



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

TESIS

Previa a la obtención del grado de

MAGÍSTER EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

***“PROGRAMA DE ACCIÓN ODONTOLÓGICO UNIFICADO ENFOCADO A
DISMINUIR EL AUSENTISMO A LA CONSULTA DENTAL DEL SEGURO
SOCIAL CAMPESINO (SSC) EN LAS COMUNIDADES DE MONTECRISTI.”***

Tutor:

Econ. María del Carmen Lapo

Elaborado por:

Dra. María Carolina López Andrade.

Guayaquil, 20 de Febrero del 2014

INDICE GENERAL

Portada	
Índice General	
Dedicatoria.....	I
Agradecimiento.....	II
Resumen.....	III
Abstract.....	IV
Introducción.....	1
Justificación.....	4
Objetivos.....	6
Objetivo General.....	6
Objetivos Específicos.....	6

CAPÍTULO I

LA GERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD

1.1. Funciones de la Gerencia.....	7
1.1.1. Planeación.....	7
1.1.1.1. Actividades Primordiales de la planificación.....	8
1.1.2. Organización.....	9
1.1.2.1. Actividades primordiales de la organización.....	9
1.1.3. Dirección.....	10
1.1.3.1. Actividades primordiales de la dirección.....	10
1.1.4. Control.....	11
1.1.4.1. Actividades primordiales de control.....	11
1.2. Los sistemas de salud pública en el siglo XXI.....	12
1.3. Habilidades gerenciales.....	12
1.3.1. Habilidad técnica.....	13
1.3.2. Habilidad humanística (sensibilidad).....	13
1.3.3. Habilidad conceptual.....	13
1.4. Rol del gerente.....	14
1.5. Causas del bajo desempeño en los programas de salud.....	15

1.6.	Herramientas Gerenciales.....	16
1.6.1.	Herramientas de formación de Equipos.....	16
1.6.1.1.	Fases del proceso Coaching.....	17
1.6.1.2.	Beneficios del Coaching.....	17
1.6.2.	Como desarrollar un equipo de alto rendimiento.....	19
1.6.2.1.	Como formar equipos de alto rendimiento.....	20
1.6.3.	Como liderar el proceso al cambio.....	22
1.7.	Buenas prácticas para el alto rendimiento en programas de salud.....	24

CAPÍTULO II

LA SALUD PUBLICA EN EL ECUADOR

2.1.	Generalidades.....	26
2.2.	Ministerio de Salud Pública del Ecuador.....	27
2.2.1.	Organigrama del MSP.....	28
2.3.	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.....	29
2.3.1	Seguro Social Campesino.....	29
2.3.2.	Historia Seguro Social Campesino de Manabí.....	29
2.3.3.	Estructura administrativa del Seguro Social Campesino de Manabí...	31
2.4.	Marco Legal.....	32
2.4.1.	Marco Institucional.....	33
2.4.1.1.	Requisitos para la incorporación de Organizaciones.....	33
2.4.2.	Beneficiarios.....	34
2.4.2.1.	Requisitos de atención en dispensarios.....	35
2.4.2.2.	Atención en unidades de mayor complejidad.....	35
2.4.2.3.	Documentos necesarios en interconsulta.....	35
2.5.	Beneficios en salud.....	36
2.5.1.	Modalidades de atención.....	36
2.6.	Financiamiento del sistema.....	37
2.6.1.	Adquisiciones para el Seguro Social Campesino.....	38
2.7.	Organigrama SSC de Manabí.....	38

CAPÍTULO III

ASPECTOS SOCIO - ECONÓMICOS DEL CANTÓN MONTECRISTI.

3.1.	Descripción del Cantón Montecristi.....	39
3.1.1.	Aspectos Demográficos.....	40
3.1.2.	Ingresos económicos y consumo.	42
3.1.3.	Alimentación y nutrición.....	42
3.1.4.	Educación.....	43
3.1.5.	Analfabetismo.....	43
3.1.6.	Vivienda.....	44
3.1.7.	Servicios básicos.....	45
3.2.	Organización social.....	46
3.2.1.	Problemas sociales.....	46
3.3.	La salud en las comunidades de Montecristi.....	47
3.3.1.	Establecimientos de salud y personal.	47
3.3.2.	Redes y establecimientos de salud.....	48
3.4.	Organización estructural de los Dispensarios de Salud del SSC.....	51
3.4.1.	Servicios y prestaciones.....	51
3.4.2.	Recurso humano.....	52
3.4.3.	Recursos técnicos.....	53
3.4.4.	Flujogramas de atención estructural de los Dispensarios del SSC.....	53
3.5.	Diagnóstico situacional de los Dispensarios de Salud del SSC de Montecristi.....	53
3.5.1.	Dispensario Bajo del Pechiche.....	54
3.5.2.	Dispensario las Pampas.	54
3.5.3.	Dispensario Rio Caña 2.	55
3.5.4.	Dispensario San Can.....	55
3.5.5.	Dispensario La Pila.....	56
3.6.	Servicios de atención Odontológica.	56
3.7.	Organigrama del SSC de Manabí.....	57

CAPITULO IV

PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL SEGURO CAMPESINO DEL CANTÓN MONTECRISTI.

4.1.	Objetivo del diagnóstico.....	59
4.1.1.	Antecedentes.....	59
4.2.	Planteamiento del problema.....	62
4.2.1.	Causas.....	62
4.2.2.	Hipótesis.....	63
4.3.	Metodología de la investigación.....	64
4.3.1.	Instrumentos de investigación.....	65
4.4.	Fuentes de información.....	66
4.5.	Jurisdicciones consideradas para el presente estudio.....	67
4.5.1.	Necesidades del Servicio de Salud:.....	67
4.5.2.	Población beneficiada	67
4.6.	Población y muestra.....	68
4.6.1.	Tamaño de la muestra.....	69
4.7.	Análisis de resultados entrevistas / encuestas.....	72
4.7.1.	Resultado de las entrevistas a los Representantes Comunitarios.....	72
4.7.2.	Resultado de las entrevistas al personal Odontológico.....	74
4.7.3.	Resultado de las encuestas a los usuarios del SSC de Montecristi....	86

CAPITULO V

PROPUESTA:

“PROGRAMA DE ACCIÓN ODONTOLÓGICO UNIFICADO ENFOCADO A DISMINUIR EL AUSENTISMO A LA CONSULTA DENTAL DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO (SSC) EN LAS COMUNIDADES DE MONTECRISTI.”

5.1.	Priorización de la propuesta.....	110
5.2.	Matriz FODA.....	111
5.2.1.	Análisis de estrategias. (Ver anexo 2).....	112
5.3.	Matrices evaluación de factores internos y externos (EFI-EFE).....	113

5.3.1.	Matriz EFI.....	113
5.3.2	Matriz EFE.....	114
5.4.	Misión y Visión de la Propuesta.....	114
5.4.1.	Objetivos de la Propuesta.....	115
5.6.	Estrategias a implementar para el desarrollo de la Propuesta.....	116
5.7.	Justificación de la Propuesta.....	116
5.8.	Guía de planificación de la Propuesta.....	118
5.8.1.	Modelo a seguir.....	119
5.8.2.	¿Cómo hacerlo?:.....	120
5.8.3.	Perfil del Agente Comunitario de Salud.....	122
5.8.4.	Nivel aplicativo.....	124
5.8.4.1.	Modelo con Enfoque de Familia.....	125
5.8.4.2.	Ciclo de capacitación a la Comunidad.....	127
5.8.5.	Evaluación de los talleres.....	128
5.8.5.1.	Matriz de programación de participación Social en las Comunidades de Montecristi.....	129
5.8.5.2.	Matriz de programación de participación Social Municipal y Privada.....	130
5.8.5.3.	Matriz de programación para el análisis y percepción de la Salud Bucal en las Comunidades.....	131
5.8.5.4.	Matriz de programación de difusión del programa “Familias Saludables”.....	132
5.8.5.5.	Matriz de programación de Liderazgo del programa.....	133
5.8.6.	Monitoreo y control.....	134
5.8.7.	Análisis Costo – Beneficio.....	136

Conclusiones.

Recomendaciones.

Bibliografía.

Anexos.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO 1: Organigrama del Ministerio de Salud Pública.....	28
GRAFICO 2: Organigrama del SSC de Manabí.....	38
GRAFICO 3: Mapa Político de Manabí.....	40
GRÁFICO 4: Organigrama Administrativo del SSC Regional V.	58
GRÁFICO 5.A: Población Afiliada al SSC de Montecristi.....	68
GRÁFICO 5.B: Representación porcentual de la población afiliada al SSC de Montecristi.....	69
GRÁFICO 6.A: Población encuestada afiliada al SSC de Montecristi.....	71
GRÁFICO 6.B: Representación gráfica de la población encuestada afiliada al SSC de Montecristi.....	72
GRÁFICO 7.A: Prioridad de necesidades de las Comunidades de Montecristi	73
GRÁFICO 7.B: Representación gráfica de las necesidades de las Comunidades.....	73
GRÁFICO 8.A: Apreciación del Centro Laboral.....	75
GRÁFICO 8.B: Representación gráfica de las apreciaciones del Centro Laboral.....	75
GRÁFICO 9.A: Apreciación del Centro Laboral en General.....	76
GRÁFICO 9.B: Representación gráfica de la apreciación del Centro Laboral en General.....	76
GRÁFICO 10.A: Interacción con el Jefe Inmediato.....	77
GRÁFICO 10.B: Representación gráfica de la Interacción con el Jefe Inmediato.....	77
GRÁFICO 11.A: Oportunidades de Progreso.....	78
GRÁFICO 11.B: Representación gráfica de Oportunidades de progreso.....	78
GRÁFICO 12.A: Remuneraciones e Incentivos.....	79
GRÁFICO 12.B: Representación gráfica de Remuneraciones e Incentivos....	79
GRÁFICO 13.A: Interrelación con los compañeros de trabajo.....	80
GRÁFICO 13.B: Representación gráfica de la Interrelación con los compañeros de trabajo.....	81
GRÁFICO 14.A: Ambiente de trabajo.....	81
GRÁFICO 14.B: Representación gráfica del Ambiente de	82

trabajo.....	GRAFICO 15.A: Resultado de las entrevistas al personal	84
Odontológico.....		
GRAFICO 15.B: Representación gráfica del concentrado de las entrevistas		84
al personal Odontológico.....		86
GRÁFICO 16.A: Sexo de la población encuestada.....		
GRÁFICO 16.B: Representación gráfica del sexo de la población		86
encuestada.....		87
GRÁFICO 17.A: Edad de la población encuestada.....		
GRÁFICO 17.B: Representación gráfica de la edad de la población		87
encuestada.....		88
GRÁFICO 18.A: Consultas Odontológicas de los afiliados encuestados.....		
GRÁFICO 18.B: Representación gráfica de consultas odontológicas de los		89
afiliados encuestados.....		
GRÁFICO 19.A: Ausentismo a la consulta dental de los afiliados		90
encuestados.....		
GRÁFICO 19.B: Representación gráfica del ausentismo a la consulta dental		90
en los afiliados encuestados.....		92
GRÁFICO 20.A: Motivos de consulta dental de los afiliados encuestados.....		
GRÁFICO 20.B: Representación gráfica de los motivos de consulta dental		92
de los Afiliados encuestados.....		
GRÁFICO 21.A: Solución de problemas dentales de los afiliados		94
encuestados.....		
GRÁFICO 21.B: Representación gráfica de solución de problemas dentales		94
de los afiliados encuestados.....		95
GRÁFICO 22.A: Atención a los afiliados al SSC de Montecristi.....		
GRÁFICO 22.B: Representación gráfica de la atención a los afiliados al SSC		96
de Montecristi.....		97
GRÁFICO 23.A: Charlas educativas a los afiliados encuestados.....		
GRÁFICO 23.B: Representación gráfica de charlas educativas a los afiliados		97
encuestados.....		98
GRÁFICO 24.A: Limpiezas dentales realizadas a los afiliados encuestados...		
GRÁFICO 24.B: Representación gráfica de limpiezas dentales realizadas a		99
los afiliados encuestados.....		

	100
GRÁFICO 25.A: Conocimientos odontológicos de los afiliados encuestados...	
GRÁFICO 25.B: Representación gráfica de conocimientos odontológicos de los afiliados encuestados.....	100
GRÁFICO 26.A: Hábitos de higiene oral en los afiliados encuestados.....	101
GRÁFICO 26.B: Representación gráfica de los hábitos de higiene oral en los afiliados encuestados.....	101
GRÁFICO 27.A: Tiempo de cepillado de los afiliados encuestados.....	102
GRÁFICO 27.B: Representación gráfica del tiempo de cepillado de los afiliados encuestados.....	103
GRÁFICO 28.A: Malos hábitos de higiene oral en los afiliados encuestados...	104
GRÁFICO 28.B: Representación gráfica de los malos hábitos de higiene oral en los afiliados encuestados.....	104
GRÁFICO 29.A: Pérdida de piezas dentales en los afiliados encuestados.....	105
GRÁFICO 29.B: Representación gráfica de la pérdida de piezas dentales en los afiliados encuestados.....	106
GRÁFICO 30.A: Calidad de atención del SSC en las Comunidades de Montecristi.....	107
GRÁFICO 30.B: Representación gráfica de la calidad de atención del SSC en las Comunidades de Montecristi.....	107
GRÁFICO 31.A: Necesidades de Prevención Oral en los afiliados encuestados.....	108
GRÁFICO 31.B: Representación gráfica de las necesidades de prevención oral en los afiliados encuestados.....	109

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: Funciones de la Gerencia.....	12
TABLA 2: Población de las localidades del Cantón Montecristi.....	41
TABLA 3: Representantes Comunales de Montecristi.....	46
TABLA 4: Servicios de Salud Pública de Manta.....	50
TABLA 5: Servicios de Salud del Cantón Montecristi.....	51
TABLA 6: Informantes Secundarios.....	66
TABLA 7: Códigos para entrevistas.....	74
TABLA 8: Análisis FODA de los servicios de salud de Montecristi.....	111
TABLA 9: Análisis de las Estrategias.....	112
TABLA 10: Matriz EFI del SSC de Montecristi.....	113
TABLA 11: Matriz EFE del SSC de Montecristi.....	114
TABLA 12: Matriz de programación de participación social en las comunidades de Montecristi.....	129
TABLA 13: Matriz de programación de participación social municipal y privada.....	130
TABLA 14: Matriz de programación para el análisis y percepción de la salud bucal en las comunidades.....	131
TABLA 15: Matriz de programación de difusión del programa “Familias Saludables”.....	132
TABLA 16: Matriz de programación de liderazgo del programa.....	133
TABLA 17: Gastos del personal técnico y administrativo.....	137
TABLA 18: Matriz de Gant de la propuesta.....	140

INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: Constitución de la República del Ecuador. Sección segunda, Salud.

ANEXO 2: Criterios de alternativas de estrategias.

ANEXO 3: Indicadores de la propuesta.

ANEXO 4: Formato de encuestas destinadas a los usuarios de los Centros Médicos del SSC de Montecristi.

ANEXO 5: Formato de encuesta de satisfacción del personal de salud.

ANEXO 6: Plan complementario a seguir para el desarrollo de la propuesta.

DEDICATORIA

Dedico esta superación a Dios, por ser la fuerza que me motiva a continuar día a día, porque gracias a su inmensa sabiduría e doto de facultades extraordinarias.

A mis padres, por creer en mi, porque junto a ellos aprendí a superarme siempre.

A mis hermanas y hermanos, por brindarme su cariño y apoyo incondicional siempre.

A mis hijos y a Jorge, porque en tiempos difíciles, me hicieron creer con su inmensa luz de lucha y amor.

Ma. Carolina López Andrade.

AGRADECIMIENTO

A Jorge, por su apoyo incondicional, haciendo posible la realización de este reto.

A mi tutora la Econ. Ma. del Carmen Lapo, por su asesoramiento, ayuda, conocimientos y útiles sugerencias que permitieron pulir mis criterios.

Sobre todo quisiera mostrar m agradecimiento a todos en cuantos fueron mis profesores, por mostrar siempre la necesidad continúa de superación, sirviendo de ejemplo no solo para mí, sino para muchos de nosotros, les estoy muy agradecida.

A todos mis compañeros y amigos, por el apoyo recibido, discusiones y momentos inolvidables compartidos, que sirvieron no solo para nuestro perfeccionamiento profesional, sino para aumentar el cariño, respeto mutuo y nuestra sincera amistad.

MI ETERNA GRATITUD

Ma. Carolina López Andrade.

RESUMEN

El presente trabajo “Programa de Acción Odontológico unificado enfocado a disminuir el ausentismo a la consulta dental del Seguro Social Campesino de las comunidades de Montecristi”, ha sido desarrollado con la finalidad de promover la aplicación de “Herramientas Gerenciales”, que contribuyan a analizar el impacto de los servicios que brinda el Seguro Social Campesino, conocer la realidad local y promover el empoderamiento de acciones preventivas bucales en las comunidades rurales, con la propósito que sea una propuesta sustentable y de continuidad donde la participación multidisciplinaria sea reflejada en todo el proceso del programa y su avance, ya que muchos programas no logran los frutos esperados, ni para las direcciones de salud ni para la comunidad, pese al tiempo la buena voluntad y los recursos invertidos.

Se obtuvo información primaria a través de encuestas y entrevistas a los dirigentes comunales, personal odontológico y afiliado (usuarios). Además de recorridos en las diferentes comunidades para obtener información sobre los servicios básicos de salud odontológica, infraestructura, equipos, recursos humanos, etc.

En las comunidades rurales del cantón Montecristi, la falta de cuidado de la salud oral representa un porcentaje alarmante, el 100% padece de caries dental y más de un 50% padece de cierto grado de enfermedad periodontal, esto es el resultado de falta de recursos, falta de interés al cuidado bucal, miedo a la consulta dental, mala educación preventiva, mala alimentación, lo que conlleva a un 38% de mutilaciones dentales lo que genera una mala calidad de vida y un elevado gasto en fármacos, así como un alto porcentaje de ausentismo laboral y escolar.

ABSTRACT

This work "Program unified dental action focused to reduce absenteeism to the dental practice of rural Social Security in the communities of Montecristi", has been developed in order to promote the application of "Management tools" that help to analyse the impact of the services provided by the Campesino Social Security, meet the local see and promote the empowerment of oral preventive actions in rural communities with the purpose that is a proposal for sustainable and continuity where multidisciplinary participation is reflected in the entire program and its progress, since many programs fail to the fruits expected, or for directions to health nor for the community, despite the time the goodwill and the resources invested.

Primary through surveys and interviews information was obtained to community leaders, dental and affiliate personnel (users), as well as tours in different communities to learn about the basic services of dental health, infrastructure, equipment, human resources, etc.

In the rural communities of the canton Montecristi, lack of oral health care represents an alarming percentage, 100% suffer from tooth decay, and more than 50% suffers from some degree of periodontal disease, this is the result of lack of resources, lack of interest to oral care, fear of the dental practice, poor prevention education, poor nutrition which leads to a 38% of dental mutilation resulting in a poor quality of life and high spending on drugs, as well as a high percentage of work and school absenteeism.

Key words: (Montecristi, tooth decay, periodontal disease, managers, Campesino Social Security, program).

INTRODUCCIÓN.

La salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano; y se la define como “Estado de completo bienestar físico, mental y social”. OMS (2006).

La salud integral en nuestro país constituye un reto, pues evidencian, cada vez más, la ausencia de gerencia en los servicios de salud, que permitan consolidar avances, vencer amenazas, superar debilidades, y finalmente administrar y determinar los programas de acorde a la realidad de la población, disminuyendo así la brecha entre lo que se conoce y realmente se hace acerca de los problemas de salud pública y convertirlos en prácticas que se traduzcan en resultados permanentes logrando un cambio significativo y duradero.

En el primer capítulo se desarrollara las funciones y herramientas de gerenciamiento que permitan crear conciencia sobre etapas humanas de asimilación al cambio para debilitar paradigmas de gerentes, que les impide tomar decisiones acertadas en tiempo de crisis, y para fortalecer su gestión efectiva a través de objetivos específicos, incrementando trabajos en equipo y creando estrategias de liderazgo situacional que permitan generar bienestar a los usuarios, y crecimiento a las instituciones de salud pública. (Rubio 2006).

En el segundo capítulo, se describirán las instituciones de salud pública del Cantón Montecristi. El MSP es la máxima autoridad sanitaria, con programas

enfocados en la salud de la población ecuatoriana, estando siempre al servicio de las comunidades más vulnerables del Ecuador.

El seguro social campesino, es el líder de la protección de la salud integral de la población rural, pescadores y artesanos del Ecuador. IESS (2011). Con programas de protección ambiental y desarrollo agrícola de las comunidades, mejorando la calidad de vida de sus afiliados.

En el tercer capítulo, se describe los aspectos socioeconómicos del cantón de Montecristi y sus parroquias rurales, su población, las características socioeconómicas, diagnóstico situacional de los servicios de salud pública en el cantón y sus parroquias rurales., economía, servicios básicos, organización social, etc. Mostrando un promedio estadístico elaborado de acuerdo a los datos obtenidos por la información oficial derivada del VII Censo Nacional de Población y Vivienda del 2010. Datos estadísticos que se convierten en la herramienta necesaria para establecer programas de saludables y sustentables enfocando los recursos del gobierno en inversión comunitaria que de verdaderos beneficios a corto, mediano y largo plazo, donde la prevención será su principal pilar.

En el cuarto capítulo, se investiga la percepción de los usuarios a los servicios de salud pública, en su caso del Seguro Social Campesino de las comunidades rurales de Montecristi, factor determinante para establecer estrategias de salud oral y administrativas que permitan a la institución de salud dirigir sus esfuerzos con propósito definido.

En el quinto capítulo se desarrolla como propuesta la “Promoción de la salud” propiciando un cambio de actitud hacia la prevención, influyendo en la conducta de las personas, familias y comunidades, en un cambio en los hábitos, disminuyendo así los factores de riesgo de las enfermedades más comunes, mediante programas de capacitación comunitaria.

Esta modernización implica la necesidad de procedimientos gerenciales que faciliten la organización y la capacidad de identificar los distintos problemas que se presentan en las instituciones de salud al servicio público, para llegar a un mayor nivel de respuesta, participación más directa de la población y de sus organizaciones representativas. La propuesta está enfocada a poder contribuir al cambio de esta realidad en nuestra sociedad, realizando una odontología preventiva que fortalezca la salud de los afiliados en las comunidades rurales del Cantón Montecristi.

JUSTIFICACIÓN

Mejorar oportunamente las condiciones de salud en nuestras comunidades es imperativo, optimizando la cobertura de los servicios de salud públicos. Si la población tuviera acceso a medidas preventivas eficaces y efectivas, con tratamientos oportunos y adecuados, disminuiría la prevalencia de las enfermedades más comunes.

En los últimos años, producto de la reforma del sector público, en búsqueda de mayor eficiencia, eficacia y calidad en los servicios, se ha incorporado programas de modernización estatal para la gestión descentralizada de los servicios de salud, con modelos de atención enfocados a la realidad local, dando énfasis a la promoción y prevención de la salud, que involucre no solo a el individuo si no a toda la comunidad.

Sin embargo, persisten problemas fundamentales de gerenciamiento en salud, que garanticen una salud equitativa y servicios de calidad. Es necesario contar con planes de desarrollos de salud odontológica que vayan de la mano con una correcta administración racional, que en forma planificada y organizada, evite la pérdida de: recursos económicos, tiempo, equipamiento y materiales, medicinas, generando cambios positivos reflejados en la práctica de una salud bucal integral.

Para ello es necesaria la intervención de personas, con capacidad de decidir acciones conjuntas y desarrollar herramientas gerenciales que faciliten

los procedimientos en una institución pública, que se traduzcan en cambios radicales que se reflejen en la calidad de los servicios de salud pública, que permita una retroalimentación entre usuarios y personal de la salud focalizado a satisfacer a la comunidad y brindar un servicio acorde a las necesidades de cada sector rural y urbano.

Por lo tanto, es importante generar cambios en la forma de administrar el área de la salud, que esta cuente con profesionales que manejen conocimientos gerenciales modernos, de herramientas administrativas involucradas con la salud, que garanticen que las instituciones y organizaciones comprometidas ofrezcan un real y verdadero servicio de calidad.

