistema electrónico de registro único que permita tener una atención conveniente de calidad

#### **4. Manejo del perfil epidemiológico de la zona**

- Desarrollar un estudio para determinar el perfil epidemiológico de la zona haciendo énfasis en las 4 patologías que más aquejan a la comunidad, realizando campañas de prevención de las mismas para combatir la raíz del problema.

Para con esta información establecer guías de prácticas clínicas y terapéuticas para la atención integral de salud.

- Desarrollar campañas de prevención mediante charlas de capacitación a los pobladores, para disminuir las enfermedades prevalentes del sector que se originan por las condiciones higiénico sanitarias.

## **5. Capacitaciones a la población afiliada y el personal de salud**

- Reforzar y consolidar los mecanismos de Participación Social mediante los mecanismos del auto-cuidado de la salud (promoción), la ejecución de actividades (prevención) y la gestión de los servicios (co-responsabilidad y co-gestión).
- Reforzar y Mejorar la calidad del servicio brindada por el personal sanitario mediante programas de capacitaciones de medicina actuales basados en la evidencia clínica.

## **6. Indicadores de gestión**

Para evaluar el desempeño del dispensario se recomienda implementar los siguientes indicadores de gestión:

## INDICADORES DE GESTION

Indicador	Formula	Ejemplo	Resultado
1. Cobertura de Servicios Medicos	$= \frac{\text{Total Pacientes Atendidos}}{\text{Total de Medicos en el dispensario}}$	$\frac{9}{3}$	3 Paciente por Medico
2. Costo de Atenciones Medicas	$= \frac{\text{Total de Gastos del dispensario}}{\text{Total de Paciente Atendidos}}$	$\frac{\$540}{9}$	\$60 Por paciente
3. Antigüedad de Inventario	$= \frac{\text{Inventario de Medicinas mayores a 60 dias}}{\text{Total del Inventario}}$	$\frac{\$5,000}{\$20,000}$	25% Medicinas antiguas
4. Eficiencia en Gastos	$= \frac{\text{Total de gastos en personal Adm. Y de apoyo}}{\text{Total Gastos del Dispensario}}$	$\frac{\$5,000}{\$100,000}$	5% Personal Adm. Y de apoyo
5. Tiempo de espera	$= \frac{\text{Porcentaje de paciente que esperaron mas de 15 minutos para ser atendidos}}{\text{Total de Pacientes atendidos}}$	$\frac{3}{9}$	33% Paciente que esperaron mas de 15 minutos

## **BIBLIOGRAFIAS Y ANEXOS**

### **Bibliografías**

- 1.- Barreiro Isaac, Proyecto Análisis y Promoción de Políticas de Salud, Seguro Social Campesino Historia y Reforma, Ecuador, (1998). 20-23
- 2.- Malagón Londoño, Morera Galán, Pontón Laverde, Administración Hospitalaria, Colombia, 2008, 3era edición, 74-79
- 3.- Mejía García, Torres, Auditoría Médica, Colombia, 2002, 4ta edición, 4-7
- 4.- Evans T., Van Lerberghe W.. Informe sobre la salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra Suiza. (2008). 15 – 22.
- 5.- Fausto Dután. Seguro social campesino ecuatoriano. Rendición de cuentas 2011. Quito-Ecuador.
- 6.- Barreiro Issac, Seguro social campesino, historia y reforma. Quito Ecuador. Enero 1998. 12 – 16
- 7.- Barreiro Isaac, Proyecto Análisis y Promoción de Políticas de Salud, Seguro Social Campesino Historia y Reforma. (1998). Ecuador. 20-23
- 8.- Resolución CD.021. Reglamento orgánico funcional del instituto ecuatoriano de seguridad social. Quito. Ecuador. 2 – 6.

9.- Resolución CD.390. De las funciones del instituto ecuatoriano de seguridad social. 4 – 10.

10.- Fabio Duran Valverde. Diagnóstico del sistema de seguridad social del Ecuador, primera edición. Peru 2008. 22 – 26.

11.- Organización Panamericana de la Salud, Salud en las Américas, capítulo Ecuador, Washington DC, 2007, 299-309

12,13.- Barreiro Isaac. El IESS y el Seguro social campesino. Quito. Ecuador. (2004). 27 – 36

14.- Instituto de Incidencia Ambiental Universidad Rafael Landívar. Facultad de Ciencias Ambientales y Agrícolas. (2002). “RELACIONES ENTRE LA ECONOMÍA Y EL AMBIENTE Y EL USO DE LOS RECURSOS NATURALES EN GUATEMALA”. Guatemala.