La presente propuesta administrativa se plantea estratégicamente para el servicios de salud odontológico, y se orienta a la aplicación y puesta en marcha de un plan participativo, que se inicia con todo un proceso de investigación orientado a la programación local, que permitirá organizar y distribuir los talentos humanos en función de los acuerdos y proyectos planificados; optimizar y manejar oportunamente los recursos materiales de las unidades operativas; y, elaborar presupuestos, organizar técnicamente la oficina financiera y trabajar en sistemas de costos participativamente, así el uso de herramientas gerenciales de mejora continua que permitan cumplir con el objetivo de brindar un servicio de calidad.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

- *Proponer la aplicación de herramientas de gerencia organizacional para coadyuvar a la disminución del nivel de ausentismo del paciente del servicio odontológico que asiste a los dispensarios de Salud del Seguro Social Campesino (SSC) de Montecristi.*

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Repasar los conceptos gerenciales aplicables al mejoramiento de los servicios del SSC del Cantón Montecristi.
- Exponer antecedentes de los sistemas de salud del SSC del Cantón Montecristi, para obtener información en cuanto a las causas del ausentismo a la consulta odontológica.
- Analizar la percepción de los servicios de salud en los dispensarios de Montecristi.
- Diseñar una propuesta para mejorar la calidad de servicios de salud.

CAPITULO I

LA GERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

La Gerencia en los servicios de salud está orientada hacia una nueva comprensión del rol de las organizaciones. Conduce a la ejecución, monitoreo y evaluación de los proyectos locales en forma conjunta, lo que exige identificar las características de la organización, sus conversaciones, el liderazgo, trabajo en equipo, resolución de conflictos en el marco de las características individuales y grupales con miras a lograr que la participación social sea una práctica constante en los servicios, lo que exige que se construya un proceso de fortalecimiento de los sistemas de información.

1.1. FUNCIONES DE LA GERENCIA.

La gerencia descrita como un proceso, puede ser analizada en varias funciones fundamentales:

1.1.1. PLANEACIÓN:

La planificación es el punto de partida, es el conjunto de acciones coordinadas para alcanzar los objetivos, metas y estrategias de modo más eficiente y aumenta la posibilidad de lograr los resultados deseados. Determina a donde debe ir la organización y como se debe llegar. Una vez que los objetivos han sido determinados, son presentados como planes, para vencer dificultades inesperadas con los recursos adecuados.

Es el proceso mediante el cual un individuo o empresa pueden transformar sus sueños en logros. (Fred David, 2008).

Un proceso de planificación deberá involucrar proactivamente a la mayoría de los miembros de la organización en cuestión. Del mismo modo, buscará incluir a todos aquellos actores que de alguna manera se ven involucrados en los procesos o resultados de la organización.

1.1.1.1. ACTIVIDADES PRIMORDIALES DE LA PLANIFICACIÓN:

1. *Permite que la empresa este orientada al futuro.* Debe tenerse especial atención a las características del entorno externo, condicionantes políticos, económicos e institucionales, creencias, así como dinámicas sociales y psicosociales, para alcanzar las metas.

2. *Facilita la coordinación de decisiones.* Esta en relación a los entornos internos y externos de la organización.

3. *Resalta los objetivos organizacionales.* El problema central al que se enfrentan los líderes radica en cómo implementar los equipos de cambio sobre las que recaerá la responsabilidad de motivar y movilizar al resto de los integrantes de la organización que resisten el cambio.

4. *Se determina anticipadamente qué recursos se van a necesitar para que la empresa opere eficientemente.* Es muy importante considerar las limitaciones que puedan existir con la finalidad de evitar frustraciones, o

sencillamente, que los costos de realización del mismo sean mayores a los beneficios.

5. Permite diseñar métodos y procedimientos de operación. Se orientará a la identificación de las *Fortalezas* y las *Debilidades*.

6. Evita operaciones inútiles y se logran mejores sistemas de trabajo. Las personas deben reorientar sus tareas hacia la identificación y resolución de problemas, trabajos que requieren de nuevas competencias laborales.

1.1.2. ORGANIZACIÓN:

Una vez establecidas las tareas y objetivos a lograr, para cumplir con el trabajo, deben distribuirse y asignarse las actividades entre los integrantes del grupo o equipo de trabajo, especificando detalladamente el rol y la participación de cada uno de los miembros. La organización abarca la conversión de objetivos en actividades concretas, la asignación de actividades, recursos a personas y grupos; tiene que ver con decidir quién hace qué y quien reporta a quién, esto requiere la definición y agrupación de actividades, la asignación de responsabilidades para la toma de decisiones.

1.1.2.1. ACTIVIDADES PRIMORDIALES DE LA ORGANIZACIÓN

Subdividir el trabajo en unidades de trabajo: departamentalización, agrupamientos, equipos de trabajo. Requiere:

- A. Agrupar las obligaciones operativas en puestos.
- B. Reunir los puestos operativos en unidades manejables y establecer sus vínculos y relaciones.
- C. Especificar los requisitos de cada puesto.
- D. Seleccionar y colocar a los individuos en el puesto adecuado.
- E. Utilizar y acordar la autoridad adecuada para cada miembro, cadena de mando.

1.1.3. DIRECCIÓN.

Consiste en determinar que se debe hacer y cuando se debe hacer, influir en la gente para propiciar que todos trabajen en estrecha colaboración brindando lo mejor de sus capacidades, envuelve los conceptos de motivación, liderazgo, dinámica de grupos, comunicación y cambio organizacional.

Dirigir la organización tiene que ver con los factores humanos de manera que se alcancen sus objetivos en la forma más óptima posible, es una función fundamental del proceso gerencial.

1.1.3.1. ACTIVIDADES PRIMORDIALES DE LA DIRECCIÓN

- A. Poner en práctica la participación de todos los afectados por las decisiones, los buenos líderes establecen un entendimiento profundo con los subordinados.
- B. Conducir y reorientar a otros para que hagan su mejor esfuerzo para alcanzar altos niveles de productividad.

- C. Motivar a los empleados al desarrollo continuo, conocimiento del negocio, habilidad cognoscitiva, confianza en sí mismos, honestidad e integridad.
- D. Conformar y apoyar redes de comunicación bidireccional para obtener apoyo para los objetivos y políticas de los diferentes departamentos y divisiones.
- E. Revisar los resultados de la ejecución.

1.1.4. CONTROL

El control consiste en medir y supervisar los resultados, comprobando o verificando que lo que se esté haciendo, comprende todas aquellas actividades emprendidas para asegurar el progreso de las operaciones reales se ajusten a las planteadas.

Su objetivo inmediato es medir, cualitativamente y cuantitativamente, las actividades, como realizar evaluaciones de desempeño y tomar las acciones necesarias para minimizar las deficiencias.

1.1.4.1. ACTIVIDADES PRIMORDIALES DE CONTROL

- A. Establecer normas de desempeño.
- B. Medir el desempeño individual y de la organización.
- C. Idear y/o procurar los medios efectivos para medir las operaciones, comparando el desempeño real con las normas de desempeño establecidas.
- D. Transferir datos detallados de manera que muestren las comparaciones y los desvíos, sugiriendo las acciones correctivas cuando sean necesaria, (Reyes, 2010).

TABLA 1: FUNCIONES DE LA GERENCIA.

Planificación	Organización	Dirección	Control
-Metas	-Estructura	-Motivación	-Normas
-Objetivos	-Administración	-Liderazgo	-Medidas
-Estrategias	de recursos	-Comunicación	-Comparaciones
-Planes	Humanos	-Comportamiento individual y grupal	-Acción

Fuente: REYES, L. Proceso Administrativo. El Prisma Portal para Investigadores y Profesionales. México. 2010.

1.2. LOS SISTEMAS DE SALUD PÚBLICA EN EL SIGLO XXI

Los sistemas de salud pública que operan en el siglo XXI se enfrentan a muchos retos, significativos, entre ellos:

- Competitividad.
- Velocidad de los cambios.
- Capacidad de adaptación.
- Crecimiento.
- Tecnología.

Equilibrar estos y otros requisitos organizacionales pueden constituir un proceso difícil y desalentador. Es aquí donde entran en juego los sistemas de gestión, al permitir aprovechar y desarrollar el potencial existente en la organización.

1.3. HABILIDADES GERENCIALES

Para el cumplimiento eficiente de sus funciones o el desempeño exitoso de sus roles, el gerente necesita desarrollar determinadas habilidades. Robert Katz (1986, pp. 43-54), los directivos deben desarrollar tres tipos de habilidades.

1.3.1. HABILIDAD TÉCNICA

Son los conocimientos especializados en el área específica de trabajo (obtenidos por el estudio y/o la experiencia), y a la capacidad para analizar problemas mediante el uso de herramientas y técnicas de esa especialidad.

1.3.2. HABILIDAD HUMANÍSTICA (SENSIBILIDAD)

Es el conjunto de aptitudes necesarias para relacionarse con otras personas y trabajar en grupos hacia el logro de objetivos comunes. Incluye el autoconocimiento (conciencia de sus propias actitudes, posiciones y conceptos), la empatía y las habilidades para la comunicación. Un buen gerente debe reconocer y valorar la diversidad. Y evitar la tentación de dar un trato estandarizado a las personas con las que se relaciona.

1.3.3. HABILIDAD CONCEPTUAL

Es la capacidad para entender la organización como un todo (en términos de sistemas), para leer el entorno y para diseñar nuevos modelos de organización y conducción. Sea cual sea el nivel jerárquico que ocupe el gerente (supervisor, directivo medio o alto ejecutivo), su labor implica relación con otros individuos de la organización y debe tener la capacidad para describir, explicar, predecir y, hasta donde sea permitido, controlar la conducta del hombre en el trabajo.

1.4. ROL DEL GERENTE.

El rol del gerente no es cosa sencilla, debe sustentarse en una comprensión cabal de la conducta del hombre en el trabajo y del funcionamiento de las organizaciones. Coordinar esfuerzos individuales para el logro de objetivos organizacionales requiere de preparación consiente, del desarrollo de ciertas habilidades (técnicas, humanísticas y conceptuales).

Algunos autores consideran que el liderazgo forma parte, entre otras, de las responsabilidades del gerente. Davis y Newstrom (2003) afirman que “El liderazgo es una parte importante de la administración, pero no es la única”. (p.194). Además de liderar, señalan, “los gerentes también planean actividades, organizan estructuras y controlan recursos”. El gerente con características de buen líder confronta las situaciones de trabajo con sentido de equidad, de justicia, y con máxima objetividad, tratando de juzgar el trabajo y no a las personas, teniendo en cuenta que al personal no se le administra se le dirige. Ser líder ahora es mucho más agotador, pero también los resultados son más satisfactorios para todos los participantes y para la empresa, los gerentes deben cambiar su papel adaptándose a las nuevas exigencias, pasando de tareas eminentes de gestión a tareas con una fuerte caracterización de índole visionaria (Zarate, 2008).

La capacitación del gerente es importante, ya que si carece de la formación adecuada o su personalidad es incorrecta, poco o nada podrá hacer

para la solución de los problemas. Hay tres trampas que los gerentes deben evitar:

- La primera trampa es la oportunidad de innovación que no concuerdan con las realidades estratégicas de la población, siempre implican un desperdicio extraordinario de esfuerzo, dinero y tiempo.
- La segunda trampa es confundir “novedad” con “innovación”, la prueba de innovación no es: “nos gusta”, si no: “la necesitan realmente nuestros usuarios”.
- La tercera trampa es confundir movimiento con acción (Druker,*).

1.5. CAUSAS DEL BAJO DESEMPEÑO EN LOS PROGRAMAS DE SALUD.

Muchos programas no logran los frutos esperados – ni para las áreas de salud ni para la comunidad – pese al tiempo dedicado, la buena voluntad y a los recursos invertidos. En algunos casos campañas de salud mal planificadas han dado origen a actitudes negativas hacia la institución, ocasionando conflictos y dependencias respecto a la distribución de los beneficios. Entre los factores que contribuyen a ello se encuentran:

- A. Comprensión limitada del complejo contexto local.
- B. Baja participación y apropiación de los grupos de interés local.
- C. Percepción de estar regalando y no invirtiendo en salud (incluyendo la ausencia de objetivos claros).

- D. Comprensión limitada de la estrategia de los programas de salud.
- E. Falta de profesionalismo y de control.
- F. Enfoque insuficiente en la sostenibilidad.
- G. Mucho énfasis en infraestructura y poca atención en el desarrollo de capacidades del talento humano.
- H. Falta de transparencia en el manejo de recursos.
- I. Fallas en la medición y en la comunicación de los resultados.

1.6. HERRAMIENTAS GERENCIALES.

Estas permiten crear conciencia sobre etapas de asimilación al cambio para debilitar paradigmas en los gerentes que les impida tomar decisiones acertadas en tiempo de crisis, y para fortalecer su gestión efectiva a través de objetivos específicos, incrementando trabajos en equipo y creando estrategias de liderazgo situacional que permitan generar bienestar a los trabajadores, ganancias y crecimiento de las instituciones de salud. (González, 1995).

A considerar para el modelo de propuesta las siguientes:

1.6.1. HERRAMIENTAS DE FORMACIÓN DE EQUIPOS

El **COACHING** sirve construir y dirigir equipos de alto rendimiento para ver más claro y para pasar a la acción, potenciando determinadas características donde haga falta a fin de alcanzar objetivos de máximo nivel. Podemos utilizar el

coaching como una herramienta entonces para planificar, delegar y resolver mejor los problemas.

Cuando una persona asume la dirección de un equipo, debe hacerse cargo de una serie de roles. Uno de estos roles es el de desarrollar a las personas de su equipo, enseñándoles a realizar mejor su trabajo en función de la misión y objetivos de la empresa (Zarate, 2008).

1.6.1.1. FASES DEL PROCESO COACHING.

- A. Selección del Coach.
- B. Determinar los objetivos.
- C. Establecimiento del método de trabajo.
- D. Planificación y diseño de actividades concretas.
- E. Ejecución, análisis verificación de los resultados.
- F. Fed.-back retroalimentación constante.

1.6.1.2. BENEFICIOS DEL COACHING.

Con un estilo de dirección basado en el mando y en el control, existe una serie de beneficios importantes para las organizaciones utilizando el coaching, John Whitmore habla de los siguientes beneficios:

- ***Mejora del desempeño y de la productividad.*** Con el coaching se extrae de los individuos y de los equipos algo que no se puede lograr mediante la transmisión de instrucciones.

- **Desarrollo del personal.** Con un curso breve una o dos veces al año no conseguiremos un desarrollo completo de nuestro equipo.
- **Aprendizaje mejorado.** El coaching produce un aprendizaje reflexivo, profundo y rápido que perdura en el tiempo.
- **Mejora de las relaciones.**
- **Más tiempo.** Ni se persigue, ni se vigila al equipo por que por medio del coaching se los entrenan en un entorno de confianza y responsabilidad.
- **Más ideas creativas.** Al haber una mayor confianza todos los miembros del equipo se sienten libres de plantear sus ideas sin miedo al ridículo o rechazo prematuro.
- **Un mejor uso de las habilidades y los recursos.** Por medio del coaching se descubren antes los recursos ocultos y se llega antes a soluciones prácticas.
- **Una respuesta más rápida y más eficaz.** El coaching favorece un ambiente en el que los miembros del equipo se sienten valorados y están siempre dispuestos a resolver los problemas.
- **Mayor flexibilidad y adaptabilidad al cambio.** Lo que mejor define al coaching es su potencial para producir cambios, generar respuestas y alentar la responsabilidad de las personas.
- **Personas más motivadas.** Las personas tienen un mayor desempeño porque lo desean, no porque tengan que hacerlo.
- **Favorece el cambio cultural.** (Whitmore, 2011).

1.6.2. COMO DESARROLLAR UN EQUIPO DE ALTO RENDIMIENTO.

Henry Ford solía decir: “Juntarnos es un comienzo. Mantenernos juntos es un progreso. Trabajar juntos es el éxito”.

El trabajo en equipo es un proceso dinámico, abierto y participativo, con características que incluyen la **autonomía relativa** de cada tipo de profesional (asegurada por la legitimidad de conjunto de competencias que caracteriza a cada uno); la **interdependencia** entre los distintos profesionales en la ejecución de las acciones; **interdisciplinariedad**; **flexibilidad**, **creatividad e interacción comunicativa** (Rev. Latinoamericana de Enfermería).

Equipos exitosos se forman con la intención de lograr juntos una meta ambiciosa, y no con la meta de ser un equipo exitoso. Se caracterizan por un fuerte interés mutuo para desarrollo personal y el éxito. Los diferentes miembros saben poner su desarrollo personal a disposición del equipo.

El factor fundamental que define a los grupos exitosos es: los integrantes hablan del concepto de la misma manera que lo hace el líder, tienen compromisos con la tarea y alta capacidad de aprendizaje en conjunto, constituyendo una fuerza laboral bien dispuesta, capaz y deseosa de enfrentar desafíos nuevos y de trabajar colectivamente por el bien de todos. (Blanchard, 2010).

Para que un grupo de salud se constituya en equipo y sea sostenible en el tiempo, son importantes las siguientes condiciones:

- Profesionales entrenados en atención primaria (APS), de acuerdo con las necesidades de salud de la población.
- Los recursos humanos planificados de acuerdo a las necesidades de la población.
- Deben desarrollarse políticas sobre calidad de desempeño del personal. (perfil y competencias).
- El equipo de salud debe incluir, a quienes trabajan en los sistemas de información, gerencia y administración de servicios. (OPS, 2008).

1.6.2.1. COMO FORMAR EQUIPOS DE ALTO RENDIMIENTO.

1. Definición del puesto. Para conformar un equipo exitoso se debe dar una correcta definición del cargo de trabajo, debe tomarse en cuenta: las exigencias del cargo y el perfil de las características de los candidatos que se presentan, priorizando en escoger los candidatos más adecuados para satisfacer las necesidades de la organización, con talento humano de calidad técnica-científica eficiente que impacten en la mejora de las condiciones de salud para la población, que identifique cuáles son sus necesidades y traduzca esas necesidades en servicios con las condiciones óptimas de calidad. (González, 1995).

Un gerente tiene responsabilidades especiales con sus subordinados, debe conocer con claridad lo que se espera de ellos y apoyar con los recursos necesarios para desarrollen adecuadamente sus tareas. Uno de los mayores problemas que se debe enfrentar un gerente o líder es la falta de interés del equipo de trabajo.

2. Creación de una visión. Radica en la formación de un “un sueño” compartido entre el líder y los miembros del grupo, motivados a crecer, compartir y hacer suyo ese sueño, comprendiendo la razón por la cual son necesarias y conociendo con claridad lo que se espera de ellos.

En esto hay tres lecciones importantes:

1. El trabajo debe ser visto como algo importante.
2. Debe llevar a una meta comprendida y compartida por todos.
3. Los valores deben orientar todos los planes, las decisiones y las actuaciones.

(Blanchard, 1998).

3. Definición de los objetivos. Es necesario definir claramente los objetivos que personal debe cumplir para participar directamente con las metas del grupo. Esto propiciará la claridad y eficacia de la tarea a desarrollar y hará que el subordinado se sienta más comprometido y dispuesto a colaborar. Cada uno de los miembros tiene que estar de acuerdo sobre quiénes harán determinado trabajo, qué habilidades se necesitan desarrollar, cómo se tomarán las decisiones y cómo llegar a acuerdos.

1.6.3. COMO LIDERAR EL PROCESO AL CAMBIO.

Como agente de cambio un gerente tiene que involucrar a su personal en un proceso de cambio definido, liderándolo a través de 5 fases:

Fase1: Reconocer un desafío. Identifique junto con el personal un obstáculo grave que su unidad o establecimiento está enfrentando, determine las causas para llegar a un entendimiento compartido del problema: póngase de acuerdo exactamente sobre lo que es y cómo está afectando la prestación de servicios. Una buena forma de hacerlo es utilizando la técnica de los “cinco por qué”. Por ejemplo. “Que podemos hacer para mejorar la motivación de los usuarios para que acuda a la consulta dental”. Examine de cerca los indicadores del problema y pregúntese porque el problema persiste. Observe con atención quienes podrían ser sus aliados en la comunidad y enfoque su atención en cómo conseguir su apoyo.

Como reconocer un desafío:

- Pregúntele a su personal acerca de sus problemas de trabajo más grandes: brechas entre logros deseados y logros reales.
- Hágale a los usuarios e interesados la misma pregunta.
- Estudie los datos de servicio para entender tendencias y como su unidad, establecimiento u organización está rindiendo.
- Reúna una muestra representativa del personal, comparta sus hallazgos con ellos y cree una visión compartida de un futuro mejor.
- Examine como las prácticas actuales podrán a estar aportando al problema.

- Convierta el problema en un desafío, buscando formas de lograr el resultado deseado y encontrando formas de superar los obstáculos.
- Comience a conseguir el apoyo de la gerencia superior.

Fase 2: Identifique las prácticas prometedoras. Cuando sea posible, busque prácticas que se han probado en el campo y que suministran indicadores creíbles de éxito y capacidad de transferencia; compártalos con el personal e interesados ayudándolos a ver los beneficios de estas prácticas que adecuadas a la misión y visión de la organización hará que su trabajo sea más efectivo.

Fase 3: Adapte y pruebe una práctica o un conjunto de prácticas prometedoras. Cree un equipo de trabajo con las personas que se han comprometido a lograr el cambio deseado, analice las similitudes y diferencias entre su comunidad y el sitio en el que la practica o el conjunto de prácticas se originó. Hagan las adaptaciones necesarias para la(s) nueva(s) practica(s) para que se adecue(n) mejor a las singulares características y entornos de su unidad o establecimiento. El sitio donde se introduce la nueva práctica debe ser lo suficientemente pequeño pero representativo para probarla rápida y económicamente.

Fase 4: Implante la nueva práctica. Para todos los sitios o comunas donde se implantara la nueva práctica se debe:

- Demostrar claramente a la gerencia superior y a los directores de las unidades involucradas el cambio que la nueva practica va a lograr, como se ha implantado, cómo y cuándo se puede evaluar el avance.

- Acordar los pasos necesarios, especificando las tareas que se deben cumplir, cuando, por quién y con qué recursos.
- Seguir paso a paso y documentar el avance contra los indicadores elegidos y hacer adaptaciones adicionales si algún aspecto no está funcionando.
- Reconocer resultados interinos visibles, los “pequeños triunfos”, a fin de alentar y desarrollar la confianza del personal.

Fase 5: Extienda la nueva práctica más allá del alcance inicial. Si la nueva práctica ha logrado lo que se proponía, puede considerar aplicarla y extender sus beneficios dentro o más allá de su organización. (Actualidad Gerencial, 2004).

En cada una es estas fases se:

- *Explora el contexto* en busca de conocimientos actualizados de su unidad y del entorno general en el que se opera.
- *Enfoca* el esfuerzo de cambio en lograr la misión, las estrategias y las prioridades de su organización.
- *Alinea y moviliza* el tiempo y la energía de su personal, así como los recursos materiales y financieros, para apoyar el proceso de cambio.

1.7. BUENAS PRÁCTICAS PARA EL ALTO RENDIMIENTO EN PROGRAMAS DE SALUD.

1. No olvide la estrategia: Tener una buena estrategia permite a las instituciones de salud dirigir sus esfuerzos con propósito definido. Esto reduce el riesgo de

que ocurran efectos inesperados y aumenta las probabilidades de alcanzar los objetivos.

2. Tenga en cuenta el Panorama General:El contexto local es tan sólo una parte de la gestión de las relaciones instituciones-comunidad y no será exitosa si los conflictos más fundamentales del proyecto no son resueltos. Es recomendable que las instituciones adopten las siguientes políticas y programas generales:

1. **Involucrar a los Grupos de Interés,** (comunidad-personal).
2. **Invertir en Procesos:**La relación con la comunidad se basan en la confianza, respeto mutuo, buena voluntad, capacidad, aprendizaje recíproco; desarrollados a través de un proceso permanente y continuo de colaboración.
3. **Enfóquese en la Calidad, no en la Cantidad:**Hacerlo funcionar implica preocuparse menos en el número de reuniones organizadas y más en la calidad de la interacción.
4. **Piense a Corto y a Largo Plazo:**Una buena estrategia tendrá objetivos de corto y largo plazo. Aunque no es realista esperar que todas las actividades de las instituciones de salud apoyadas por el gobierno, lo más importante es que sean productivas y con beneficios duraderos.
5. **Use Comunicaciones como Herramienta Estratégica:** Para la comunicación tanto interna como externa e implementarlos proactivamente.

CAPITULO II

LA SALUD PÚBLICA EN EL ECUADOR.

2.1. GENERALIDADES.

El estado ecuatoriano brinda a la población una amplia red de salud en los centros de atención primaria, los cuales son ofrecidos por: El Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y el Seguro Social Campesino (SSC), ubicados en las aéreas rurales y urbanas de nuestro país.

Se requieren programas preventivos que reconozcan los logros y avances del Sistema de Salud, que identifique las nuevas y cada vez más complejas necesidades de la población y aprovechar las oportunidades para ampliar su cobertura, calidad y eficiencia.

Por otro lado, se tiene como antecedente el deterioro de la salud general en la población, principalmente en las áreas rurales, es considerada como una de las más vulnerables, ya sea por la falta de recursos, baja escolaridad, mala educación preventiva, geográficamente aisladas, con poco acceso a los servicios salud.

En la actualidad gracias a la intervención del gobierno se está logrando una mayor cobertura en las zonas rurales de extrema pobreza o geográficamente aisladas con la finalidad de alcanzar una salud integral en cada uno de los ecuatorianos asegurando de esta manera mejorar su calidad de vida.

2.2. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR.

El MSP es la máxima autoridad sanitaria y dicta las políticas de salud. Sus programas están enfocados en el apoyo social de la población ecuatoriana, estando siempre al servicio de la comunidad y de las personas más vulnerables del Ecuador. A través de las Direcciones Provinciales y las Unidades de las Áreas de Salud(Hospitales, Centros y Subcentros de Salud). Realiza un conjunto de acciones implementadas por un gobierno de amplia cobertura social, con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de la población.

De esta forma, las autoridades promueven campañas de prevención y garantizan el acceso democrático y masivo a los centros de atención, con la premisa de mejorar la calidad de vida de la población y brindar mayor satisfacción al usuario, basándose en el marco legal:

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, como autoridad sanitaria, tiene como misión ejercer la rectoría, regulación, planificación, gestión, coordinación, control y gestión de la Salud Pública ecuatoriana a través de la gobernanza y vigilancia y control sanitario y garantizar el derecho a la Salud a través de la provisión de servicios de atención individual, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, con el fin de garantizar el derecho a la Salud. (www.msp.gob.ec).

La visión del Ministerio de Salud Pública, es ejercer plenamente la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, con un modelo referencial en

Latinoamérica que priorice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad, con calidez, garantizando la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad. (www.msp.gov.ec).

2.2.1. ORGANIGRAMA DEL MSP

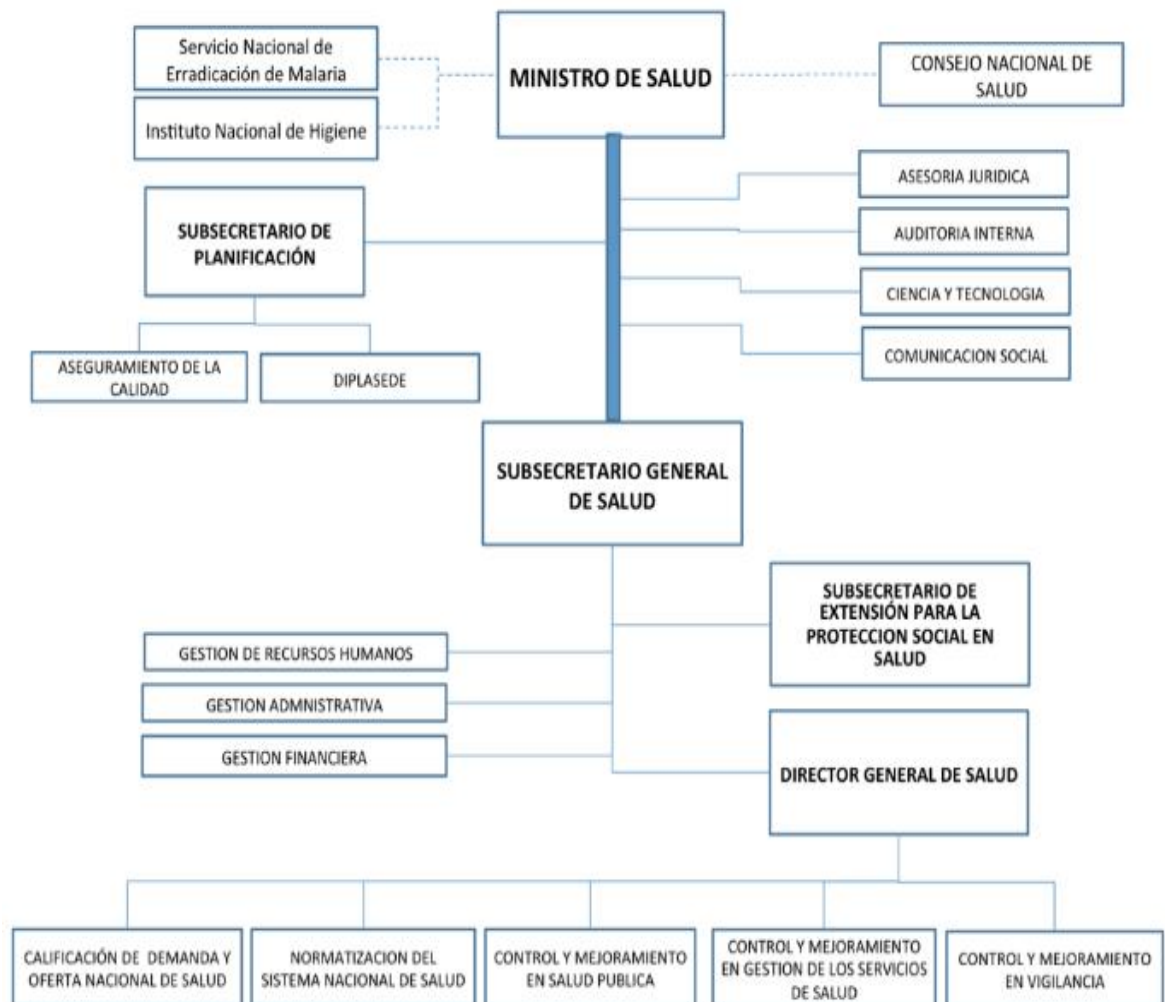


GRAFICO 1: ORGANIGRAMA DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.

Fuente: www.msp.gov.ec.

2.3. INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL.

2.3.1. SEGURO SOCIAL CAMPESINO

Desde su inicio, el Seguro Social Campesino tuvo como misión solidaria la protección de la salud de la población rural Ecuatoriana.

Su misión es proteger a los afiliados campesinos, artesanos y pescadores del sector rural del Ecuador, con programas en salud integral, protección ambiental y desarrollo agrícola comunitario.

Su visión es liderar la protección de la población campesina, artesanal y pesquera del Ecuador y promover su desarrollo para mejorar las condiciones de vida de la población rural afiliada.

2.3.2. HISTORIA SEGURO SOCIAL CAMPESINO DE MANABÍ.

El SSC de Manabí fue fundado el 28 de agosto de 1968, con la puesta en marcha del Plan Piloto del Seguro Social Campesino, que se inició en cuatro comunidades campesinas: Guabug en la provincia de Chimborazo; Yanayacu en la provincia de Imbabura; Palmar en la provincia del Guayas (hoy Santa Elena); y, La Pila en Montecristi, Manabí. (www.iess.gob.ec. 2011).

En 1978 toma el nombre de Atención Primaria en Salud. Una de las comunidades beneficiadas con un dispensario fue La Pila en Manabí. Los principios de universalidad, solidaridad y subsidiaridad, en que se basó esta

política dieron paso a la protección de todos los miembros de la familia del trabajador.

En 1981, mediante Decreto Legislativo N° 81, el Seguro Social Campesino incorporó al sistema pensional a familias pertenecientes a cooperativas, comunas, asociaciones, organizaciones populares, con prestaciones como: la pensión de vejez al jefe de familia, el auxilio para los funerales de cualquiera de los miembros afiliados de la familia al sistema y los beneficios en el campo de la salud que incluyen: hospitalización, atención por maternidad y atención odontológica.

Incorporando a los beneficiarios de la Seguridad Social a 614 familias rurales prescindiendo de la relación laboral trabajador-empleador y dejando atrás la histórica etapa del Seguro Individual a través de un innovador sistema que protegió, desde su inicio, a las familias, sentando así las bases para un posterior período de crecimiento explosivo de la población derecho habiente, intensificado desde la década de los años 80, como consecuencia de la expedición de la Ley de Extensión del Seguro Social Campesino. (www.iess.gob.ec. 2011).

La construcción y reconstrucción de los dispensarios, en los últimos años ha sido histórica la inversión de 117 ahora tienen 124 dispensarios, que beneficia a campesinos y pescadores artesanales, en los dos últimos años se han afiliado 30 mil personas.

A inicios de 2009 había 200 mil y en el año 2011, 260 mil afiliados al Seguro Social Campesino de Manabí.

En la zona rural es triste observar los problemas, especialmente en invierno cuando el campesino tiene que caminar 6 y 8 horas en lodo, sacando en hamaca al paciente por no haber médico y en muchas ocasiones el enfermo llega sin vida a la ciudad.

Los servicios que ofrecen los dispensarios del Seguro Social Campesino son: fomento y promoción de la salud, atención en prevención y rehabilitación, control a personas sanas, transferencias a hospitales de sistema de salud del IESS y otras instituciones, con los cuales se mantiene convenio, atención constante a las familias con visitas médicas domiciliarias, educación en aspectos de salud a la comunidad para procurar la prevención y protección de la salud individual y familiar, entrega de jubilación para el jefe de familia por vejez y /o invalidez, y el servicio de pago de auxilio de funerales por cualquier miembro de la familia.

2.3.3. ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO DE MANABÍ.

La autoridad Administrativa del Seguro Social Campesino es el Director Provincial.

En Manabí su jurisdicción territorial es la siguiente:

- ***Zona V: Dirección provincial de Manabí. Se encuentra en la ciudad de Portoviejo.***

El director provincial es responsable de la Administradora del Seguro Social Campesino a cargo de la Dra. Rocío García, y entre sus principales responsabilidades tiene:

Administrar todos los procesos de afiliación, entrega de pensiones, prestaciones de salud y monetarias y compra de servicios médico – asistenciales, dirigidas al afiliado y familiares que viven bajo su dependencia. (Cedeño, M. A. *)
www.monografias.com.

Para la atención de los afiliados al Seguro Social Campesino, existen los Dispensarios de Salud del Seguro Social Campesino y las Direcciones Provinciales para trámites.

2.4. MARCO LEGAL.

Un “Buen Gobierno”, se asocia a dos cuestiones: la dimensión económica y la social de la gestión pública mediante la participación civil, para el diseño de agendas sobre las cuestiones que a la comunidades les interesa y tener las posibilidades real de hacer llegar tales agendas al Gobierno para su implementación y posterior control social, acciones correctivas en su administración que garanticen un buen funcionamiento, como requisito para el acceso y manejo de recursos económicos.

Constitución Nacional del Ecuador, (2008).**Art. 373.-** “El seguro social campesino, que forma parte del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, será un régimen especial del seguro universal obligatorio para proteger a la población rural y a las

personas dedicadas a la pesca artesanal; se financiará con el aporte solidario de las personas aseguradas y empleadoras del sistema nacional de seguridad social, con la aportación diferenciada de las jefas o jefes de las familias protegidas y con las asignaciones fiscales que garanticen su fortalecimiento y desarrollo. El seguro ofrecerá prestaciones de salud y protección contra las contingencias de invalidez, discapacidad, vejez y muerte. Los seguros públicos y privados, sin excepción, contribuirán al financiamiento del seguro social campesino a través del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.”

2.4.1. MARCO INSTITUCIONAL.

Son sujetos obligados a solicitar la protección del régimen especial del Seguro Social Campesino:

- Las personas cuya residencia se encuentre ubicada en el área rural.
- Los pescadores artesanales.
- Las personas que no se beneficien del seguro universal obligatorio.
- Las personas que no reciban remuneración de un empleador.
- Que no se hayan convertido en empleador permanente. (www.iess.gob.ec)

2.4.1.1. REQUISITOS PARA LA INCORPORACIÓN DE ORGANIZACIONES.

Los requisitos para la incorporación de organizaciones campesinas, son:

- Que estén ubicadas en el campo.
- Que se encuentren activas, como juntas campesinas.
- Que hayan indicado su necesidad de ser incorporados al sistema. (Cedeño, M. A. *).

Para la instalación de los Dispensarios en las Comunidades rurales, se requiere que estén:

- Que estén ubicadas exclusivamente en el campo.
- En localidades accesibles a través de vías o caminos vecinales.
- Que existan por lo menos 1.200 personas afiliadas al sistema.
- Por lo menos a 8 Km de distancia de otra unidad de salud de igual o mayor nivel de complejidad. (Cedeño, M. A. *).

2.4.2. BENEFICIARIOS

- Jefe de familia afiliado.
- Esposa o conviviente con derecho.
- Hijos y familiares que viven bajo su dependencia debidamente acreditados.
- Jubilado.(Ley de Seguridad Social. Art.128). www.ipgh.gob.ec.

2.4.2.1. REQUISITOS DE ATENCIÓN EN DISPENSARIOS

Para la atención de los afiliados al Seguro Social Campesino, existen los Dispensarios del SSC. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 de la mañana a 4:30 de la tarde. Y los requisitos para atención son:

- Carnet de afiliación.
- Comprobante de pago de aportes del tesorero de la organización.
- Comprobante de depósito al IESS por parte de la organización.

Los dirigentes de las organizaciones campesinas representan a la población afiliada al Seguro social campesino.

2.4.2.2. ATENCIÓN EN UNIDADES DE MAYOR COMPLEJIDAD.

Cuando un paciente requiere de atención especializada son transferidos a las unidades médicas del IESS del segundo y tercer nivel.

Las unidades médicas del Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS, conceden a los afiliados del Seguro Social Campesino, servicios de consulta externa, exámenes complementarios, atención al parto, atención odontológica, asistencia farmacéutica, hospitalización, intervenciones quirúrgicas y servicios de ambulancia. (www.iess.gob.ec. 2011)

2.4.2.3. DOCUMENTOS NECESARIOS EN INTERCONSULTA.

Se requieren de los siguientes documentos:

- Carné de afiliación.
- Cédula de ciudadanía.
- Solicitud de inter consulta (original y copia) firmada por el médico y con sello del dispensario; ésta solicitud tiene validez por dos meses y se la puede renovar.

Para hospitalización se requiere la transferencia firmada por el médico del dispensario del Seguro Social Campesino.

2.5. BENEFICIOS EN SALUD

- A. Por enfermedad.-** Asistencia médica, farmacéutica, quirúrgica y hospitalización.
- B. Por maternidad.-** Asistencia obstétrica, que comprende la prenatal, parto, puerperio, canastilla maternal y atención al niño durante un año.
- C. Atención Odontológica.-** Examen bucal, profilaxis, ortodoncia y operación dental. (www.iess.gob.ec , 2011).

2.5.1. MODALIDADES DE ATENCIÓN.

- A. Fomento.-** Mediante educación para la salud por medio del personal médico, odontológico y auxiliar de enfermería.
- B. Prevención.-** Se realiza en coordinación con el MSP con sus programas de vacunación.

C. Medio ambiente.- Se capacita a las comunidades campesinas acerca de la disposición adecuada de excretas y mejoramiento ambiental de sus viviendas.

D. Organización Comunitaria.- A través de comités de salud comunitaria se promueve la organización en las comunidades para su protección.

2.6. FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA

Los servicios de salud y las prestaciones del Seguro Social Campesino se financiarán con los siguientes recursos:

- El aporte solidario sobre la materia gravada que pagarán los empleadores, los afiliados al Seguro General Obligatorio, con relación de dependencia o sin ella, y los afiliados Voluntarios.
- La contribución obligatoria de los seguros públicos y privados que forman parte del Sistema Nacional de Seguridad Social;
- El aporte diferenciado de las familias protegidas por el Seguro Social Campesino.
- La contribución financiera obligatoria del Estado.(Ley de Seguridad Social. Art.5). www.ipgh.gob.ec.

La contribución del Estado corresponde al 40 % del total de pensiones y el 0.3% de las remuneraciones de los afiliados al seguro general.

2.6.1. ADQUISICIONES PARA EL SEGURO SOCIAL CAMPESINO

Las adquisiciones de todos los insumos del IESS se hacen a través del portal de compras públicas, con presupuestos propios del Seguro Social Campesino.

2.7. ORGANIGRAMA ADMINISTRATIVO DEL SSC DE MANABÍ.

GRAFICO 2: ORGANIGRAMA DEL SSC DE MANABÍ.



FUENTE: SSC de Manabí.

Elaborado por: Dra. Carolina López Andrade.

CAPITULO III

ASPECTOS SOCIO - ECONÓMICOS DEL CANTÓN MONTECRISTI.

Para los cantones de Montecristi y sus parroquias rurales; existen estudios de diagnostico situacional realizados por entidades estatales, los mismos que sirven de base para realizar el análisis y plantear líneas de acción para implementar mejoras en los servicios de salud brindados en las instituciones al servicio público en las comunidades de Montecristi, provincia de Manabí.

3.1. DESCRIPCIÓN DEL CANTÓN MONTECRISTI.

El cantón Montecristi se encuentra ubicado en el noroccidente de la Provincia de Manabí. Montecristi tiene una extensión total de 734,2 km². De acuerdo a su distribución político administrativa, concentra más del 80% de la población dentro de las parroquias urbanas del cantón que son dos, la parroquia Montecristi y Aníbal San Andrés. La parroquia La Pila constituye la única parroquia rural del cantón. (I. M. de Montecristi, 2003).

Las poblaciones de Los Bajos, entre otras: Bajos de afuera, Bajos de Pechiche y Bajos de la Palma Eloy Alfaro, Simón Bolívar, Colorado, Los Chorrillos, Pile, Camarones de Arriba, Camarones de Abajo, Unión Patria y Las Cruces.

GRAFICO 3: MAPA POLÍTICO DE MANABÍ.



FUENTE: Gobierno Provincial de Manabí

Se describirán las características socioeconómicas, salud, economía, servicios básicos, organización social, etc.; de acuerdo a los datos referidos a la información oficial derivada del VII Censo Nacional de Población y Vivienda del 2010.

3.1.1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

El cantón Montecristi, registra una población total de 43.400 habitantes, la misma que se distribuye geográficamente a lo largo de un territorio que cubre un total 734,2 km². La densidad poblacional asciende a 59.12 habitantes por km², Montecristi es uno de los cantones con mayor densidad poblacional en el Ecuador.

TABLA 2: POBLACIÓN DE LAS LOCALIDADES DEL CANTÓN MONTECRISTI

CANTÓN	PARROQUIA	LOCALIDAD	ZONA	No. HOGARES	No. DE HABITANTES (ESTIMADO)
Montecristi	Montecristi	Pile	Rural	210	1050
		Bajos de Afuera	Urbano-Marginal	550	2530
		Bajos del Pechiche	Urbano-Marginal	630	2898
		Bajos de las Palmas	Urbano-Marginal	1440	6624
		Río de Caña	Rural	47	235
		Unión Patria	Rural	12	60
		Toalla Chica	Rural	35	175
		Las Pampas	Rural	84	420
		Toalla Grande	Rural	115	575
		Camarones de Arriba	Rural	12	60
		Camarones de Abajo	Rural	4	20
		La Solita	Rural	32	160
		Nueva Esperanza	Rural	12	60
		San Antonio	Rural	4	20
		Agua Fría	Rural	1	5
		Río de Manta (V)	Rural	19	95
Río de Manta (NV)	Urbano-Marginal	38	N/A		

*Investigación de Campo, Enero 2010
Fuente: ENTRIX, Marzo 2010*

El cantón concentra el 3,65% de la población de la Provincia de Manabí, la misma que asciende a 1'186.025 habitantes. Esto significa que el 95,22% de la población del cantón es considerada urbana, mientras el restante 4,78% representa a la población rural. (INEC, 2010)

En cuanto a la etnicidad, según datos oficiales, los cantones que se encuentran dentro del área de Montecristi son eminentemente mestizos, registrando además un porcentaje bajo para los blancos. (Inec, 2010)

3.1.2. INGRESOS ECONÓMICOS Y CONSUMO.

Se observa en el Cantón Montecristi que la principal fuente de ingresos es el trabajo asalariado ligado a la agricultura con un 39%, mientras el trabajo cuentapropista también ligado al trabajo agropecuario se halla en el 26.6%, por lo que la dependencia de la población de la producción agrícola supera a los 2/3 de las personas. Casi la mitad de la población rural y urbana marginal percibe ingresos menores a 100 dólares mensuales. (Inec, 2010).

3.1.3. ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN.

Para comprender a las condiciones de alimentación y nutrición en la zona es indispensable prestar atención al modo en el que construye la población su de abastecimiento primario de alimentos y fuentes nutricionales. La seguridad alimentaria de las familias depende directamente de la disponibilidad de ingresos económicos para procurarse los bienes indispensables de consumo. De acuerdo a los indicadores el 99% de los hogares considera a la alimentación el primer gasto de los ingresos familiares. La dieta básica de la población y su principal fuente de proteínas es el pescado y los mariscos. El consumo de cárnicos representa el principal producto para el 14,5% de familias, las legumbres y frutas son prioritarias por el 8,9% de los hogares, mientras la tercera prioridad para las familias es el abastecimiento de granos y cereales. En relación al estado nutricional, se considera que el cantón Montecristi registró una tasa de desnutrición crónica, en las parroquias rurales. (SIISE, 2008).

3.1.4. EDUCACIÓN

La oferta pública de educación es mayor en los niveles iniciales y primarios, sin embargo experimenta un ligero descenso en la cobertura de la educación secundaria con respecto a los colegios particulares. La oferta de educación privada no es abundante en términos de planteles e infraestructura, sin embargo la cobertura es mayor en el nivel secundario con respecto a la oferta pública.

En el cantón Montecristi, el Colegio Daniel Acosta, en Bajos de Pechiche, es el que mayor alumnado tiene, ya que recibe a 258 alumnos, población que proviene también de Bajos de Afuera y Bajos de la Palma

Es importante señalar que el número de alumnos dentro de cada uno de los niveles varía, por lo que en muchos casos el promedio podría cambiar según la necesidad y capacidad de cada institución.

En el nivel secundario las aulas más hacinadas se encuentran en los establecimientos situados en las localidades de los Bajos de Pechiche, con un promedio de 36 alumnos por aula. La que menor hacinamiento tiene es la Unidad Educativa María Auxiliadora con 13 alumnos por aula.

3.1.5. ANALFABETISMO

La tasa de analfabetismo es elevada. No obstante, dicha tasa se enmarca en los parámetros provinciales de Manabí que estipula un total de 12,54% de

analfabetos en la provincia, es decir 3.660 personas que no sabían leer y escribir en Montecristi. El analfabetismo en las zonas rurales asciende al 13,6%, mientras afecta en el nivel urbano al 11,5% de personas mayores a 15 años, la actual tasa de analfabetismo 2009, sería de 5,47%. (INEC, 2010).

Existe una gran diferencia entre la población; los adultos mayores en su mayoría no saben leer ni escribir o solo cuentan con la mitad del estudio primario.

La mayor parte de los adultos no completan su educación primaria y la población joven tiene un nivel más elevado, educación secundaria incompleta, pero se han implementado programas para alfabetizar a estas personas.

3.1.6. VIVIENDA.

El 78,1% de las viviendas en el cantón Montecristi son de propiedad de sus habitantes, alcanzando un considerable porcentaje el tipo de propiedad por alquiler (17%), las construcciones generalmente son de tipo mixto y combinan actividades residenciales y comerciales o residenciales y agropecuarias según sea el caso. Del total de viviendas, 3.145 se encuentran en el área urbana de Montecristi, 5.630 están en la periferia del área urbana – que incluye el área de Los Bajos – y 435 se encuentran ubicadas en el área rural. El tipo predominante de vivienda son las casas o villas que componen el 85,65% del total de viviendas existentes en el sector. El porcentaje restante corresponde a ranchos, mediaguas, departamentos, covachas y chozas en orden de predominancia porcentual. (Ilustre Municipalidad de Montecristi, 2009).

3.1.7. SERVICIOS BÁSICOS.

De acuerdo a un estudio de la Municipalidad de Montecristi en relación a la ampliación de la red de alcantarillado, la cobertura de los servicios básicos en el cantón Montecristi reporta que el 18,58% de las viviendas poseen servicio de agua potable en el interior de las viviendas, mientras el 21.41% cuenta con servicio de eliminación de aguas servidas por red pública de alcantarillado. En cuanto al servicio de luz eléctrica el 71.39% de las viviendas cuenta con este servicio. El servicio de recolección de basura abarca al 39.16% de los hogares del cantón, mientras que el servicio telefónico convencional aporta con el 11.24%. (Ilustre Municipalidad de Montecristi, 2009).

En lo que respecta al tratamiento del agua para consumo humano la mayor parte de la población (60,7%) la hierve antes de su consumo, el 34,8% utiliza diversos tratamientos mientras el 2,3% manifestó clorar el agua de consumo. El restante 2,3% declaró que no aplica ningún tratamiento al agua para consumo humano. (Entrix, 2010)

Para la eliminación de los desechos sólidos casi el 70% de las comunidades cuenta con sistema de recolección de basura. Al respecto hay que señalar que la cobertura del servicio llega al 87% de los 3 Bajos, Eloy Alfaro y Chorrillo. Pile, Camarones de arriba y Camarones de Abajo no cuentan con este servicio. Los datos del resto de comunidades exponen que el 20% de la población quema la basura, el 7% la desecha al aire libre. La cobertura del servicio de alumbrado público cubre casi la totalidad de los hogares. El 99%

recibe energía eléctrica de la red pública, solamente un hogar situado en una de las zonas dispersas próximas a Camarón de Arriba no cuenta con el servicio eléctrico. (Entrix, 2010).