15.- Man Yu Chang, La economía ambiental: Capítulo 6.

16.- Instituto de Incidencia Ambiental Universidad Rafael Landívar. Facultad de Ciencias Ambientales y Agrícolas. (2002). “RELACIONES ENTRE LA ECONOMÍA Y EL AMBIENTE Y EL USO DE LOS RECURSOS NATURALES EN GUATEMALA”. Guatemala.

17.- Alma-Ata. Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata. (1978). USSR. 6-12

- 18.- Echeverri Oscar, MD. (2011). 5to FORO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, APS: Una nueva oportunidad. 2-9
- 19.- Durston J. (2002). El capital social campesino en la gestión del desarrollo rural. Díadas, equipos, puentes y escaleras. Libros de la CEPAL
- 20.- Cedeño. Revisión bibliográfica de los 38 años del Seguro Social Campesino en el IESS.
- 21.- Intriago, Mendoza, Tovar. Análisis del Seguro Social Campesino Ecuatoriano y su incidencia de la atención en salud de los afiliados del recinto la Caracas del Cantón El Empalme.
- 22.- Barreiro Isaac. El IESS y el Seguro social campesino. Quito. Ecuador. 2004. 27 – 36
- 23.- Gonzales Jijón MD. El seguro Social Campesino. (2005). Quito. 25 – 30
- 24.- Barreiro Isaac. El IESS y el Seguro social campesino. (2004). Quito. Ecuador. 27 – 36
- 25.- Barreiro-Chancay, Pedro (1998). Seguro Social Campesino. Historia y reforma (Quito: CEPAR/USAID)
- 26.- Constitución Política de la República del Ecuador (1998). Segunda disposición transitoria: “De la Seguridad Social”. Ecuador.

- 27.- Municipalidad del cantón Milagro. Plan de desarrollo y ordenamiento territorial del cantón Milagro. 2 – 5.
- 28.- Gonzales Jijón MD. El seguro Social Campesino. (2005). Quito. 23 – 25
- 29.- . Dal Poz MR, Kinfu Y, Dräger S, Kunjumen T, Diallo K. Counting health workers: definitions, data, methods and global results. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.
- 30.- Navarrete. Plan estratégico para mejorar el seguro social campesino regional 2. Guayaquil - Ecuador, (2005-2008). 8 – 10.
- 31.- Barreiro Isaac. El IESS y el Seguro social campesino. (2004). Quito. Ecuador. 50 – 52
- 32.- Navarrete. Plan estratégico para mejorar el seguro social campesino regional 2. Guayaquil - Ecuador, (2005-2008). 50-54
- 33.- Comportamiento de las precipitaciones en la costa ecuatoriana. 2008. VOL. 15, N° 1.
- 34.- Leal, Salinas, Menéndez. Hábitos alimenticios y riesgos nutricionales en el recinto el Deseo. (2009). Milagro-Ecuador. 79 – 80.
- 35.- Norman, Likert scales, level of measurement and the "Laws" of statistics , Canada (2010). 1-8

36.- Granda, Arias. Principales patologías encontradas en la atención de los afiliados al seguro social campesino. Área de Emergencia hospital IESS, Milagro. Rev. "Medicina". Vol. 10 N° 3. Año 2004

37.- Sacoto. Los modelos de atención de Salud en el Ecuador, Ecuador, pag 317-349

38.- Granda, Arias. Principales patologías encontradas en la atención de los afiliados al seguro social campesino. Área de Emergencia hospital IESS. (2004) Milagro. Rev. "Medicina". Vol. 10 N° 3.

39. - INEC. Censo Nacional de Población y Vivienda. (2010). Ecuador.