3.2. ORGANIZACIÓN SOCIAL

El actual alcalde es Washington Arteaga. El 98,7% de la población declara no pertenecer directamente a ninguna asociación o entidad gremial. En el caso de las Comunas Los Bajos de Pechiche y Los Bajos de la Palma, se encuentran afiliadas a la Federación Nacional de Comunas.

TABLA 3: REPRESENTANTES COMUNALES DE MONTECRISTI.

CANTON	REPRESENTANTE	COMUNA
Montecristi	Sra. Paula Delgado	Pte. de la Comuna Bajos de Pechiche
	Sr. Milton López	Presidente Comunidad Pile
	Sr. Ángel Delgado	Pte. Comuna Bajos de las Palmas
	Sr. Odulio Delgado	Pte. Comuna Bajos de Afuera
	Sr. Pedro Lucas	Presidente de la Comuna La Pila

*Investigación de Campo, Enero 2010
Fuente: ENTRIX, Marzo 2010*

3.2.1. PROBLEMAS SOCIALES.

Debido al alto índice de desocupación, pobreza, migración, abandono, los comuneros han optado por hacer producir sus tierras y tratar de sobre vivir con lo poco que le dan por la ventas de las mismas y se recalca además que aquí la edad no es un requisito para hacerlo. Esto ha incentivado a muchos de los

habitantes que son representantes de las comunidades a realizar protestas para poder salir adelante y que no ser discriminados, ni explotados.

Los tipos de problemas sociales más comunes son: alcoholismo, drogadicción, pobreza, maltrato infantil, violencia intrafamiliar, trabajo infantil y por otro lado asesinatos, prostitución y delincuencia que son considerados como un síntoma de descomposición social, resultado de problemas de marginalidad y de exclusión social principalmente.

3.3. LA SALUD EN LAS COMUNIDADES DE MONTECRISTI.

Las localidades identificadas tienen el derecho de tener un servicio de salud básico, por lo que el Estado ha construido varios Subcentros de Salud (SCS) y Dispensarios del Seguro Social Campesino (DSSC) en los diferentes sectores de las comunidades de Montecristi, los cuales han sido diseñados para dar cobertura a las poblaciones donde se encuentran y también a las adyacentes

3.3.1. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y PERSONAL.

En la provincia existe un número insuficiente de profesionales de la salud y su distribución en el espacio territorial de la provincia es contradictoria con la realidad y las necesidades de salud de la población, apenas 1,3 médicos por cada mil habitantes, 0,1 odontólogos, 0,04 obstetras, 0,5 enfermeras, y 0,8 auxiliares por cada mil habitantes. (Entrix, 2009).

La cobertura de salud en los centros de atención primaria sigue la tendencia deficitaria, sobre todo en lo que respecta a personal. En el espacio rural, como el área que nos compete, que demanda la mayor presencia de profesionales de la salud, apenas se encuentra el 5,4% de profesionales de la salud (el 6,9% de médicos, el 23,1% de odontólogos, el 2,1% de obstetras, el 4,7% de enfermeras y el 9,6% de auxiliares de enfermería, Entrix, 2009).

El Ministerio de Salud Pública en la provincia de Manabí, dispone de 12 áreas de salud, 74 Subcentros urbanos, 69 subcentros rurales, actualmente divididos en distritos de salud.

El Seguro Social Campesino en la provincia de Manabí, dispone de 124 dispensarios, que beneficia a campesinos y pescadores artesanales, con 578 organizaciones conformadas por 62.900 familias con un total de 237.581 afiliados, en Montecristi existen 5 Dispensarios con más de 10.757 afiliados (Seguro Social Campesino, 2011).

3.3.2. REDES Y ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Además de los hospitales y clínicas ubicadas en las ciudades grandes (Manta y Portoviejo), dentro del área de Manta existen 1 centro de salud, 17 Subcentros de Salud, y 3 dispensarios del Seguro Social Campesino, los cuales brindan atención a la población de las comunas y recintos que se encuentran alrededor.

En los diferentes subcentros, el tipo de consulta es externa y van de la mano con los diferentes programas de salud, como el de inmunización, que a nivel comunitario se realizan mediante el alcance y cobertura de cada una de las poblaciones, incluyendo la inmunización a perros y gatos; en relación con las metas establecidas por cada uno de los SCS, los cuales constan de varios programas que siguen el objetivo de velar por las necesidades de cada una de las comunidades. Para las consultas de mayor complejidad o especialidades los asegurados son transferidos a los hospitales del IESS de Manta y Portoviejo. Dentro de las comunidades también se realizan visitas por parte de brigadas médicas, que realizan atenciones primarias, controles médicos de niños y embarazadas, entre otras. La brigada médica incluye además un odontólogo según el tipo de programa.

En el siguiente cuadro, se define los servicios de salud en el cantón Manta:

TABLA 4: SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE MANTA

PARROQUIA	LOCALIDAD	MSP	SSC
Manta	Manta	C.S Manta	
	Cuba libre	C.S. Cuba libre	
	Horacio H.	S.C.S. Horacio H.	
	15 de Abril	S.C.S. 15 de Abril	
	Santa Clara	S.C.S. Santa Clara	
	Maria Auxiliadora	S.C.S. Maria Auxiliadora	
	20 de Mayo	S.C.S. 20 de Mayo	
	24 de Mayo	S.C.S. 24 de Mayo	
	Las Cumbres	S.C.S. Las Cumbres	
	Altamira	S.C.S. Altamira	
	Divino Niño	S.C.S. Divino Niño	
	Los Esteros	S.C.S. Los Esteros	Dispensario "Los Esteros"
	San Juan	S.C.S. San Juan	
	San Mateo	S.C.S. San Mateo	
	El Aromo	S.C.S. El Aromo	
San Lorenzo	San Lorenzo	S.C.S. San Lorenzo	
	Las Piñas		Dispensario "Las Piñas"
	Ligüique		
	Pacocha		Dispensario "Pacocha"
	Santa Rosa		
San Mateo	San Mateo	S.C.S. San Mateo	
	Sta. Marianita	S.C.S. Sta. Marianita	

*Fuente: Área de Salud No 2 y Regional V del SSC.
Elaborado por: Dra. Carolina López 2011.*

En Montecristi y sus parroquias rurales el Ministerio de Salud Pública cuenta con 1 Centro de Salud, 11 Subcentros de Salud y 5 dispensarios del Seguro Social Campesino, los cuales brindan atención a la población de las comunas y recintos que se encuentran alrededor.

En el siguiente cuadro, se define los servicios de salud en el cantón Montecristi:

TABLA 5: SERVICIOS DE SALUD EN EL CANTÓN MONTECRISTI

PARROQUIA	LOCALIDAD	MSP	SSC
Montecristi	Montecristi	C.S Montecristi	
	Colorado	S.C.S. Colorado	
	El Arroyo	S.C.S. El Arroyo	
	Leonidas Proaño	S.C.S. Leonidas Proaño	
	Nueva Esperanza	S.C.S Nueva Esperanza	
	Cárcel	S.C.S. Cárcel	
	San José	S.C.S. San José	
	Los Bajos	S.C.S. Los Bajos	Dispensario "Bajo del Pechiche"
	Manantiales	S.C.S. Manantiales	
	Rio Caña		Dispensario "Rio Caña 2"
	La Sequita	S.C.S. La Sequita	
	Pile	S.C.S. Pile	
	Las Pampas		Dispensario "Las Pampas"
	Estancia Las Palmas	S.C.S. Estancia Las Palmas	
	La Pila		Dispensario "La Pila"
San Can		Dispensario "San Can"	

*Fuente: Área de Salud No 2 y Regional V Seguro Social Campesino
Elaborado por: Dra. Carolina Lopez 2011.*

3.4. ORGANIZACIÓN ESTRUCTURAL DE LOS DISPENSARIOS DE SALUD DELSSC.

NIVEL DE ATENCIÓN

Los Dispensarios del Seguro Social Campesino son:

I Nivel de atención, Centros de Salud Rural.

3.4.1. SERVICIOS Y PRESTACIONES

Equipos de salud (médicos, odontólogos y auxiliares de enfermería), brindan servicios como:

- La promoción de la salud general de los afiliados.
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades.
- Atención odontológica (examen bucal, profilaxis, exodoncias, fluorizaciones y operación dental).
- Atención de embarazo.
- Protección durante la vejez e incapacidad física.
- Transferencias a los hospitales del seguro a nivel nacional dependiendo de la especialidad requerida por el paciente.
- Desarrollo comunitario dirigidos.

3.4.2. RECURSO HUMANO

Personal de salud que atiende en los dispensarios del SSC:

- 1 Médico con nombramiento o contratado.
- 1 Odontólogo con nombramiento o contratado.
- 1 Auxiliar de enfermería con nombramiento.

El personal con nombramiento ejerce sus funciones permanentemente y es reemplazado por otro cuando hay enucleación o rotación de personal en las comunidades. El personal por contrato se encuentra laborando debido a la emergencia de salud decretada por el gobierno. Si bien la mayoría de comunidades rurales cuentan con botiquín comunitario en dependencia de los Subcentros o establecimientos de salud, ningún poblado tiene una farmacia.

3.4.3. RECURSOS TÉCNICOS

- Consultorio médico.
- Consultorio odontológico
- Admisión y enfermería
- Box de observación

3.4.4. FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN ESTRUCTURAL DE LOS DISPENSARIOS DEL SSC.

Cuando un afiliado al SSC ingresa a un dispensario de salud, es atendido por la Auxiliar de enfermería, quien confirma que este al día con las aportaciones, le pregunta qué es lo que desea y le da la orientación correspondiente, si va a atenderse le da el ticket para el consultorio correspondiente ya sea médico u odontológico, y le busca su carpeta de historia médica. Una vez que el afiliado fue atendido pasa nuevamente al departamento de enfermería para entregar su historia médica y la receta para que le entreguen los medicamentos prescritos, o le realicen alguna curación menor dependiendo del caso.

3.5. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LOS DISPENSARIOS DE SALUD DEL SSC DE MONTECRISTI.

Para la atención primaria en salud de los afiliados al Seguro Social Campesino, existen los Dispensarios del Seguro Social Campesino en las comunidades de La Pila, San Can, Bajos del Pechiche, Rio Caña, Las Pampas.

3.5.1. DISPENSARIO BAJO DEL PECHICHE.

El dispensario “Bajos del Pechiche” del Seguro Social Campesino fue inaugurado en junio de 1974, con una estructura básica.

A finales del 2011 se realizó una reconstrucción, para mejorar la atención de los afiliados, con una ampliación estructural de 80 metros más, se hizo una sala de espera con mayor capacidad, dos consultorios médicos, un consultorio odontológico, todos con sus respectivos baños, un área para cirugía menor, un área de observación, bodega, la farmacia y la vivienda del auxiliar, este dispensario atiende a una población afiliada de cuatro organizaciones campesinas de las comunidades de Bajo de afuera, Bajo de la palma, Bajo del Pechiche y Toalla Grande, con un total de 895 jefes de familia, cuyos beneficiados asciende a 4206 asegurados.

El personal operativo que atiende en esta unidad está conformado por dos médicos generales un odontólogo y tres auxiliares de enfermería.

3.5.2. DISPENSARIO LAS PAMPAS.

El dispensario de Las Pampas, atiende a una población afiliada de una sola organización campesina de su misma comunidad, con un total de 163 jefes de familia, cuyos beneficiados asciende a 639 asegurados.

Este dispensario estructuralmente dispone de una sala de espera, un consultorio médico, un consultorio odontológico, área de observación, bodega,

farmacia y vivienda del auxiliar. Actualmente hay un médico que atiende tres días por semana, un odontólogo cada 6 meses y una auxiliar de enfermería que atiende todo el año.

3.5.3. DISPENSARIO RIO CAÑA 2.

El dispensario de Rio Caña 2, atiende a una población afiliada de dos organizaciones campesinas de las comunas de Rio Caña y Manantiales, con un total de 281 jefes de familia, cuyos beneficiados asciende a 1.202 asegurados.

Este dispensario dispone de una sala de espera, un consultorio médico, un consultorio odontológico, un área de observación, una bodega, la farmacia y la vivienda del auxiliar. Actualmente hay un médico, un odontólogo y una auxiliar de enfermería.

3.5.4. DISPENSARIO SAN CAN.

El dispensario de Sancan, atiende a una población afiliada perteneciente a dos organizaciones campesinas San Can y Santa Rosa de su misma comunidad, con un total de 430 jefes de familia, cuyos beneficiados asciende a 1.837 asegurados. Este dispensario cuenta con una sala de espera, un consultorio médico, un consultorio odontológico, un área de observación, una bodega, la farmacia y la vivienda del auxiliar. Actualmente hay un médico, un odontólogo y una auxiliar de enfermería.

3.5.5. DISPENSARIO LA PILA.

Este dispensario atiende a una población afiliada de una sola organización artesanal de la comunidad la Pila, con un total de 629 jefes de familia, cuyos beneficiados asciende a 2873 asegurados.

Estructuralmente es dispensario cuenta con una amplia sala de espera, dos consultorios médicos, consultorio odontológico, un área para cirugía menor, área de observación, una bodega, farmacia y vivienda del auxiliar. Actualmente hay dos doctores para medicina general, un odontólogo, una obstetra y tres auxiliares de enfermería.

A partir de agosto del 2010 Cuenta con un laboratorio clínico básico gracias al programa socio bosque del ministerio del ambiente, que cubre una gran necesidad de los usuarios, que buscaban el servicio de laboratorio en Manta, Jipijapa o Portoviejo, contando con los servicios de control de glucosa, colesterol, ácido úrico y realizarse pruebas hepáticas, reumáticas de orina y heces.

3.6. SERVICIOS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA.

Una salud oral deficiente provoca enfermedades comunes como: la caries dental y la enfermedad periodontal que originan alteraciones en la salud general del paciente, que van desde edad temprana hasta la adultez.

La cartera de servicios odontológicos que ofrece la Dirección Provincial del SSC, es la siguiente: exodoncias, restauraciones provisionales, restauraciones permanentes de resinas o amalgama, profilaxis, fluorización, sellantes, para la atención de los afiliados.

3.7. ORGANIGRAMA DEL SSC DE MANABÍ.

En Manabí su jurisdicción territorial es la siguiente:

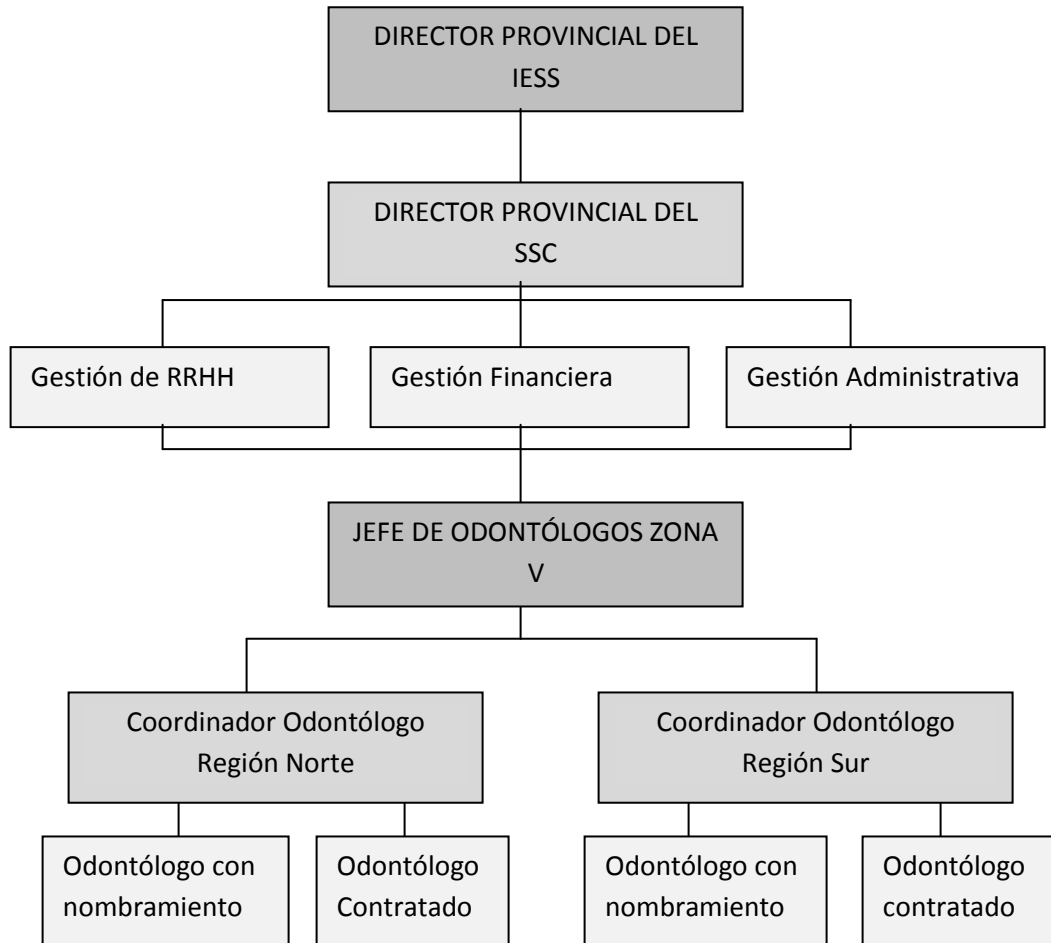
Zona V: Dirección Provincial del Seguro Social Campesino. La línea de mando es horizontal, existen barreras de comunicación que dificultan el traspaso de información entre los coordinadores regionales y el jefe regional, y el personal de salud que labora en las comunidades campesinas.

El Director Administrativo del Seguro Social Campesino es el Director Provincial la Dra. Roció García, Director Regional del IESS de Manabí, el Dr. Jaime Cedeño.

La línea de mando odontológica, el Jefe de Odontólogos de la Regional V, es el Dr. Patricio Cevallos que desempeña funciones de administrativas y de control del área odontológica del SSC de Manabí. A su vez el SSC de Manabí se divide en dos regionales: la Región Norte cuya sede está en la ciudad de Chone en el Hospital del IESS, y la Región Sur cuya sede está en Jipijapa en el Hospital del IESS. El coordinador de Odontólogos de la Región Norte es el Dr. Zambrano, que realiza funciones administrativas y de control de los odontólogos de toda la

región Norte de Manabí. El coordinador de Odontólogos de la Región Sur es el Dr. Villamar, que realiza funciones administrativas y de control de los odontólogos de toda la región Sur de Manabí.

GRÁFICO 4: ORGANIGRAMA ADMINISTRATIVO DEL SSC REGIONAL V. (LÍNEA DE MANDO ODONTOLÓGICO)



*Fuente: SSC Regional V.
Elaborado por: Dra. Carolina López. 2011.*

CAPITULO IV

PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL SEGURO CAMPESINO DEL CANTÓN MONTECRISTI.

4.1. OBJETIVO DEL DIAGNÓSTICO.

- *Analizar la percepción de los servicios de salud en los dispensarios de Montecristi, para su evaluación y justificación de la propuesta.*

4.1.1. ANTECEDENTES.

La percepción de los usuarios de los servicios de salud del SSC desempeña un papel importante en la identificación de los problemas de salud y calidad de los servicios recibidos en las comunidades de Montecristi.

La administración los servicios de salud en el cantón de Montecristi, requieren de un plan participativo, que se inicie con todo un proceso de investigación orientado a la programación local, que permita una correcta administración para organizar y distribuir los talentos humanos en función a los proyectos planificados; optimizando oportunamente los recursos materiales en las unidades operativas, de acuerdo a las características epidemiológicas de la población en las comunidades.

Es importante conocer la alteración en los canales de comunicación entre los servicios de salud y la población en nuestras comunidades, para poder

revertirla y mejorarla, ofreciendo medidas preventivas eficaces y efectivas, con tratamientos oportunos y adecuados, disminuyendo así la prevalencia de la caries dental, promocionando la salud oral para la prevención de enfermedades.

De acuerdo con los resultados estadísticos proporcionados por personal del SSC de los concentrados atención odontológica del año 2011, con información de los usuarios que acuden a atención odontológica, el 100% padece de caries dental y más del 50% padece de algún grado de enfermedad periodontal debido a la mala o escasa higiene bucal, lo que conlleva a mutilaciones dentales de un 38%.

El alto índice de caries dental se observa en todos los grupos de edades, así como el aumento paulatino de pérdida de piezas dentales a través de la vida, como resultado de una falta de cultura de hábitos e higiene oral.

El propósito general es identificar la situación de salud de las comunidades de Montecristi y analizar el impacto de los servicios que brinda el SCS, lo que permitirá conocer las necesidades y tomar acciones correctivas para promover la disminución de acciones mutilantes (extracciones dentales), y aumentar las acciones restaurativas y preventivas, así como la incorporación de un sistema de vigilancia epidemiológica en patologías bucales.

Las personas de las comunidades temen además los desfases en la cobertura de salud al terminar los contratos del personal del SSC, porque muchas veces quedan sin personal de salud por varios meses hasta que este pueda ser remplazado otro.

Es importante conocer además el tiempo que les toma llegar a un centro de salud y su forma de hacerlo. También resulta indispensable conocer el tiempo de espera para ser atendidos.

El tiempo de traslado desde su casa a un establecimiento de salud, a la mayoría de población le toma más de media hora, mientras que a otros le toma entre treinta a sesenta minutos trasladarse al algún tipo de establecimiento de salud; y poblaciones más lejanas o aisladas se demora más de una hora, esto se debe a que no poseen algún centro de salud cercano, o el medio de transporte es poco accesible; entre estas comunidades se encuentran: Ligüiqui, Toalla Grande y La Solita, las personas que requieren salir de su comunidad, unos se trasladan en automotor, mientras que otros llegan caminando, ya sea por la falta de recursos económicos o por falta de medios de transporte en sus comunidades y por lo general necesitan un medio de transporte motorizado para lograrlo.

En cuanto al tiempo de esperar para ser atendidos, una vez que se encuentran en los diferentes establecimientos, se conoce que el promedio es de 1 hora.

Cuando se trata de enfermedades muy graves, la totalidad de las poblaciones se dirigen a hospitales públicos del MSP o del IESS que se encuentran principalmente en la ciudad de Manta.

En relación a la calidad de atención en los Dispensarios del SSC, la mayoría afirma que fluctúa entre regular y buena esto por la insuficiente disponibilidad de personal y de equipos médicos, que por lo general al no contar

con los insumos indicados para su tratamiento, inducen a que el paciente tenga que comprar la totalidad de los medicamentos, ocasionando una molestia, lo que refleja una atención deficiente, además en caso de no poder ser atendidos son transferidos a otros subcentros o establecimientos públicos de salud, esto ocurre principalmente en las comunidades de Bajos de Afuera y Bajos de las Palmas.

En todos los Subcentros de Salud la atención es gratuita. El tiempo promedio que le toma a los moradores de las localidades cercanas en atenderse en un establecimiento de salud cualquier sea su caso y regresar a su hogar, es de 3 horas promedio, y a los más alejados alrededor de 5 horas, esto por la dificultad de traslado y la insuficiencia de transporte público y calidad en la salud.

4.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Ausentismo de pacientes a la consulta odontológica en los dispensarios de Salud del Seguro Social Campesino de Montecristi.

4.2.1. CAUSAS:

Se ha considerado que las causas para este ausentismo de los pacientes son las siguientes:

1. Desinformación:

En general, los pacientes han recibido poca, y en muchas ocasiones inadecuada o casi ninguna información acerca de los procedimientos, preventivos

o curativos que requiere la cavidad bucal para mantener estilos de vida saludables.

2. Amenaza Familiar.

Los familiares amenazan, sobre todo, a niños con la consulta odontológica. Es frecuente oír como madres o padres utilizan la consulta odontológica, como castigo cuando hay conducta indebida por parte de los niños.

3. Experiencias Traumáticas:

Situaciones vividas anteriormente por un paciente que causan rechazo a la asistencia a las consultas, ya sean propias o adquiridas.

4. Mala prestación del servicio.

Trato Inadecuado durante la atención odontológica, por el personal profesional o administrativo del servicio de salud.

4.2.2. HIPÓTESIS.

Ante el problema presentado, con sus posibles causas y consecuencias, se plantean las siguientes interrogantes:

¿Se puede aplicar herramientas gerenciales para disminuir el ausentismo de pacientes a la consulta odontológica en los Dispensarios de Salud del SSC de Montecristi?

¿Están capacitados los odontólogos en temas de gerencia para asumir su responsabilidad en los programas de salud oral?

¿Qué actividades debe asumir el odontólogo en la comunidad para fomentar una cultura oral preventiva en los afiliados?

4.3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

Este trabajo monográfico es de tipo documental en la investigación y exploratorio en su diseño. Fue utilizado el método deductivo, donde el tema objeto de estudio se presenta partiendo de lo general a lo particular y la técnica empleada es el análisis. Para sustentar el problema presentado se complementó la investigación con un sondeo de opinión con el fin de recabar información directa, por medio de entrevistas, al personal del servicio odontológico, a los representantes comunitarios y a los pacientes (afiliados) del Seguro Social Campesino de Montecristi.

Métodos Teóricos:

- 1. Histórico-Lógico:** Para el análisis del objeto de estudio y sus antecedentes históricos.
- 2. Análisis-Síntesis:** Para analizar y sintetizar toda la información relacionada con el tema de investigación y en la determinación de los hechos que sirven de base para fundamentar las necesidades de las comunidades.

Métodos Empíricos:

1. **Observación:** Para diagnosticar la situación actual que se presenta en las comunidades en relación a las propias percepciones de los usuarios.

2. **Encuestas y Entrevistas:** Realizadas para el diagnóstico de la realidad e identificación de las necesidades de cada comunidad.

Se realizarán encuestas dirigidas a los usuarios particularmente a los afiliados del Seguro Social Campesino y entrevistas dirigidas a los Presidentes de las Juntas Parroquiales.

3. **Análisis documental:** Es sumamente importante porque es un proceso que nos va a permitir planificar en base a la información recopilada planificar las nuevas acciones a la propuesta.

4.3.1. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

ENCUESTAS: A QUIENES Y PORQUE

El diseño de la encuesta sirve para obtener información básica de las comunidades en estudio, en especial a los afiliados para determinar el estado de salud bucal, hábitos de higiene e importancia hacia el cuidado oral.

¿A quiénes?	A líderes comunitarios, quienes responden por escrito a preguntas abiertas, utilizando como instrumento el cuestionario. Y a la comunidad afiliada.
¿Por qué?	Con la finalidad de la encuesta es determinar las necesidades básicas materiales de la comunidad que van a influir en la salud general de la población.

ENTREVISTAS: A QUIENES Y PORQUE

¿A quiénes?	Al personal de odontología de los diferentes dispensarios ya que son ellos quienes palpan día a día el estado de salud oral de los afiliados en las distintas comunidades
¿Por qué?	Nos va a permitir levantar el perfil epidemiológico oral, sus necesidades en la prestación de los servicios, condiciones de trabajo, participación en la comunidad y oportunidades de desarrollo profesional.

4.4. FUENTES DE INFORMACIÓN

Con el fin de levantar información primaria, para la realización de la investigación se utilizara la metodología cualitativa a través de entrevistas, se aplicará batería de encuestas y entrevistas semi-estructuradas a dirigentes y usuarios de las comunidades rurales de Montecristi. Además se realizaran recorridos en el área con el fin de obtener información sobre servicios básicos de salud odontológica, infraestructura, equipos, recursos humanos, etc., de los diferentes Dispensarios del SSC. Por otra parte, se utiliza información secundaria del INEC, y de diferentes organismos para hacer una comparación estadísticas de los datos obtenidos.

TABLA 6: INFORMANTES SECUNDARIOS

ENTIDADES DE LAS CUALES SE OBTUVO INFORMACIÓN.	
Seguro Social Campesino	Abg. Gozoso Andrade Varela. Director Provincial del IESS. Dr. Patricio Cevallos – Jefe de Odontólogos del SSC Regional V.
Ministerio de Salud Pública (MSP)	Dr. Carlos Zambrano – Director Área de Salud No. 2
	Dra. Beatriz Delgado - Jefe de Odontólogos Área # 2

*Fuente: Direcciones de salud de Manabí.
Elaborado por: Dra. Carolina López.*

4.5. JURISDICCIONES CONSIDERADAS PARA EL PRESENTE ESTUDIO

Dadas las áreas predeterminadas para el análisis de alternativas, se tomaron como referencias a las jurisdicciones político administrativas del cantón: Montecristi y sus Parroquia.

4.5.1. NECESIDADES DEL SERVICIO DE SALUD:

La percepción será medida bajo dos enfoques:

- A. Enfoque odontológico:** Está dada por la formación que tiene el personal odontológico, y su conocimiento de las necesidades de salud de la comunidad.
- B. Percepción de la población:** La población percibe de otra manera los problemas de salud, y se realizara en base a encuestas, para determinar cuáles son los problemas bucales de salud más importantes.

4.5.2. POBLACIÓN BENEFICIADA

Se considera, para los fines de este Trabajo de Investigación, que la población beneficiada será:

DIRECTA:

Los afiliados del Servicio de Odontología de los Dispensarios de Salud del Seguro Social Campesino de Montecristi

El personal profesional y administrativo del servicio de Odontología de los Dispensarios de Salud del SSC.

INDIRECTA:

Los familiares de los pacientes del Servicio de los Dispensarios de Salud.

Y la comunidad en general por la promoción masiva de campañas de prevención en salud bucal.

4.6. POBLACIÓN Y MUESTRA.

La población para el presente estudio lo constituyen las comunidades rurales del cantón Montecristi. Particularmente está dirigido a los afiliados del SSC de las comunidades de La Pila, San Can, Bajos del Pechihe, Rio Cana, Las Pampas y sus parroquias aledañas.

POBLACIÓN

La población del cantón Montecristi, es de 70.294 habitantes, según los últimos datos reportados por la INEC sobre el sector en el año 2010.

La población total afiliada al seguro social campesino de Montecristi es de:

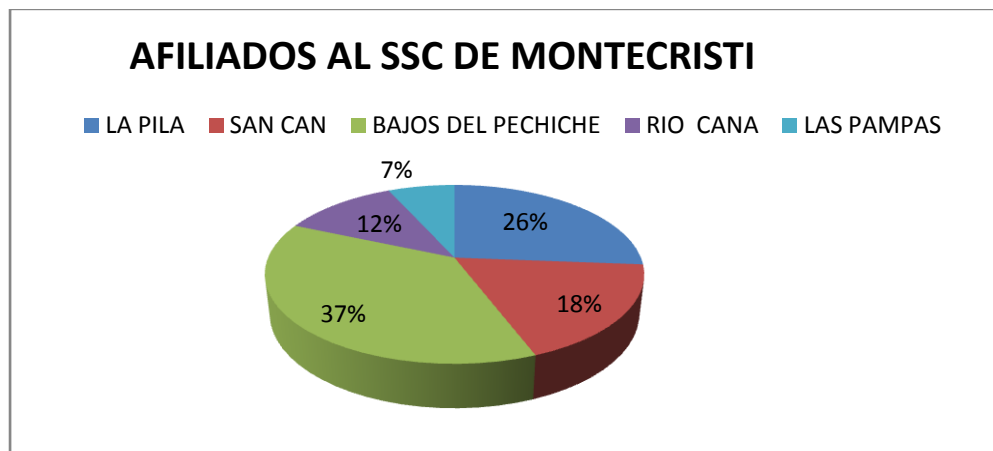
GRÁFICO 5.A: POBLACIÓN AFILIADA AL SSC DE MONTECRISTI.

AFILIADOS AL SSC DE MONTECRISTI		
COMUNA	JEFES DE FAMILIA	TOTAL ASEGURADOS
LA PILA	629	2873
SAN CAN	430	1837
BAJOS DEL PECHICHE	895	4206
RIO CANA	281	1202
LAS PAMPAS	163	639
TOTAL	2398	10757

Fuente: SSC Regional V.

Elaborado por: Dra. Carolina López. 2011.

GRÁFICO 5.B: REPRESENTACIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN AFILIADA AL SSC DE MONTECRISTI.



*Fuente: SSC Regional V.
Elaborado por: Dra. Carolina López.*

En los gráficos se muestra la población afiliada, 10.757 mil personas, que representan a los jefes afiliados y su familia de las comunidades de La Pila 26%, San Can 18%, Bajos del Pechiche 37%, Río Caña 12%, Las Pampas 7%.

MUESTRA.

Una muestra es una porción representativa de una determinada población. Cuando no se puede realizar un censo, se recurre al muestreo, que es la herramienta que se utiliza para determinar qué porción de la realidad se estudiará.

4.6.1. TAMAÑO DE LA MUESTRA.

CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

En este caso, por “tamaño de la muestra” se entiende el número de

afiliados que deben incluirse en la encuesta.

El tamaño adecuado de la muestra para una encuesta relativa a la población está determinado en gran medida por tres factores: 1) proporción estimada de la variable considerada (en este caso, número de afiliados); 2) nivel deseado de confiabilidad; y 3) margen de error aceptable.

El tamaño de la muestra para un diseño de encuesta basado en una muestra aleatoria simple, puede calcularse mediante la siguiente fórmula.

Fórmula:

$$n = \frac{t^2 \times p(1-p)}{m^2}$$

Descripción:

n = tamaño de la muestra requerido

t = nivel de fiabilidad de 95% (valor estándar de 1,96)

p = proporción estimada de los afiliados al SSC en la zona del proyecto

m = margen de error de 5% (valor estándar de 0,05)

Cálculo:

Se ha calculado que cerca del 20% (0,2) representan la proporción de los afiliados de la zona del proyecto. Este dato se basa en el total de jefes afiliados sobre el total de población asegurada al SSC. Utilizando los valores estándar indicados se efectúa el cálculo siguiente:

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.2(1-0.2)}{.05^2}$$

$$n = \frac{3.8416 \times 0.16}{.0025}$$

$$n = \frac{0.6146}{0.0025}$$

$$n = 245.86 \sim 246$$

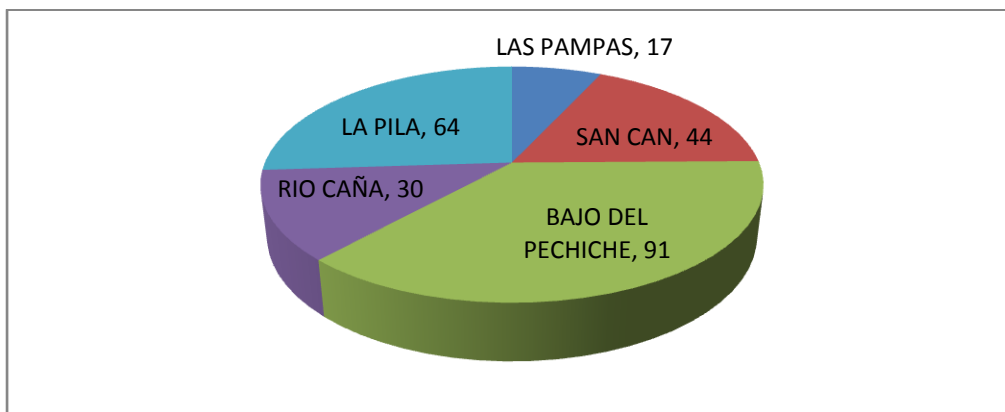
246 encuestados

GRÁFICO 6.A: POBLACIÓN ENCUESTADA AFILIADA AL SSC DE MONTECRISTI.

COMUNAS DE MONTECRISTI	TOTAL DE ENCUESTAS
LAS PAMPAS	17
SAN CAN	44
BAJO DEL PECHICHE	91
RIO CAÑA	30
LA PILA	64
TOTAL	246

Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López.

GRÁFICO 6.B: REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA AFILIADA AL SSC DE MONTECRISTI.



Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López.

4.7. ANÁLISIS DE RESULTADOS ENTREVISTAS / ENCUESTAS.

Una vez que se han realizado las entrevistas y encuestas de campo se procede a analizar cada una de las preguntas para tabular.

El diseño de la entrevista estuvo dirigido a obtener información básica de las comunidades en estudio, realizadas a los líderes comunitarios a quienes se les realizó una pregunta general abierta.

4.7.1. RESULTADO DE LAS ENTREVISTAS A LOS REPRESENTANTES COMUNITARIOS.

1. ¿Cuáles son las principales necesidades de su comunidad?

Las necesidades en las comunas en general abarca tres áreas de los servicios públicos que son: Agua, salud y educación, como la Implementación

del Sistema de Agua Potable, la construcción de unidades educativas, construcción de casa comunal y remodelaciones, mejoras en las vías de acceso comunal, la remodelación y adecuación del Sub-Centro de Salud e implementación de un Centro Materno y la reparación de la Iglesia. Y exponen su queja por la escasa obra municipal en su comuna.

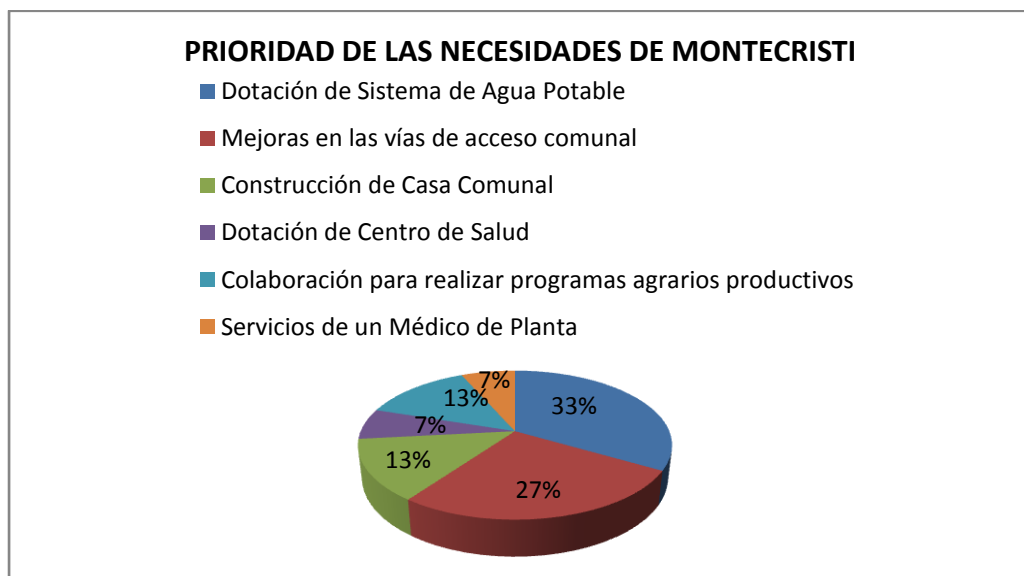
GRÁFICO 7.A: PRIORIDAD DE NECESIDADES DE LAS COMUNIDADES DE MONTECRISTI

NECESIDADES REINCIDENTES	FRECUENCIA	% DE INCIDENCIA
Dotación de Sistema de Agua Potable	5	100
Mejoras en las vías de acceso comunal	4	80
Construcción de Casa Comunal	2	40
Dotación de Centro de Salud	1	20
Colaboración para realizar programas agrarios productivos	2	40
Servicios de un Médico de Planta	1	20

Fuente: Estudio de campo.

Elaborado por: Dra. Carolina López.

GRÁFICO 7.B: REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LAS NECESIDADES DEL AS COMUNIDADES



*Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López.*

La representación básica de la encuesta indica que para los representantes comunitarios las obras públicas es una de las principales necesidades representando un 70%, mientras que la importancia de la salud representa apenas un 14%.

4.7.2. RESULTADO DE LAS ENTREVISTAS AL PERSONAL ODONTOLÓGICO.

APRECIACIONES SOBRE SU CENTRO DE LABORES

Una vez realizadas las entrevistas al personal odontológico de los dispensarios del SSC de Montecristi, se procede a calificar cada una de las preguntas usando una escala de puntuación del 1 al 5, de acuerdo con la siguiente tabla:

TABLA 7: CÓDIGOS PARA ENTREVISTA

Código	Estoy :
5	TOTALMENTE DE ACUERDO
4	MAYORMENTE DE ACUERDO
3	INDIFERENTE
2	POCAS VECES DE ACUERDO
1	TOTALMENTE EN DESACUERDO

*Fuente: AMOROS, Comportamiento Humano en las Organizaciones del norte del Perú.
Elaborado por: Dra. Carolina López*

1. ¿Qué apreciación tiene usted de su centro laboral?

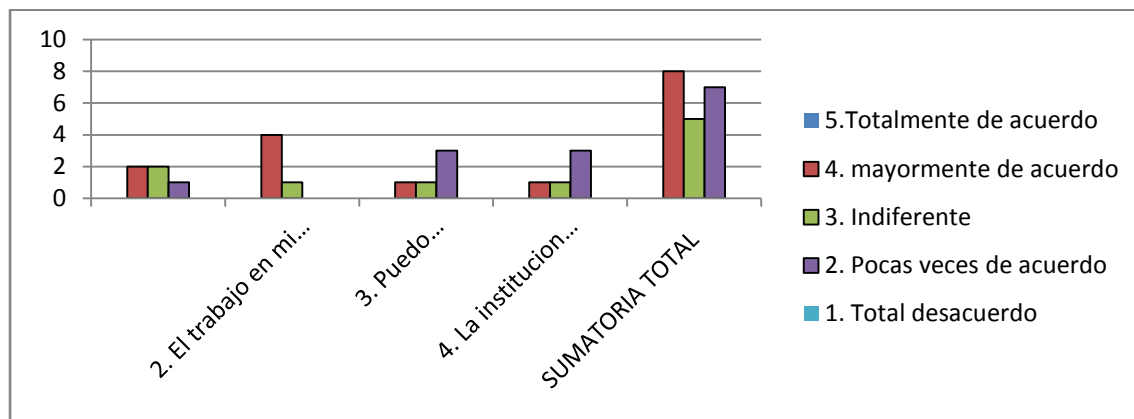
A. TRABAJO ACTUAL

GRÁFICO 8.A: APRECIACIÓN DEL CENTRO LABORAL.

PREGUNTAS:	5.Totalmente de acuerdo	4. mayormente de acuerdo	3. Indiferente	2. Pocas veces de acuerdo	1. Total desacuerdo
1. Tengo claras las responsabilidades y objetivos de mi puesto de trabajo.		2	2	1	
2. El trabajo en mi servicio está bien organizado.		4	1		
3. Puedo desarrollar mis habilidades en las unidades de trabajo.		1	1	3	
4. La institución proporciona información sobre mi desempeño laboral y de los logros obtenidos en los dispensarios.		1	1	3	
SUMATORIA TOTAL		8	5	7	

Fuente: www.ronaldalcides.blogspot.com.
Elaborado por: Dra. Carolina López.

GRÁFICO 8.B: REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LAS APRECIACIONES DEL CENTRO LABORAL



Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López

ANÁLISIS:

En lo que respecta a la apreciación sobre el lugar de trabajo demuestra que el personal odontológico que opera en las distintas unidades del SSC está casi en su totalidad de acuerdo con las responsabilidades y exigencias del trabajo. Sin embargo se dan quejas y restricciones para su desarrollo

profesional ya que no hay facilidades de permiso para actualizaciones profesionales y muchas veces son indiferentes a sus pedidos. Generalmente no dan información acerca del desempeño y resultados alcanzados por la institución. Es decir, que el objetivo general de la institución estaría vagamente compartido, o poco claro en su caso.

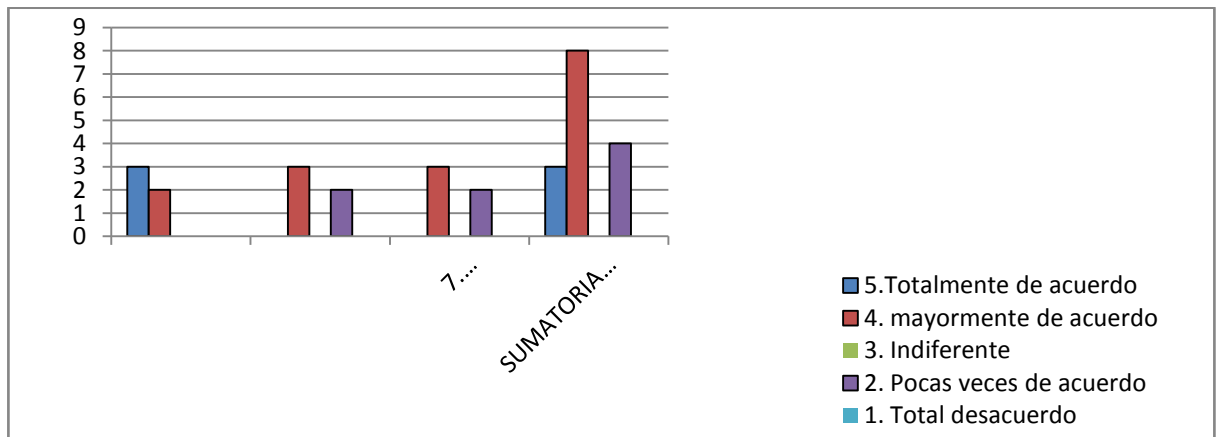
B. TRABAJO EN GENERAL

GRÁFICO 9.A: APRECIACIÓN DEL CENTRO LABORAL EN GENERAL.

PREGUNTAS:	5.Totalmente de acuerdo	4. mayormente de acuerdo	3. Indiferente	2. Pocas veces de acuerdo	1. Total desacuerdo
5. Puedo adaptarme fácilmente al ambiente de trabajo en las unidades.	3	2			
6. La institución proporciona los recursos necesarios e instrumentos para realizar mi trabajo.		3		2	
7. Habitualmente me siento satisfecho con mi centro laboral.		3		2	
SUMATORIA TOTAL	3	8		4	

Fuente: www.ronaldalcides.blogspot.com.
Elaborado por: Dra. Carolina López

GRÁFICO 9.B: REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA APRECIACIÓN DEL CENTRO LABORAL EN GENERAL.



Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López

ANÁLISIS:

En términos generales el personal odontológico se siente satisfecho con el medio laboral, esta mayormente de acuerdo con las condiciones de trabajo ya que la mayoría de las unidades han sido remodeladas para brindar un mejor servicio, aunque existen problemas de demora en la entrega de insumos e instrumental odontológico.

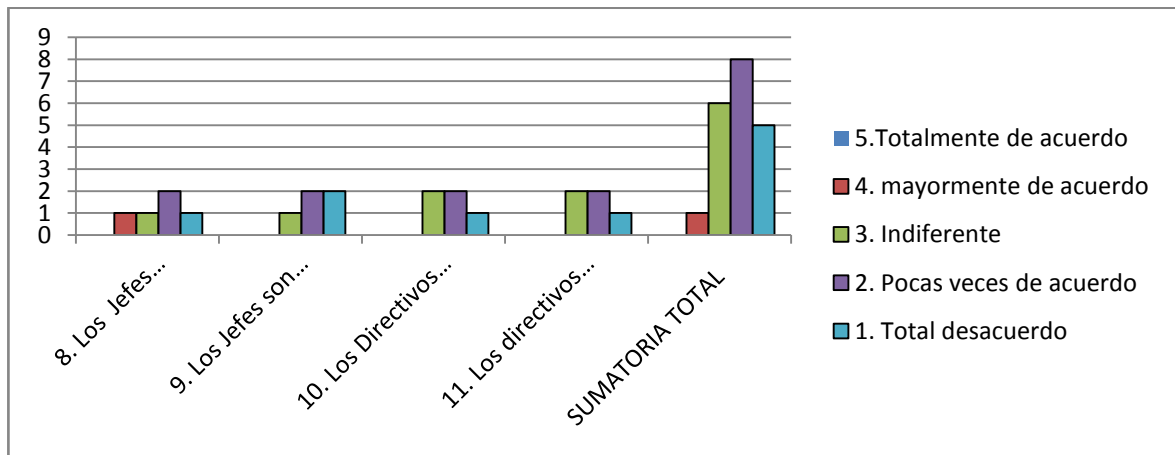
C. INTERACCIÓN CON EL JEFE INMEDIATO

GRÁFICO 10.A: INTERACCIÓN CON EL JEFE INMEDIATO

PREGUNTAS:	5.Totalmente de acuerdo	4. mayormente de acuerdo	3. Indiferente	2. Pocas veces de acuerdo	1. Total desacuerdo
8. Los Jefes generalmente reconocen un trabajo bien hecho		1	1	2	1
9. Los Jefes son creativos a la hora de solucionar problemas y buscan constantemente la innovación.			1	2	2
10. Los Directivos muestran dominio de sus funciones.			2	2	1
11. Los directivos informan a los trabajadores sobre los proyectos y avances de la institución.			2	2	1
SUMATORIA TOTAL		1	6	8	5

Fuente: www.ronaldalcides.blogspot.com.
Elaborado por: Dra. Carolina López

GRÁFICO 10.B: REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA INTERACCIÓN CON EL JEFE INMEDIATO



Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López

ANÁLISIS:

Los Directivos generalmente exigen más cantidad que calidad de servicios, por lo que existe un alto porcentaje de desacuerdos con el personal operativo en las distintas unidades, son muy rígidos a la hora de tomar decisiones y pocas veces informan a los trabajadores sobre cambios y rumbo de la institución.