## Anexos

<b>Encuesta Social</b>			
Señale con una X lo q usted crea indicado...			
Como calificaría la atención en el dispensario medico:			
<b>Mala</b>	<b>Regular</b>	<b>Buena</b>	<b>Excelente</b>
Como calificaría la atención del médico en el dispensario:			
<b>Mala</b>	<b>Regular</b>	<b>Buena</b>	<b>Excelente</b>
Como calificaría la atención de la enfermera en el dispensario:			
<b>Mala</b>	<b>Regular</b>	<b>Buena</b>	<b>Excelente</b>
Como calificaría la atención del odontólogo en el dispensario:			
<b>Mala</b>	<b>Regular</b>	<b>Buena</b>	<b>Excelente</b>
Tras recibir la atención medica por su problema u dolencia, en que medida ha mejorado			
<b>No ha mejorado</b>		<b>Mejoro poco</b>	<b>Se siente bien</b>
Cómo calificaría el tiempo de espera para recibir su atención( teniendo en cuenta la cantidad de afiliados )			
<b>Mala</b>	<b>Regular</b>	<b>Buena</b>	<b>Excelente</b>
Usted cree q lo q usted paga esta bien para el servicio medico q recibe?			
<b>SI</b>			
<b>NO</b>			
<b>Recomendaría usted el servicio que recibió a otra persona</b>			
<b>SI</b>	<b>NO</b>		
<b>Cuántas veces al año ha ido al dispensario?</b>			
<b>1</b>			
<b>2</b>			
<b>3</b>			
<b>más de 3</b>			
<b>En comparación con la atención que usted recibe en los dispensarios médicos del sector público ( MSP )</b>			
<b>usted considera q la atención el SSC es</b>			
<b>Peor</b>			
<b>Igual</b>			
<b>Mejor</b>			
<b>Hay alguna recomendación q considera decir q se debería hacer en este dispensario médico.</b>			

Fuente: Hoja de encuesta realizada a los afiliados del dispensario “El deseo” elaborada por el grupo de estudio

Encuesta Social			
Esta usted a gusto en su trabajo			
SI	NO		
¿Se siente orgulloso de pertenecer a ella? - .			
SI	NO		
¿Se siente cómodo y con espacio suficiente en su puesto de trabajo?			
SI	NO		
De los siguientes opciones, ordene de mayor a menor asignándole un número del 1 al 5 los hechos q mas influyen negativamente en el desarrollo de su trabajo			
Luz			
Temperatura			
Ruido			
Limpieza del dispensario			
Orden del dispensario			
De los siguientes opciones ordene de mayor a menor asignándole un número del 1 al 5 los hechos q mas influyen negativamente en el desarrollo de su trabajo.			
Falta de medicamentos			
Procesos de interconsulta lentos			
Falta de comunicación entre integrantes del SSC			
Falta de equipamiento médico y tecnológico			
Tiempo excesivo en registro de recetas, carpetas, etc.			
Considera que		SI	NO
... tiene la suficiente capacidad de iniciativa en su trabajo? - .			
... tiene la suficiente autonomía en su trabajo? - .			
...sus ideas son tenidas en cuenta por su jefe o superiores? - .			
...su trabajo es lo suficientemente diverso? - .			
... Considera q el ausentismo laboral en su empresa es excesivo ?			
La administración y políticas de la empresa son las adecuadas?			
Su puesto en la empresa		SI	NO
... está en relación con la experiencia que usted posee? - .			
... está en relación con su titulación académica? - .			
... está lo suficientemente supervisado y reconocido? - .			
¿Le gustaría permanecer en su puesto de trabajo dentro de su empresa? - .			
¿Existen posibilidades de movilidad en su empresa? - .			
Le permite realizar acciones administrativas?			
Respecto a sus compañeros de trabajo		SI	NO
¿Se lleva bien con sus compañeros? - .			
¿Le ayudaron y apoyaron los primeros días cuando entró en la empresa? - .			
¿Considera que tiene un entorno de amigos entre sus compañeros de trabajo? - .			
¿Si dejase la empresa para ir a otra, lo sentiría por sus compañeros? - .			
¿Trabaja usted en equipo con sus compañeros? - .			
Como evalúa el desempeño de sus superiores			
Mala	Regular	Buena	Excelente
		SI	NO
¿Considera que su trabajo está bien remunerado? - .			
¿Su sueldo está en consonancia con los sueldos que hay en su empresa? - .			
¿Cree que su remuneración está por encima de la media en su entorno social, fuera de la empresa? - .			
¿Cree que su sueldo está en consonancia con la situación y marcha económica de la empresa? - .			
Hay alguna recomendación que considera decir q se debería hacer en este dispensario médico.			

Fuente: Hoja de encuesta realizada al personal sanitario que labora en el dispensario “El deseo” elaborada por el grupo de estudio