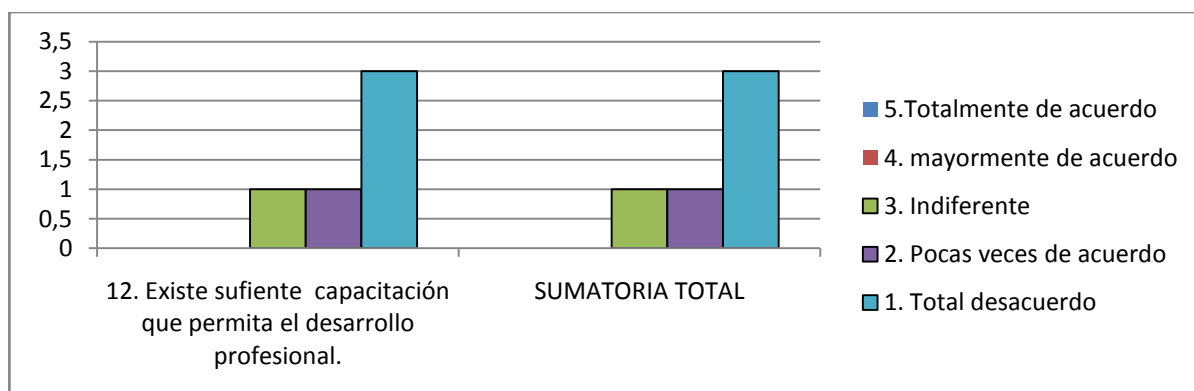
D. OPORTUNIDADES DE PROGRESO

GRÁFICO NO 11.A: OPORTUNIDADES DE PROGRESO

PREGUNTAS:	5.Totalmente de acuerdo	4. mayormente de acuerdo	3. Indiferente	2. Pocas veces de acuerdo	1. Total desacuerdo
12. Existe suficiente capacitación que permita el desarrollo profesional.			1	1	3
SUMATORIA TOTAL			1	1	3

Fuente: www.slideshare.net/proyctomonografias/
Elaborado por: Dra. Carolina López

GRÁFICO NO 11.B: REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE OPORTUNIDADES DE PROGRESO



Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López

ANÁLISIS:

En el grafico se puede ver un alto porcentaje de desacuerdos ya que los directivos no prestan suficiente capacitación al personal de trabajo odontológico y dan pocas oportunidades para que ellos puedan hacerlo particularmente, limitando el desarrollo del talento humano.

E. REMUNERACIONES E INCENTIVOS

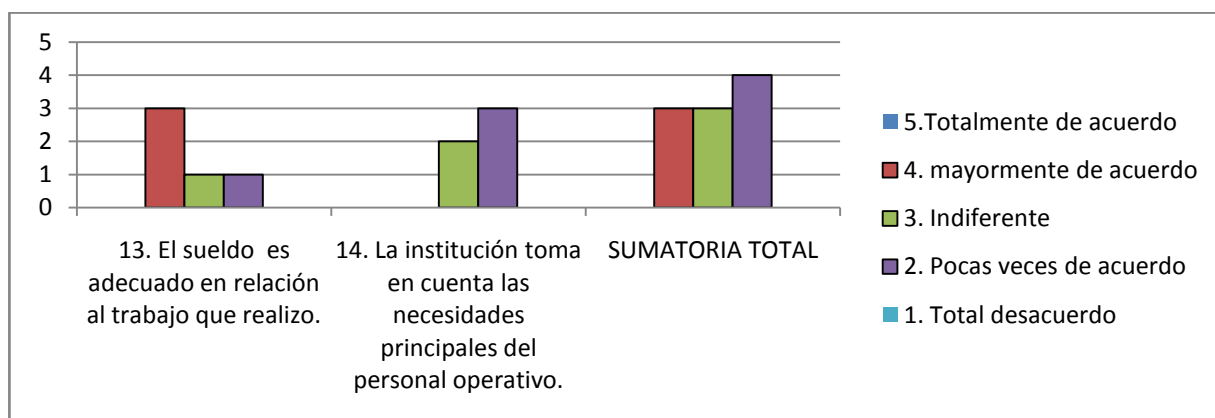
GRÁFICO 12.A: REMUNERACIONES E INCENTIVOS.

PREGUNTAS:	5.Totalmente de acuerdo	4. mayormente de acuerdo	3. Indiferente	2. Pocas veces de acuerdo	1. Total desacuerdo
13. El sueldo es adecuado en relación al trabajo que realizo.		3	1	1	
14. La institución toma en cuenta las necesidades principales del personal operativo.			2	3	
SUMATORIA TOTAL		3	3	4	

Fuente: www.ronaldalcides.blogspot.com.

Elaborado por: Dra. Carolina López

GRÁFICO 12.B: REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE REMUNERACIONES E INCENTIVOS.



Fuente: Estudio de campo.

Elaborado por: Dra. Carolina López

ANÁLISIS:

El análisis de estas dos preguntas se relacionan claramente en lo que se denomina crecimiento personal profesional versus la remuneración, los resultados dejan ver como el personal esta desmotivado en el sentido de su vida laboral, el “pocas veces de acuerdo” representa un 90% en el ejercicio de sus actividades como recurso humano de la institución, sin embargo el resultado del 80% de estar “mayormente de acuerdo” en su remuneración nos indica que a pesar del ambiente laboral, de las exigencias y de las distintas trabas que pueda tener el profesional odontológico decide conservar su puesto de trabajo, de aquí la necesidad de equilibrar estas dos variables para obtener un ganar-ganar de la institución, que se refleje en la calidad de atención ofrecida a sus afiliados.

F. INTERRELACIÓN CON LOS COMPAÑEROS DE TRABAJO

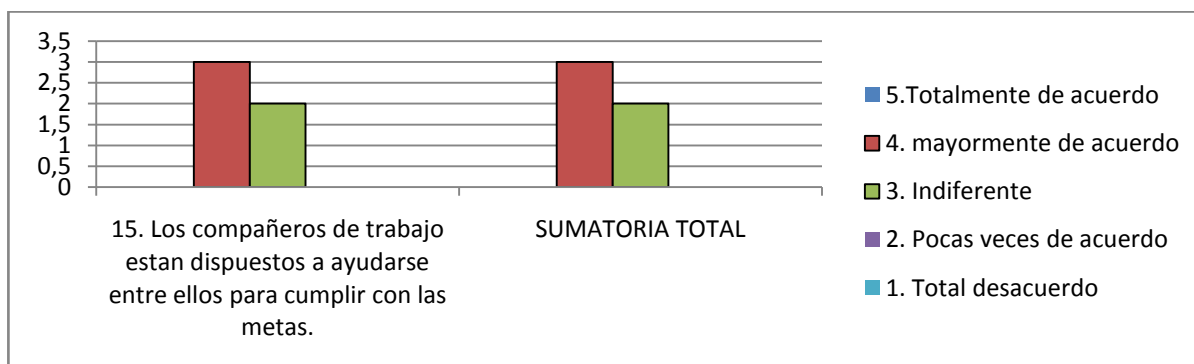
GRÁFICO 13.A: INTERRELACIÓN CON LOS COMPAÑEROS DE TRABAJO

PREGUNTAS:	5.Totalmente de acuerdo	4. mayormente de acuerdo	3. Indiferente	2. Pocas veces de acuerdo	1. Total desacuerdo
15. Los compañeros de trabajo están dispuestos a ayudarse entre ellos para cumplir con las metas.		3	2		
SUMATORIA TOTAL		3	2		

Fuente: www.eumed.net

Elaborado por: Dra. Carolina López

GRÁFICO 13.B: REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA INTERRELACIÓN CON LOS COMPAÑEROS DE TRABAJO



Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López

ANÁLISIS:

El equipo de trabajo de las unidades generalmente están de acuerdo y dispuestos a ayudarse para cumplir con las metas de la institución. Aunque hace falta trabajar como equipo en los Dispensarios para que desarrollen una salud integral en las comunidades y no dividirse por áreas las metas que exige la institución, metas compartidas para el logro del objetivo general de la institución.

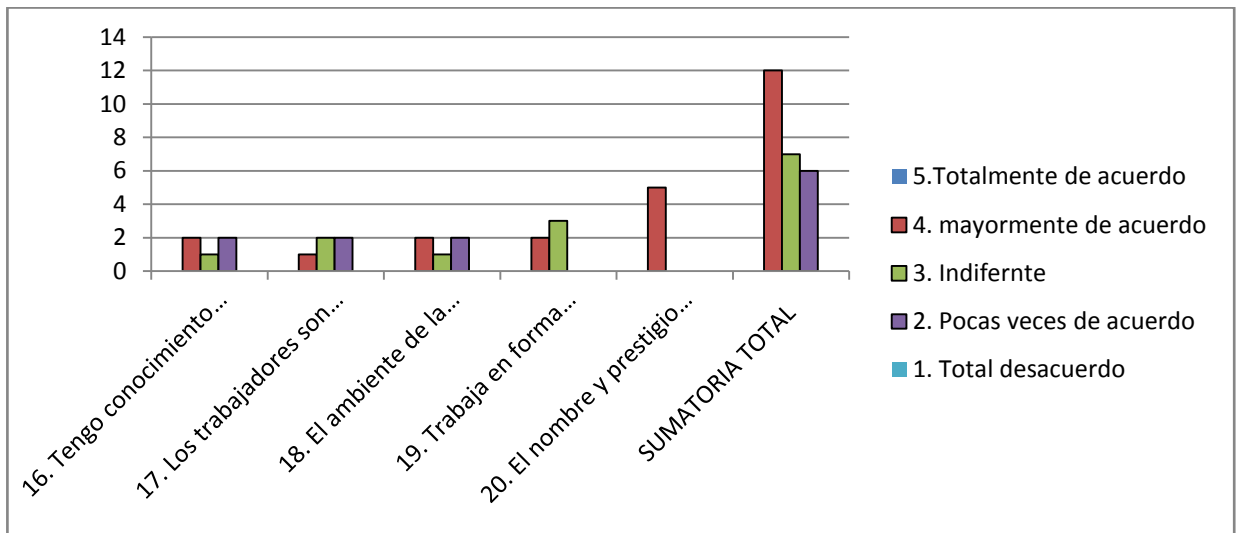
G. AMBIENTE DE TRABAJO

GRÁFICO 14.A: AMBIENTE DE TRABAJO DE TRABAJO

PREGUNTAS	5.Totalmente de acuerdo	4. mayormente de acuerdo	3. Indiferente	2. Pocas veces de acuerdo	1. Total desacuerdo
16. Tengo conocimiento claro de las normas Institucionales.		2	1	2	
17. El trato a los trabajadores es bueno, independientemente del cargo que ocupan.		1	2	2	
18. El ambiente institucional permite la libre expresión de ideas, sin represalias.		2	1	2	
19. Trabaja en forma conjunta y planificada con todo el personal para el cumplimiento de las metas.		2	3		
20. El nombre y prestigio del SSC es gratificante para mí.		5			
SUMATORIA TOTAL		12	7	6	

Fuente: www.eumed.net
Elaborado por: Dra. Carolina López

GRÁFICO 14.B: REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL AMBIENTE DE TRABAJO



Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López

ANÁLISIS:

- A la respuesta *“Tengo conocimiento claro de las políticas y normas de la Institución”*, se aprecia que solo un 40% del personal entrevistado responde tener pleno conocimiento, un 20% del personal entrevistado responde no tener mayor interés y acepta tener poco conocimiento de las mismas, y por ultimo un 40% restante parece demostrar su poco o casi nada de conocimientos de las políticas y normas del SSC. De manera general el personal tiene en claro sus funciones cotidianas dentro de los Centros de Salud del SSC, más no así dentro de la institución.
- La pregunta, *“como son tratados los trabajadores”*, el personal entrevistado responde en un 20% que son tratados todo en forma igual sin importar su cargo o funciones, un 40% responde que son tratados muchas veces en forma

distinta, y un 40% hace eco de ser tratados en forma desigual. Lo que se debe tener muy presente es trabajar en forma conjunta y planificada con todo el personal para el cumplimiento de las metas y el prestigio de la institución, sin importar su cargo o funciones, la motivación debe ser general sin privilegios de ningún tipo.

- *El ambiente de la institución permite expresar opiniones sin temor a represalias*, un 40% responde que si se les permite expresar libremente sus opiniones, otro 20% responde que expresan sus quejas y opiniones muchas veces con temor a represalias, y otro 40% responde que prefieren no hacer reclamos ni sugerencias pues lo que les interesa es trabajar y cobrar sus sueldos sin tener problemas que terminen en un despido.
- *Trabaja en forma conjunta y planificada con todo el personal para el cumplimiento de las metas*, un 40% responde que si, y un 60 % responde que el trabajo esta medianamente compartido que se debe dejar en claro que son un equipo.
- *El nombre y prestigio del SSC es gratificante para mí*, el 100% del personal entrevistado tiene muy en claro que para ellos es muy satisfactorio formar parte de esta Institución, sin embargo solo piden que se les haga saber a través de charlas y seminarios los objetivos, metas y fines que persigue el SSC en forma anual.

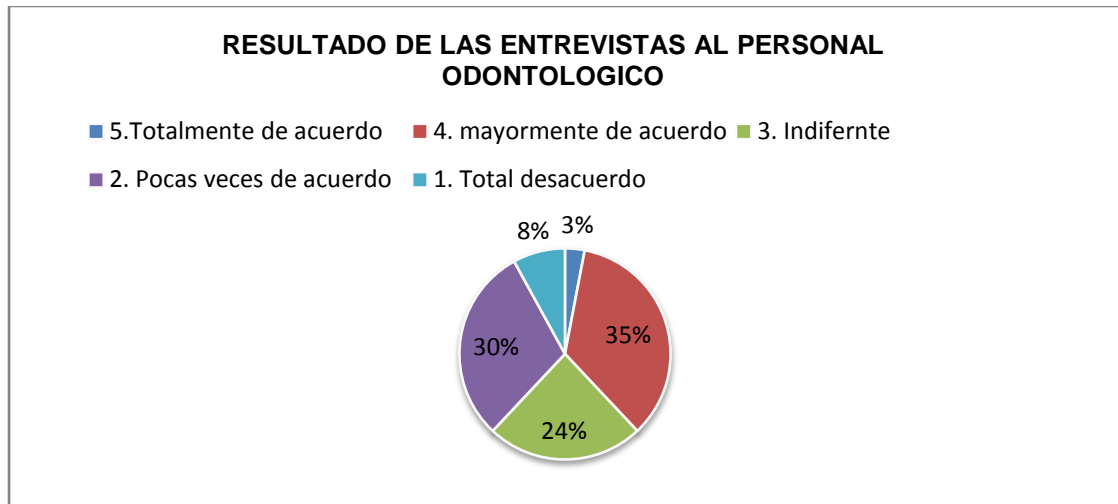
RESULTADO DE LAS ENTREVISTAS AL PERSONAL ODONTOLÓGICO.

GRAFICO 15.A: RESULTADO DE LAS ENTREVISTAS AL PERSONAL ODONTOLÓGICO.

ASPECTOS MEDIDOS	5.Totalmente de acuerdo	4. mayormente de acuerdo	3. Indiferente	2. Pocas veces de acuerdo	1. Total desacuerdo
Trabajo actual		8	5	7	
Trabajo en General	3	8		4	
Interacción con jefe inmediato		1	6	8	5
Oportunidades de progreso			1	1	3
Remuneraciones e incentivos		3	3	4	
Interrelación con sus compañeros de trabajo		3	2		
Ambiente de Trabajo		12	7	6	
SUMATORIA TOTAL	3	35	24	30	8

Fuente: www.slideshare.net/proyctomonografias/
Elaborado por: Dra. Carolina López

GRAFICO 15.B: REPRESENTACION GRAFICA DEL CONCENTRADO DE LAS ENTREVISTAS AL PERSONAL ODONTOLÓGICO.



Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López

ANÁLISIS GENERAL:

Del universo global de entrevistados se concluye que un 8% estaría totalmente de acuerdo en todos los aspectos tanto laboral, profesional, que tiene pleno conocimiento de metas, objetivos, y fines de la institución.

Un 35% esta medianamente de acuerdo con su vida profesional, con sus remuneraciones, con la institución en general, pero muestra desacuerdos en cuanto a las expectativas de capacitaciones, de liderazgo y deja clara la falta de manuales de procedimientos que dejen en forma clara las funciones y actividades de todo el personal y de su injerencias en el cumplimiento de metas y objetivos del SSC.

Un 24% de los entrevistados como ya analizamos anteriormente se limita solo a trabajar y cumplir el mes de actividades por recompensa de su sueldo, dice no dar problemas pero tampoco aporta a la solución de problemas.

El 30 % siguiente no está de acuerdo en muchos aspectos como el progreso profesional es decir aspirar a un ascenso lo ven casi imposible, la interacción con los jefes superiores dicen ser muchas veces complicadas, no están muy felices con el ambiente de trabajo, sin embargo ven una opción de trabajo que deben conservar.

Un 8% restante se queja de la prepotencia de muchos directivos o jefes, reclaman por un ambiente laboral justo y digno y sobre todo exigen que se deba dar mayor capacitación y oportunidad de hacer cursos, seminarios o maestrías.

4.7.3. RESULTADO DE LAS ENCUESTAS A LOS USUARIOS DEL SSC DE MONTECRISTI.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN.

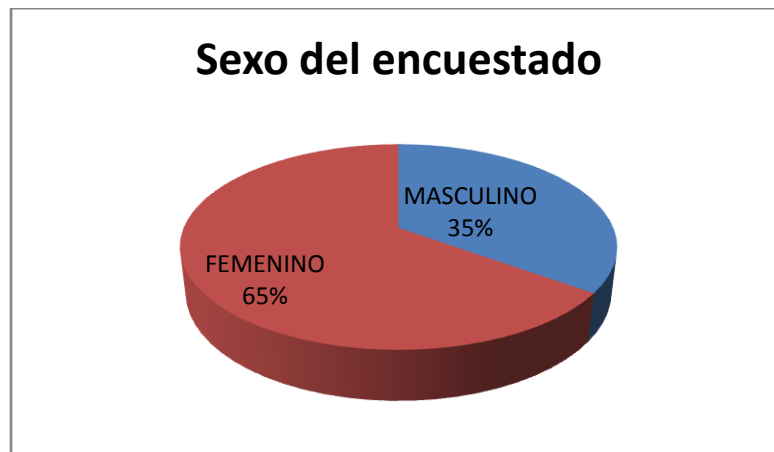
1. SEXO DEL ENCUESTADO.

GRÁFICO 16.A: SEXO DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	87	35%
FEMENINO	159	65%
TOTAL	246	100%

Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López.

GRÁFICO 16.B: REPRESENTACIÓN GRAFICA DEL SEXO DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA.



Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López.

ANÁLISIS:

La presente encuesta está considerada en un universo poblacional de 246 personas que es lo que arrojó el cálculo de la muestra para este estudio, se aprecia claramente que el sexo femenino predomina en un 65% sobre el sexo masculino ya que siempre la mujer es la que está más presta a responder una

encuesta y es la que conoce el hogar, no menos incluyente el actuar del sexo masculino cuyos entrevistados respondieron a las interrogantes demostrando su interés pero así mismo exponiendo sus necesidades como pobladores y su sentir en cuanto a la calidad de salud.

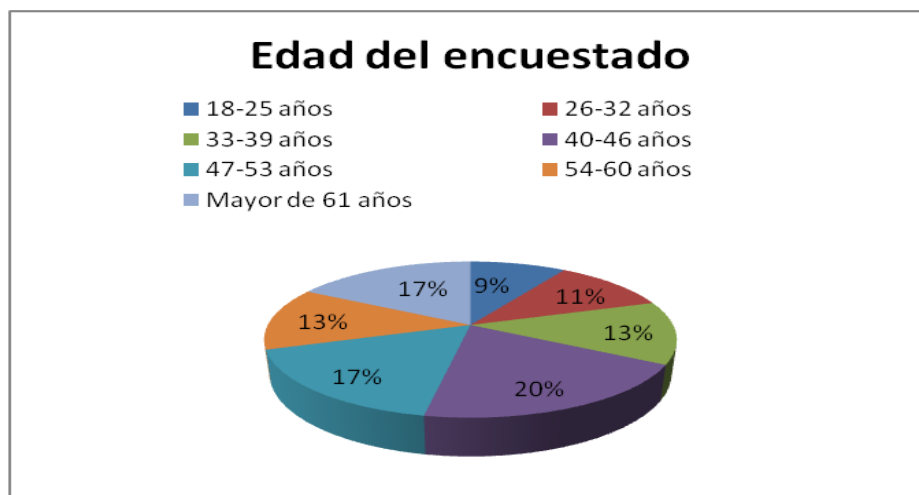
2. EDAD DEL ENCUESTADO.

GRÁFICO 17.A: EDAD DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-25 años	21	9%
26-32 años	28	11%
33-39 años	33	13%
40-46 años	49	20%
47-53 años	42	17%
54-60 años	31	13%
Mayor de 61 años	42	17%
TOTAL	246	100%

*Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López.*

GRÁFICO 17.B: REPRESENTACIÓN GRAFICA DE LA EDAD DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA.



*Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López.*

ANÁLISIS:

Se observa que el rango de edades predominante de los encuestados oscila entre los 40 a 46 años lo cual representa el 20% del total encuestado, en los rangos siguientes entre los 47 a 61 años se concentra un total del 37%, el otro 23% representa a la población en rangos de edades de 18 a los 39 años. Esta segmentación sirve para determinar a qué edades empiezan las pérdidas dentales, la cultura de limpieza bucal, los hábitos, etc.

ENCUESTA DIRIGIDA A USUARIOS DE LOS CENTROS MÉDICOS DEL SSC EN EL CANTÓN MONTECRISTI.

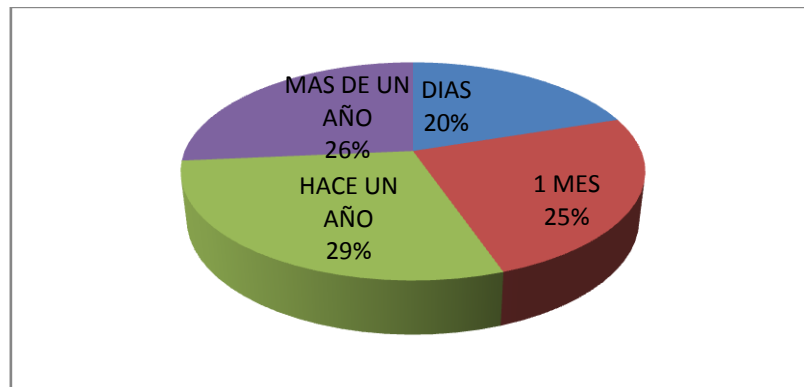
1. ¿Cuándo fue al dentista por última vez?

GRÁFICO 18.A: CONSULTAS ODONTOLÓGICAS DE LOS AFILIADOS ENCUESTADOS.

COMUNAS DE MONTECRISTI	TOTAL DE ENCUESTAS	DIAS	1 MES	HACE UN AÑO	MAS DE UN AÑO
LAS PAMPAS	17	3	4	4	6
SAN CAN	44	7	12	14	11
BAJO DEL PECHICHE	91	18	24	27	22
RIO CAÑA	30	4	7	8	11
LA PILA	64	17	14	18	15
TOTAL	246	49	61	71	65

Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López.

GRÁFICO 18.B: REPRESENTACIÓN GRAFICA DE CONSULTAS ODONTOLÓGICAS DE LOS AFILIADOS ENCUESTADOS.



*Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López.*

PREGUNTA 1: Del radio de estudio considerado de 5 comunidades, de las 246 encuestas realizadas a la población, se dieron los siguientes resultados; el 26% de la población afiliada acude a los centros de salud por consulta odontológica en el lapso de un año o más, el 29% lo hace en un transcurso menor a un año, un 25% de los encuestados ha asistido durante el último mes de realizada esta encuesta, y un 20% ha acudido durante las últimas 3 semanas.

ANÁLISIS:

Se observa que del total de las personas encuestadas el 55% de los mismos dicen haber asistido a consulta odontológica en los últimos dos años, y un 45% lo ha hecho en un lapso menor al año, sin embargo hay que considerar cuales son los factores que influyen en esta toma de decisión entre acudir o no acudir al odontólogo, cuáles serían esas variables cualitativas o cuantitativas que determinen los objetivos específicos de la propuesta para el lograr un programa

de salud factible, por lo tanto se tiene especial atención al desarrollo de la encuesta y de sus resultados en forma relativa no aislada.

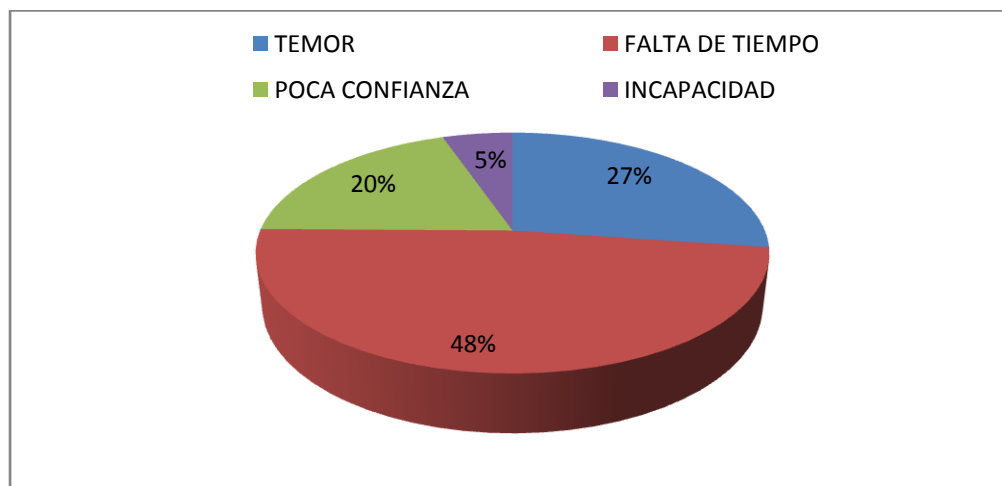
2. ¿A qué se debe su falta de asistencia a la consulta dental?

GRÁFICO 19.A: AUSENTISMO A LA CONSULTA DENTAL DE LOS AFILIADOS ENCUESTADOS.

COMUNAS DE MONTECRISTI	TOTAL DE ENCUESTAS	TEMOR	FALTA DE TIEMPO	POCA CONFIANZA	INCAPACIDAD
LAS PAMPAS	17	5	8	3	1
SAN CAN	44	13	21	7	3
BAJO DEL PECHICHE	91	22	49	15	5
RIO CAÑA	30	11	14	4	1
LA PILA	64	16	26	19	3
TOTAL	246	67	118	48	13

Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López.

GRÁFICO 19.B: REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL AUSENTISMO A LA CONSULTA DENTAL EN LOS AFILIADOS ENCUESTADOS.



Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López.

PREGUNTA 2:

Situación similar a la anterior y para todo el resto de la encuesta de un radio de acción de estudio de 5 comunidades, de un total de 246 personas encuestadas, se observan los siguientes resultados; un 27% de los encuestados no acuden a consulta odontológica por temor o traumas a una cita con el odontólogo, el 48% no lo hace justificando su falta de tiempo, un 20% de los encuestados no asiste porque no están motivados a hacerlo y a eso se suma la desconfianza que ellos dicen tener de los servicios de salud.

ANÁLISIS:

Considerando que el rango de edades de los entrevistados oscila entre los 20 a 60 años, y que los jefes de familia trabajan en horarios similares a los que ofrece el servicio de salud del SSC, se refleja en el alto porcentaje obtenido del 48%, lo que nos hace reflexionar en como motivar al jefe de familia afiliado al seguro social campesino, que acuda en horarios de servicios o determinar un horario especial de fin de semana, ya que es casi la mitad de la población afiliada que según estas respuesta no está asistiendo por falta de tiempo, no así el 55% de los encuestados en la pregunta No.1 asisten al menos una vez al año que serían los familiares de los jefes de familia.

El 42% restante que no asiste por temor, desconfianza o desinterés es a los que habría que abarcar e involucrar en el programa de salud motivarlos a

que la salud bucodental es de vital importancia y que puede mejorar la calidad de vida, como evitar y prevenir enfermedades.

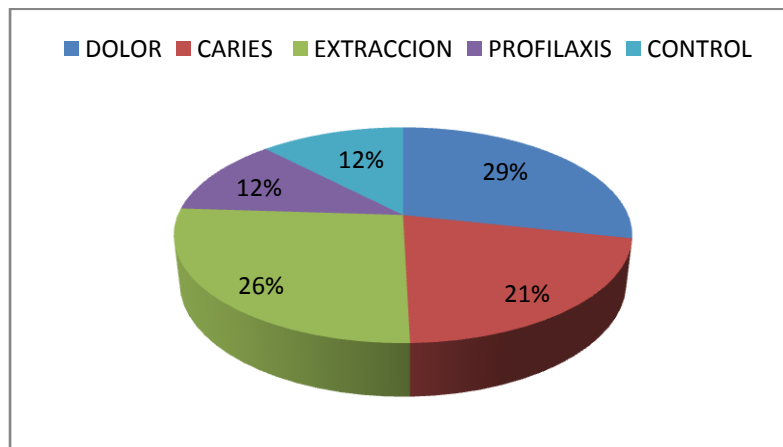
3. ¿Cuándo acude a consulta dental?

GRÁFICO 20.A: MOTIVOS DE CONSULTA DENTAL DE LOS AFILIADOS ENCUESTADOS.

COMUNAS DE MONTECRISTI	TOTAL DE ENCUESTAS	DOLOR	CARIES	EXTRACCION	PROFILAXIS	CONTROL
LAS PAMPAS	17	6	2	5	2	2
SAN CAN	44	11	9	13	5	6
BAJO DEL PECHICHE	91	23	19	27	10	12
RIO CAÑA	30	12	5	7	3	3
LA PILA	64	18	17	13	9	7
TOTAL	246	70	52	65	29	30

Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López.

GRÁFICO 20.B: REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS MOTIVOS DE CONSULTA DENTAL DE LOS AFILIADOS ENCUESTADOS.



Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López.

PREGUNTA 3: El 29% de las 246 personas encuestadas respondió que acude a cita dental por presentar traumatismo o dolor en sus piezas dentales, el 21% acude a consulta por revisión de caries, un 26% lo hace para extracción de pieza o piezas dentales, un 12% para efectuarse profilaxis, y un 12% restante acude por cultura de control o prevención.

ANÁLISIS:

Se define claramente como el 76% de los usuarios encuestados del SSC están acudiendo a consulta odontológica por presentar traumatismo, sea este producto de caries, que están para ser extraídas o para curación, es decir que acuden obligados por el dolor mas no por prevención o control, cifra verdaderamente alarmante, por lo que se debe reforzar más aún la promoción del servicio odontológico como se lo plantea más adelante en la propuesta.

El 24% por ciento restante sería nuestro nicho que ya tiene conciencia de salud bucal, o que está contando con tiempo para asistir a la consulta odontológica por lo que se constituyen en un aliado importante como promotores comunitarios de salud.

Como variable tenemos al usuario, que define su asistencia al centro médico por consulta odontológico por tema de necesidad originada por un dolor, no por cultura de salud buco dental.

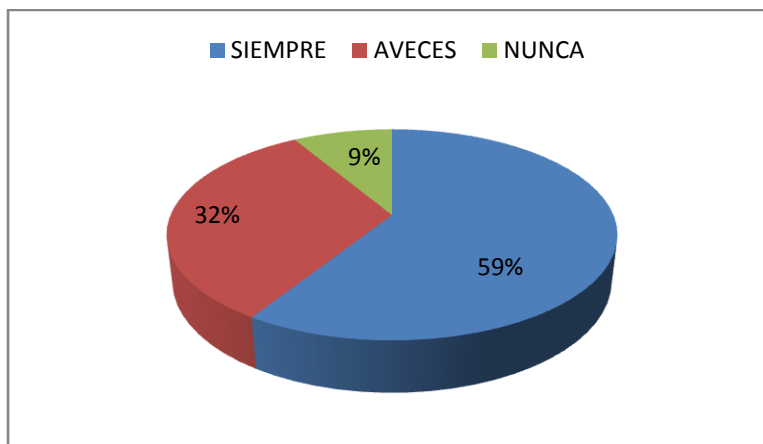
4. ¿Cuándo acudes a consulta solucionas el odontólogo tu problema?

GRÁFICO 21.A: SOLUCIÓN DE PROBLEMAS DENTALES DE LOS AFILIADOS ENCUESTADOS.

COMUNAS DE MONTECRISTI	TOTAL DE ENCUESTAS	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
LAS PAMPAS	17	10	5	2
SAN CAN	44	23	17	4
BAJO DEL PECHICHE	91	52	33	6
RIO CAÑA	30	14	12	4
LA PILA	64	46	13	5
TOTAL	246	145	80	21

Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López.

GRÁFICO 21.B: REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS DENTALES DE LOS AFILIADOS ENCUESTADOS.



Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López.

PREGUNTA 4:

En esta pregunta se observan los siguientes resultados el 59% de 246 personas encuestadas en un radio de acción de 5 comunidades están satisfechos con el servicio odontológico, un 32% siente que su problema bucodental no es atendido

en forma integral, y un escaso 9% de los encuestados siente que su problema dental no es atendido en forma efectiva.

ANÁLISIS:

Técnicamente el servicio odontológico está siendo brindado en forma profesional por el personal de salud, el 59% es un porcentaje aceptable y considerable, sin embargo hay q saber identificar que sucede con el resto de personal y su respectiva plaza de trabajo, dando énfasis en el profesional que este genere confianza y profesionalismo, motivando a la población a que asista a sus controles, pues el 9% de la población se encuentra insatisfecha con el profesional de salud más que con la institución de salud, y que ese 32% restante logre el 100% de confiabilidad y satisfacción por parte del odontólogo de su comuna.

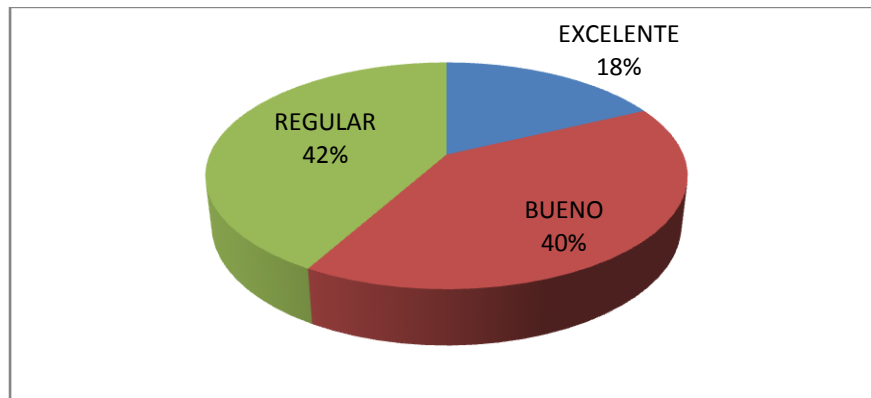
5. ¿Cómo consideras que es el trato del odontólogo cuando acudes a consulta?

GRÁFICO 22.A: ATENCIÓN A LOS AFILIADOS AL SSC DE MONTECRISTI.

COMUNAS DE MONTECRISTI	TOTAL DE ENCUESTAS	EXCELENTE	BUENO	REGULAR
LAS PAMPAS	17	3	9	5
SAN CAN	44	9	23	12
BAJO DEL PECHICHE	91	13	34	44
RIO CAÑA	30	7	14	9
LA PILA	64	12	19	33
TOTAL	246	44	99	103

Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López.

GRÁFICO 22.B: REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA ATENCIÓN A LOS AFILIADOS AL SSC DE MONTECRISTI.



*Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López.*

PREGUNTA 5: Del universo de 246 usuarios encuestados de las 5 comunidades en estudio, el resultado obtenido a esta interrogante fueron los siguientes: el 18% opina que el trato del odontólogo es excelente, un 40% opina que es bueno y el 42% restante define el trato odontológico como relativamente bueno.

ANÁLISIS:

Se analiza en esta pregunta la percepción del usuario al servicio de salud brindado por el odontólogo, esto es determinante en la motivación del usuario a frecuentar el servicio odontológico de su comunidad y es lo que determina el ausentismo del mismo, por lo tanto hay que reducir la brecha del 58% donde la percepción positiva al profesional odontológico esta en un rango de medianamente excelente y hacerla excelente e incorporar el 42% restante que define el trato del profesional como medianamente bueno.

La carta de presentación del servicio odontológico la tiene el profesional a cargo de ofrecer este servicio por lo tanto especial énfasis en este tema.

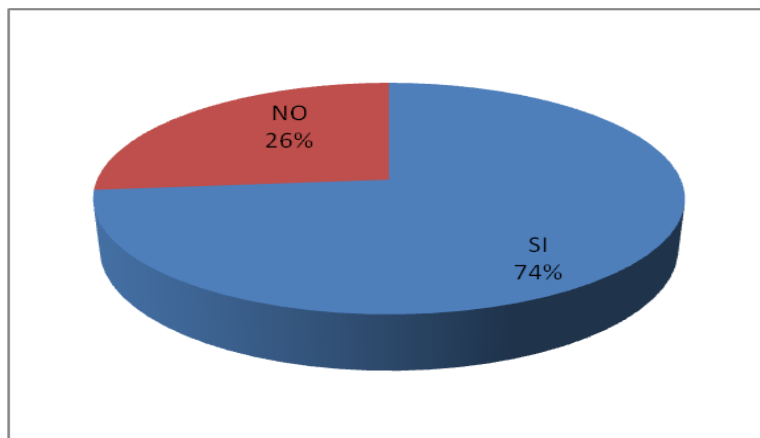
6. ¿Has recibido alguna charla educativa sobre higiene oral por parte del odontólogo?

GRÁFICO 23.A: CHARLAS EDUCATIVAS A LOS AFILIADOS ENCUESTADOS.

COMUNAS DE MONTECRISTI	TOTAL ENCUESTAS	SI	NO
LAS PAMPAS	17	12	5
SAN CAN	44	34	10
BAJO DEL PECHICHE	91	68	23
RIO CAÑA	30	14	16
LA PILA	64	53	11
TOTAL	246	181	65

*Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López.*

GRÁFICO 23.B: REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE CHARLAS EDUCATIVAS A LOS AFILIADOS ENCUESTADOS.



*Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López.*

PREGUNTA 6: Del universo encuestado de 246 usuarios, de un radio de acción de 5 comunidades, a esta interrogante se dan los siguientes resultados; un 74% de las personas encuestadas responde que si han recibido charlas informativas sobre higiene oral por parte del odontólogo de turno, un 26% responde que no ha recibido ningún tipo de charla.

ANÁLISIS:

Cabe redefinir el tipo de charlas que se han estado dando en los distintos centros de salud, de conocer porque un 26% de los encuestados nunca habrían recibido algún tipo de charla informativa, y ampliar estas charlas considerando que muchos de los usuarios trabaja y esto les estaría imposibilitando recibir orientación en temas de prevención.

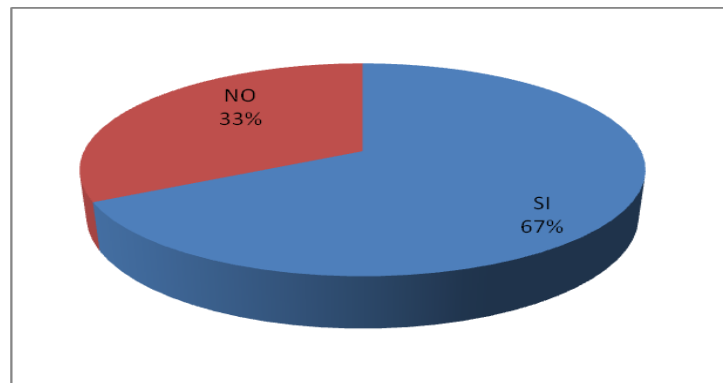
7. ¿Alguna vez te ha realizado una limpieza dental un odontólogo?

GRÁFICO 24.A: LIMPIEZAS DENTALES REALIZADAS A LOS AFILIADOS ENCUESTADOS.

COMUNAS DE MONTECRISTI	TOTAL ENCUESTAS	SI	NO
LAS PAMPAS	17	8	9
SAN CAN	44	36	8
BAJO DEL PECHICHE	91	53	38
RIO CAÑA	30	14	16
LA PILA	64	55	9
TOTAL	246	166	80

*Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López.*

GRÁFICO 24.B: REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LIMPIEZAS DENTALES REALIZADAS A LOS AFILIADOS ENCUESTADOS.



*Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López.*

PREGUNTA 7: En esta pregunta obtuve un Si en un 74% de 246 usuarios encuestados de 5 comunidades en estudio, el 26% restante respondió que nunca acude a consulta dental a realizarse una limpieza dental.

ANÁLISIS:

Se debe tener en cuenta que el 26% que respondió que nunca ha recibido una limpieza dental es la población que no asiste al centro médico sea esto por desinterés, por falta de tiempo o por discapacidad, se debe hacer un correcto análisis de estos factores y determinar su variable respectiva, englobar todo esto con charlas preventivas enfocadas a reducir ese ausentismo, motivación a la población y así mejorar una percepción positiva en forma conjunta.

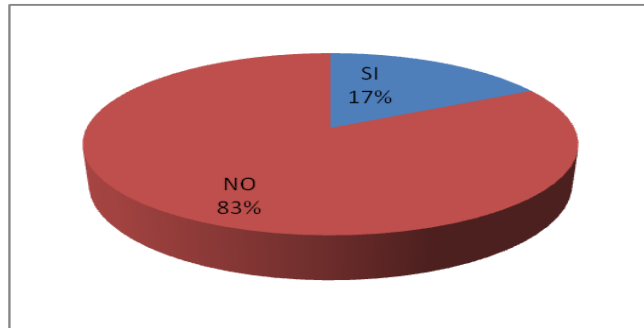
8. ¿Sabía Ud. que la caries dental y no tener una buena higiene oral aumenta la posibilidad de contraer enfermedades sistémicas?

GRÁFICO 25 A: CONOCIMIENTOS ODONTOLÓGICOS DE LOS AFILIADOS ENCUESTADOS.

COMUNAS DE MONTECRISTI	TOTAL ENCUESTAS	SI	NO
LAS PAMPAS	17	3	14
SAN CAN	44	7	37
BAJO DEL PECHICHE	91	13	78
RIO CAÑA	30	3	27
LA PILA	64	17	47
TOTAL	246	43	203

*Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López.*

GRÁFICO 25.B: REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE CONOCIMIENTOS ODONTOLÓGICOS DE LOS AFILIADOS ENCUESTADOS.



*Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López.*

PREGUNTA 8: Del universo encuestado de 246 usuarios de un radio de acción de 5 comunidades, esta interrogante da como resultado que un 67% de los usuarios desconoce que las caries desencadenan otros tipos de enfermedades, y un 33% dice que conoce que por la boca entra la salud.

ANÁLISIS:

Con estos resultados se debe claramente fomentar una campaña informativa sobre las múltiples enfermedades que causan los problemas

bucodentales en la salud general de las personas, lo que ayude a disminuir el ausentismo, a fomentar la conciencia del usuario por sus piezas dentales, y de mejorar la interrelación entre el profesional y el usuario generando confianza en todo el proceso.

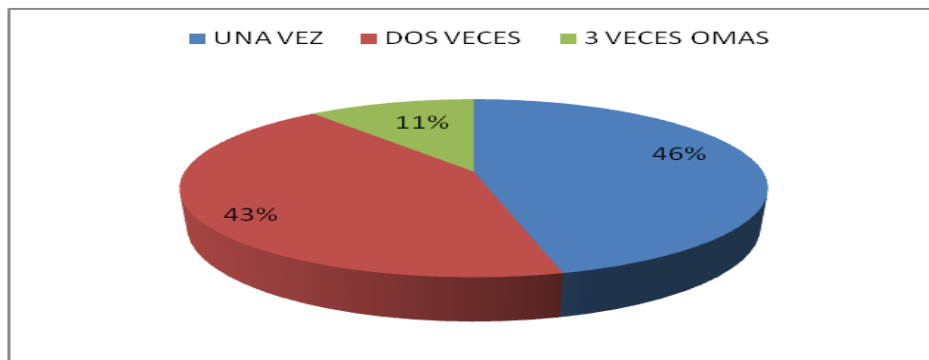
9. ¿Cuántas veces por día usted considera que debe cepillarse los dientes una persona?

GRÁFICO 26.A: HÁBITOS DE HIGIENE ORAL EN LOS AFILIADOS ENCUESTADOS.

COMUNAS DE MONTECRISTI	TOTAL ENCUESTAS	UNA VEZ	2 VECES	3 VECES O MAS
LAS PAMPAS	17	11	5	1
SAN CAN	44	16	22	6
BAJO DEL PECHICHE	91	42	37	12
RIO CAÑA	30	17	9	4
LA PILA	64	27	33	4
TOTAL	246	113	106	27

Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López.

GRÁFICO 26.B: REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS HÁBITOS DE HIGIENE ORAL EN LOS AFILIADOS ENCUESTADOS.



Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López.

PREGUNTA 9: Del universo encuestado de 246 usuarios de un radio de acción de 5 comunidades, esta interrogante da como resultado que un 46% de la población encuestada cepilla sus dientes al menos una vez por día, el 43% cepilla sus dientes 2 veces al día, y un 11% lo hace más de 3 veces al día.

ANÁLISIS:

Sin dejar de ser alentador el 54% de la población tiene una cultura de cepillado aceptable, habría que analizar, es el correcto cepillado y hacer conciencia de que no solo basta con cepillarse sino que hay que hacerlo bien y motivarlos a acudir a controles de salud dental.

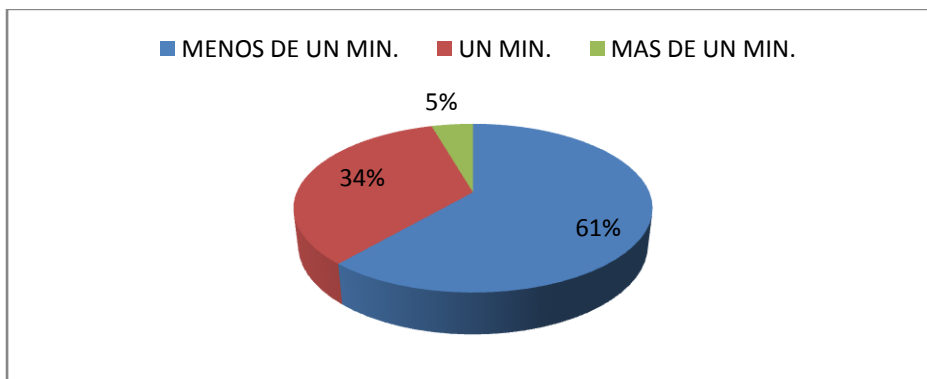
10. ¿Cuánto tiempo suele durar tu cepillado dental?

GRÁFICO 27.A: TIEMPO DE CEPILLADO DE LOS AFILIADOS ENCUESTADOS.

COMUNAS DE MONTECRISTI	TOTAL ENCUESTAS	MENOS DE 1 MIN	UN MINUTO	MÁS DE 1 MIN.
LAS PAMPAS	17	11	6	
SAN CAN	44	33	8	3
BAJO DEL PECHICHE	91	49	37	5
RIO CAÑA	30	21	7	2
LA PILA	64	37	26	1
TOTAL	246	151	84	11

*Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López.*

GRÁFICO 27.B: REPRESENTACIÓN GRAFICA DEL TIEMPO DE CEPILLADO DE LOS AFILIADOS ENCUESTADOS.



*Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López.*

PREGUNTA 10:

Del universo encuestado de 246 usuarios de un radio de acción de 5 comunidades, esta interrogante da como resultado que un 61% de los usuarios entrevistados cepilla sus dientes más de 1 minuto, un 5% lo hace menos de 1 minuto, y un 34% por el lapso de 1 minuto.

Sin embargo, cuando realice las encuestas pude observar que los entrevistados mostraban una higiene oral deficiente y perdida de varias piezas dentales.

ANÁLISIS:

Se concluye con esta pregunta y la anterior que un 100% de la población estaría actualmente teniendo hábitos diarios de cepillado de al menos una vez por día.

Sin embargo habría que reforzar sobre el cepillado correcto y el tiempo mínimo de duración del mismo, con lo cual se logra una mejor higiene y una prevención de pérdidas dentales.

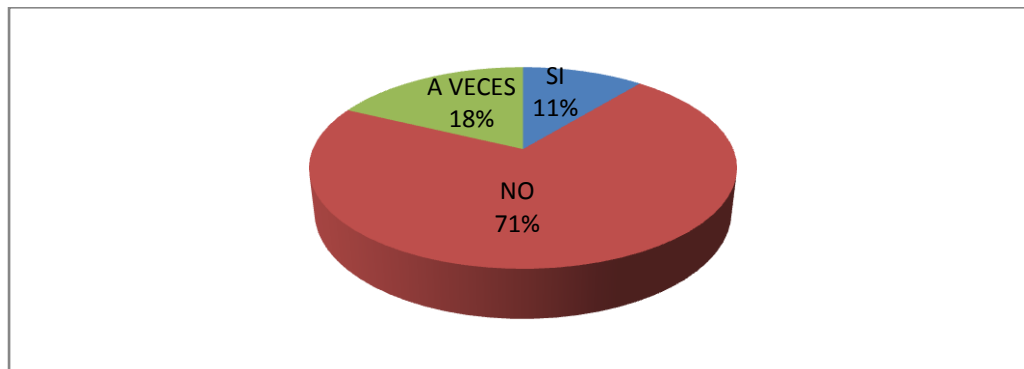
11. ¿Acostumbra a compartir el cepillo dental con algún otro integrante de su familia?

GRÁFICO 28.A: MALOS HáBITOS DE HIGIENE ORAL EN LOS AFILIADOS ENCUESTADOS.

COMUNAS DE MONTECRISTI	TOTAL ENCUESTAS	SI	NO	A VECES
LAS PAMPAS	17	3	12	2
SAN CAN	44	5	33	6
BAJO DEL PECHICHE	91	7	68	16
RIO CAÑA	30	3	19	8
LA PILA	64	9	43	12
TOTAL	246	27	175	44

Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López.

GRÁFICO 28.B: REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS MALOS HáBITOS DE HIGIENE ORAL EN LOS AFILIADOS ENCUESTADOS.



Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López.

PREGUNTA 11: Del universo encuestado de 246 usuarios de un radio de acción de 5 comunidades, esta interrogante da como resultado que un 71% de los usuarios encuestados no comparte su cepillo dental con el resto de la familia, un 11% lo comparte con otro miembro de la familia, y un 18% lo comparte en forma ocasional.

ANÁLISIS:

Del 100% de la población encuestada está cepillando sus dientes, una o más veces, sin embargo un 29% comparte su cepillo dental con algún otro miembro de la familia, por lo que esto es un problema que ellos deben tener conocimiento que un cepillo dental es unipersonal, pues la acumulación de gérmenes se traspasan de una boca enferma a una boca sana, como el caso de gingivitis, se deberá también hacer charlas a más del correcto cepillado de los peligros de compartir cepillos dentales.

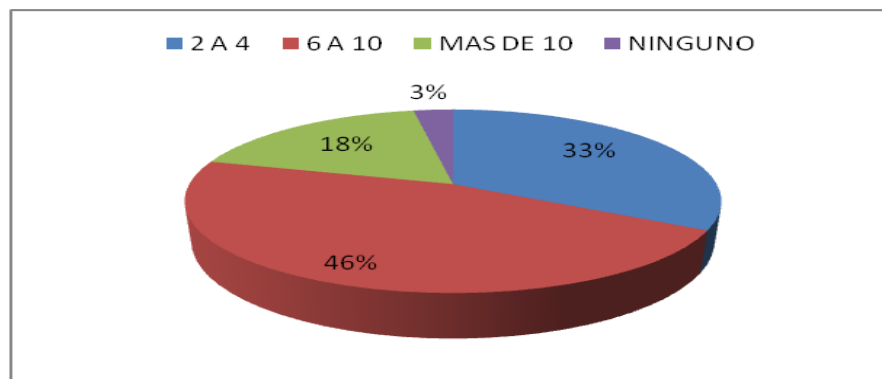
12. ¿Cuántos dientes has perdido?

GRÁFICO 29.A: PÉRDIDA DE PIEZAS DENTALES EN LOS AFILIADOS ENCUESTADOS.

COMUNAS DE MONTECRISTI	TOTAL ENCUESTADOS	2 a 4	6 a 10	MAS DE 10	NINGUNO
LAS PAMPAS	17	6	9	2	
SAN CAN	44	25	14	4	1
BAJO DEL PECHICHE	91	27	39	23	2
RIO CAÑA	30	7	15	8	
LA PILA	64	16	37	7	4
TOTAL	246	81	114	44	7

*Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López.*

GRÁFICO 29.B: REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA PÉRDIDA DE PIEZAS DENTALES EN LOS AFILIADOS ENCUESTADOS.



*Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López.*

PREGUNTA 12:

Las 246 personas encuestadas de las 5 comunidades en estudio, obtuve como respuesta que un 33% de los encuestados ha tenido pérdidas dentales de 2 a 4 piezas, el 46% ha perdido de 4 a 6 piezas dentales, un 18% de los encuestados ha tenido pérdidas dentales mayor a 10 piezas, y solo un escaso 3% de los encuestados no ha sufrido pérdidas dentales.

ANÁLISIS:

En esta interrogante se obtienen cifras verdaderamente alarmantes, si se considera los rangos de edades de los encuestados versus la pérdida dental, podemos observar claramente que a temprana edad comienzan con la pérdida de alguna de sus piezas dentales lo que se va agravando con el paso del tiempo, tener un 97% como resultado general a esta pregunta solo nos deja entrever que

la prevención, la higiene bucal y la motivación a asistir a controles en forma periódica es lo que debe prevalecer como programas de salud bucodental.

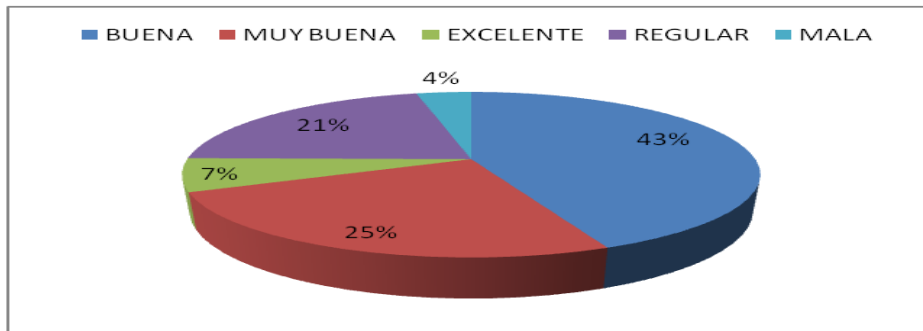
13. ¿Cómo calificarías la atención recibida del centro de salud del SSC de su comunidad?

GRÁFICO 30.A: CALIDAD DE ATENCIÓN DEL SSC EN LAS COMUNIDADES DE MONTECRISTI.

COMUNAS DE MONTECRISTI	TOTAL ENCUESTAS	BUENA	MUY BUENA	EXCELENTE	REGULAR	MALA
LAS PAMPAS	17	9	4	1	3	
SAN CAN	44	11	23	2	7	1
BAJO DEL PECHICHE	91	39	19	5	25	3
RIO CAÑA	30	16	3	3	6	2
LA PILA	64	32	13	5	11	3
TOTAL	246	107	62	16	52	9

*Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López.*

GRÁFICO 30.B: REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DEL SSC EN LAS COMUNIDADES DE MONTECRISTI.



*Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López.*

PREGUNTA 13: Del universo encuestado de 246 usuarios de un radio de acción de 5 comunidades, esta interrogante da como resultado que un 43% opina que

la calidad del Centro de Salud en general es Bueno, al 25% les parece que es muy bueno, a un 7% que es excelente, un 21% opina que la calidad del centro de Salud en general es regular porque cuando asisten no hay medicamentos, y un 4% opina que la calidad del Centro de Salud es mala.

ANÁLISIS:

En resumen la imagen de calidad que tienen los usuarios encuestados del SSC de las 5 comunidades en estudio se estima en un 75% de aceptación favorable, es decir que los usuarios confían el SSC como institución, por lo que se debe cuidar la calidad de atención por parte del personal y lograr que el 25% restante cambien el concepto que actualmente tiene de mala imagen.

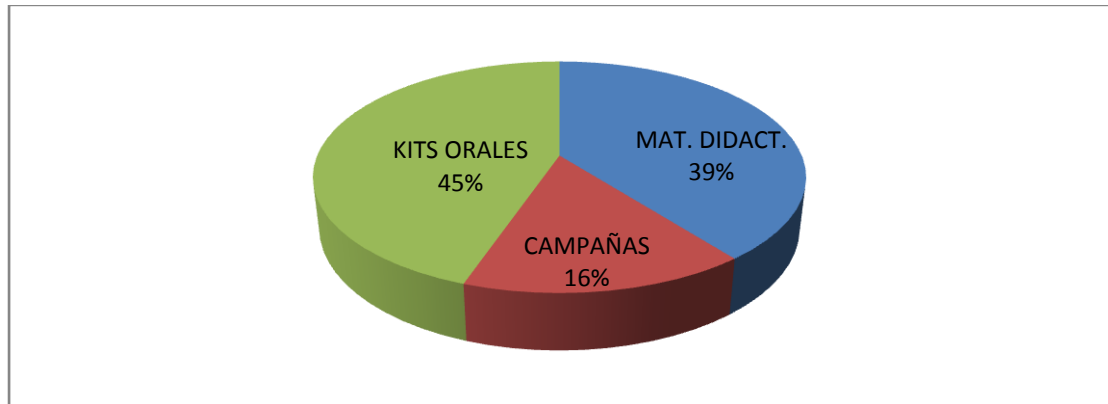
14. ¿Cuáles de los siguientes temas considera usted es lo que más necesita su comunidad en temas de salud oral?

GRÁFICO 31.A: NECESIDADES DE PREVENCIÓN ORAL EN LOS AFILIADOS ENCUESTADOS.

COMUNAS DE MONTECRISTI	TOTAL ENCUESTAS	MAT. DIDACT.	CAMPAÑAS	KITS ORALES
LAS PAMPAS	17	6	3	8
SAN CAN	44	17	5	22
BAJO DEL PECHICHE	91	43	16	32
RIO CAÑA	30	12	7	11
LA PILA	64	19	8	37
TOTAL	246	97	39	110

*Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López.*

GRÁFICO 31.B: REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LAS NECESIDADES DE PREVENCIÓN ORAL EN LOS AFILIADOS ENCUESTADOS.



*Fuente: Estudio de campo.
Elaborado por: Dra. Carolina López.*

PREGUNTA 14: Las 246 personas encuestadas de las 5 comunidades en estudio, obtuve que un 39% de los encuestados opina que la mejor forma de difundir la salud oral es a través de Kits Orales, otro 39% responde que la mejor forma es repartiendo material didáctico informativo, y un 16% que mejor es realizar campañas de salud oral dirigidas a la comunidad.

ANÁLISIS:

El 100% de los encuestados está dispuesto a recibir educación oral, hay que saber dirigir toda la información al mayor número de la población afiliada, haciendo una mezcla de las estrategias de difusión versus la motivación a asistir a consulta.

CAPITULO V

PROPUESTA:

PROGRAMA DE ACCIÓN ODONTOLÓGICO UNIFICADO ENFOCADO A DISMINUIR EL AUSENTISMO A LA CONSULTA DENTAL DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO EN LAS COMUNIDADES DE MONTECRISTI.

La salud pública en el Ecuador está compuesta por diversas disciplinas, tiene un objetivo central: el mejoramiento de la salud, el bienestar y el alargamiento de la vida humana con calidad. Lo que demanda una acción integradora. (Constitución, 2008).

5.1. PRIORIZACIÓN DE LA PROPUESTA

La priorización de la propuesta se basa en los siguientes aspectos:

- ✓ Respecto a la magnitud de la población.
- ✓ Respecto a la cantidad de la población afectada.
- ✓ Respecto a la probabilidad que tiene el problema de ocasionar daños importantes.
- ✓ A la posibilidad de solución tanto desde el punto de vista institucional y financiero.
- ✓ Referente al grado de interés de los participantes en la reducción del problema.

La propuesta de salud pretende involucrar al personal de los SSC, a la población afiliada, a las familias de la población afiliada y a la población comunitaria en general, con la finalidad que sea una propuesta sustentable y de continuidad, donde la participación multidisciplinaria se vea reflejada en todo el proceso del programa y su avance.

5.2. MATRIZ FODA.

TABLA 8: ANALISIS FODA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE MONTECRISTI

FACTORES INTERNOS	FACTORES EXTERNOS
<p>FORTALEZAS</p> <p>F1. Contar con servicios que respondan a las expectativas de los usuarios tomando en cuenta la pluriculturalidad.</p> <p>F2. Programas dirigidos a crear conciencia de prevención.</p> <p>F3. Insumos de calidad para la atención de los afiliados.</p> <p>F4. Promover la salud integral en la población.</p> <p>F5. Convenios con el sector privado para ampliar el servicio de atención especializado.</p> <p>F6. Cartera de servicios del 100% en atención primaria.</p> <p>F7. La facilidad de adaptarse a realidades, contextos y demandas cambiantes de la salud.</p>	<p>OPORTUNIDADES</p> <p>O1. Políticas del gobierno destinadas a mejorar los servicios de salud.</p> <p>O2. Convenios con el sector privado para ampliar el servicio de atención especializado.</p> <p>O3. Incorporación de tecnología a las unidades de salud por parte de los entes estatales y gubernamentales.</p> <p>O4. Brindar servicios de salud a las zonas más alejadas del país.</p> <p>O5. Incorporar el número de profesionales y unidades de salud con tecnología de punta.</p> <p>O6. Orientar a mejorar las condiciones de salud de la población.</p> <p>O7. Optimización de las instalaciones que permiten brindar mejor atención.</p>
DEBILIDADES	AMENAZAS
<p>D1. Inadecuado sistema de contrarreferencia.</p> <p>D2. No se cuenta con personal auxiliar para Odontología.</p> <p>D3. Falta de programas de fomento y prevención en salud integral.</p> <p>D4. No se cuenta con sistemas de ficha única del paciente.</p> <p>D5. No hay mantenimiento ni control de los equipos en los dispensarios.</p> <p>D6. Falta de retroalimentación durante los ciclos de proyectos.</p> <p>D7. Falta de visión estratégica integrada de salud.</p> <p>D8. Clima laboral afectado por inestabilidad laboral.</p> <p>D9. Personal gerencial sin perfil idóneo para impartir programas de alta calidad.</p> <p>D10. Incoherencia en los tiempos de entrega (Logística de Abastecimiento de insumos) destinadas a las unidades de salud.</p>	<p>A1. Cambio del perfil demográfico afectando la atención al usuario.</p> <p>A2. Inestabilidad económica.</p> <p>A3. Mayor exigencia comunitaria.</p> <p>A4. Insuficiente acción por parte de las entidades responsabilizadas con la captación de personal de servicio especializado.</p> <p>A5. Inadecuada administración de la riqueza, unida a la corrupción de las autoridades locales.</p> <p>A6. Trámite burocrático.</p> <p>A7. Nuevos virus y enfermedades.</p> <p>A8. Poca accesibilidad de transporte.</p> <p>A9. Las condiciones climáticas en invierno que hacen casi imposible el acceso.</p>

Elaborado por: Dra. Carolina López.

5.2.1. ANÁLISIS DE ESTRATEGIAS. (Ver anexo 2).

TABLA 9: ANALISIS DE LAS ESTRATEGIAS.

ESTRATEGIAS - FO	ESTRATEGIAS - DO
<p>1. Abarcar al 100% la red plural, creando nuevos dispensarios médicos. O1, O3, O4, O5, O7, F1, F3, F4.</p> <p>2. Mejorar la calidad de atención con la aplicación de programas y normas de procedimiento que permitan regular la relación entre el staf de los dispensarios, y del staf con el usuario: O1, O4, O6, F1, F2, F4, F7.</p> <p>3. Coordinar y agendar cursos, seminarios y talleres de capacitación al personal, para el fortalecimiento de los componentes de promoción, prevención control y tratamiento de las enfermedades, y los sistemas de vigilancia epidemiológica. F2, F4, O1, O6.</p> <p>4. Ampliar y mejorar las instalaciones de los dispensarios, centros y subcentros médicos de las comunidades de Montecristi. F1, F7, O1, O5, O7.</p>	<p>1. Asesorar técnicamente a los responsables de programas estatales y personal operativo. O1, O6, D1, D3, D4, D6, D7.</p> <p>2. Contar con servicios de calidad que respondan a las expectativas de los usuarios tomando en cuenta su pluriculturalidad. O1, O4, O6, O7, D3, D7.</p> <p>3. Disminuir el ausentismo de pacientes mediante intervenciones focalizadas en poblaciones aisladas que se presentan en cada región de Montecristi. D3, D6, D7, O1, O4, O6, O7.</p> <p>4. Mejorar la cadena logística mediante la implementación de tecnologías para el manejo y monitorio de stocks de medicinas en bodega. D1, D10, O1, O3.</p>
ESTRATEGIAS - FA	ESTRATEGIAS - DA
<p>1. Fortalecer la visión de la organización de los centros de salud, visualizando nuevas oportunidades y amenazas, enfocando la misión de la organización a orientar de manera efectiva su rumbo, facilitando la dirección y liderazgo. F1, F4, F6, F7, A1, A3, A4.</p> <p>2. Fortalecer la capacidad institucional en materia de conducción de las acciones sectoriales, de regulación y fiscalización de bienes y servicios relacionados al logro de los objetivos del Programa. A1, A4, A6, F2, F4, F7.</p> <p>3. Resolver la falta de comunicación con unidades periféricas de comunas distantes mediante la intervención de un coach comunicacional dirigido a resolver las falencias en la toma de decisión oportuna. F7, A8, A9.</p> <p>4. Fortalecer las estructuras de los diversos dispensarios de la región con el fin de mejorar la atención a los usuarios. F1, F4, A1, A3, A5, A6.</p>	<p>1. Intervención del gobierno en la elaboración y aprobación de leyes destinadas a la prevención en salud para tener una población sana y productiva, porque invertir en salud genera a largo plazo un ahorro para la nación. A1, A5, A6, D3, D7.</p> <p>2. Planificación de las áreas coordinadoras para que el servicio posea y adquiera los recursos técnicos y materiales de buena calidad, porque si los recursos son excelentes se obtendrán óptimos resultados en los diferentes procedimientos de salud. A5, A6, D6, D9.</p> <p>3. Utilizar apropiadamente los recursos disponibles dando prioridad a las necesidades sociales, desconcentrando y optimizando los servicios. A5, A6, D3, D5, D10.</p> <p>4. Programar la Educación sanitaria a personas, familias, núcleos sociales y comunidad. A5, A7, D3, D6, D7.</p>

Elaborado por: Dra. Carolina López.

5.3. MATRICES EVALUACIÓN DE FACTORES INTERNOS Y EXTERNOS (EFI-EFE).

5.3.1. MATRIZ EFI

TABLA 10: MATRIZ EFI DEL SSC DE MONTECRISTI

FORTALEZAS	PONDERACION	CLASIFICACION	TOTAL
Insumos de calidad para la atención.	0,09	4	0,36
Promover la salud integral en la población.	0,2	3	0,6
Convenios con el sector privado.	0,2	4	0,8
Cartera de servicios 100% en atención primaria.	0,05	3	0,15
Equipos multidisciplinares de profesionales de salud para APS en las dispensarios médicos	0,03	3	0,09
DEBILIDADES			
Inadecuado sistema de contrarreferencia	0,1	1	0,1
Clima laboral afectado por la inestabilidad del personal de debido a los cargos directivos politizados.	0,09	1	0,09
Falta de formularios de procesos.	0,09	2	0,18
Falta de planificación para la ejecución de programas de fomento y prevención.	0,15	2	0,3
TOTAL	1		2,67

Elaborado por: Dra. Carolina López.

El puntaje ponderado total de 2,67 indica que esta institución de salud, está por encima del promedio en cuanto a su fortaleza interna general, y las debilidades importantes son cada vez menores.

5.3.2 MATRIZ EFE

TABLA 11: MATRIZ EFE DEL SSC DE MONTECRISTI

OPORTUNIDADES	PONDERACION	CLASIFICACION	TOTAL
Políticas de gobierno destinadas a mejorar los servicios de salud	0,13	2	0,26
Brindar atención en las zonas rurales más alejadas del país	0,17	3	0,51
Convenios con el sector privado	0,15	3	0,45
Incorporación de profesionales de salud	0,2	4	0,8
AMENAZAS			
Cambio del perfil demográfico.	0,09	1	0,09
Limitación del desarrollo del talento humano.	0,06	1	0,06
Distancia entre poblaciones.	0,2	3	0,6
TOTAL	1		2,77

Elaborado por: Dra. Carolina López.

La puntuación ponderada total del Seguro Social Campesino de Montecristi es de 2,77 lo que indica que esta casa de salud responde a las oportunidades existentes y minimiza los efectos de las amenazas externas.

5.4. MISIÓN Y VISIÓN DE LA PROPUESTA.

MISIÓN

Disminuir el ausentismo de los afiliados a la consulta, mediante la promoción de una cultura preventiva, que promueva la disminución de

enfermedades y permita ampliar equitativamente los sistemas de salud integral, con calidad y eficiencia para mejorar la calidad de vida de los Montecristenses.

VISIÓN.

Ser un programa de acción líder en prevención y protección de la salud a nivel nacional, que fomente el desarrollo humano y la satisfacción de los usuarios.

5.4.1. OBJETIVOS DE LA PROPUESTA.

GENERAL.

- Reducir el rezago en atención mediante intervenciones focalizadas en promoción, prevención, control y tratamiento de enfermedades, coadyuvando a mejorar la calidad de vida.

ESPECIFICOS.

- Promover el incremento de los pacientes a la consulta odontológica en el primer nivel de atención de los servicios de salud.
- Integrar acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, fomentando la autorresponsabilidad y participación social.

5.6. ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR PARA EL DESARROLLO DE LA PROPUESTA

- Trabajar en equipo y promover la participación social.
- Incorporar al Municipio y a las empresas privadas en el tema de responsabilidad social e inversión comunitaria para el logro de los fines del programa de salud.
- Identificar los problemas de salud bucal y la percepción a los dispensarios de salud del SSC por parte de los afiliados.
- Difundir y Socializar en las comunidades de Montecristi el programa piloto “Familias saludables”.
- Liderar los programas de salud mejorando los servicios del SSC en beneficio de la comunidad.

5.7. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

Los principales retos de la salud pública en Manabí y particularmente en las comunidades de Montecristi, es mejorar las condiciones de la salud general de la población, mediante la utilización de servicios de acuerdo a las necesidades de salud del individuo, la familia y la comunidad promoviendo una cultura preventiva, evitando el empobrecimiento de la población por enfermedad a causa de cobertura insuficiente de los servicios de salud públicos.

La boca la podemos considerar como el “espejo de la salud”, ya que es un reflejo de lo que ocurre en el resto del cuerpo. Es importante conocer que a través de ella se puede detectar señales y síntomas de una enfermedad sistémica, pues existe una correlación entre la salud de su boca y la salud de todo su cuerpo, la caries dental o la enfermedad periodontal, cualquiera de las dos formas, puede desencadenar que otras partes de su cuerpo se vean afectadas y respondan de forma inapropiada.

Es en los escolares donde podemos hacer estos cambios culturales y apoyar a las familias para que éstas puedan mantener hábitos de higiene oral en los hogares, reforzando una cultura oral preventiva en las comunidades. Este punto es crucial, ya que no tiene mayor sentido el tratamiento restaurador de las piezas dentarias si no existe un cambio de autocuidado en las condiciones que llevan a enfermar.

Se requieren de estrategias integrales, que fortalezcan una cultura preventiva para elegir estilos de vida saludables, además, los servicios disponibles deben ser suficientes para responder a las necesidades de atención médica y odontológica en las comunidades más alejadas, utilizando grupos de salud integral comunitaria en promoción, prevención, diagnóstico precoz, rehabilitación, atención paliativa y de apoyo para el autocuidado que fortalezcan la capacidad de las personas en prevención de las enfermedades bucales y el autocuidado.

El programa plantea la necesidad de que la comunidad esté informada sobre las acciones preventivas que le permitan mantener o recuperar su salud general y bucal.

En este proceso deben coordinarse acciones entre todas las comunidades campesinas y un medio para ello lo constituyen las asambleas campesinas en el que se establecen consensos para el desarrollo de un comité en salud y colaboración durante las Semanas de Salud Bucal y otras acciones Sectoriales.

5.8. GUÍA DE PLANIFICACIÓN DE LA PROPUESTA.

El Programa de Acción de Salud Bucal se sustenta presupuestal y operativamente en la ejecución de las estrategias y acciones planeadas, para lo cual se elaborarán programas y planes en las entidades federativas campesinas, donde se definen las metas para el primer semestre implantación, mecanismos de evaluación e indicadores.

Las etapas de implementación consideran: difusión de los programas en las unidades del Sector rural de Montecristi; elaboración, actualización y difusión de material didáctico; capacitación al personal, y definición de un sistema de evaluación y seguimiento para la medición de resultados y toma de decisiones, lo que permitirá un mejor funcionamiento del Programa en todas las instituciones del SSC. Lo que se espera lograr es que el personal de salud que labora en los distintos dispensarios quiera, sepa y pueda cumplir con las diferentes fases del programa.

El proceso de planificación y ejecución del Programa de Acción se apoya en los diferentes sistemas de información y estadística existentes en cada una de las unidades de salud, así como aquellos que se desarrollarán, para complementar la información necesaria para el seguimiento y evaluación de las acciones, apoyados a la vez por los mecanismos de supervisión en los diferentes niveles gerenciales del Seguro Social Campesino, principalmente regional y local.

5.8.1. MODELO A SEGUIR

El modelo de atención dental es básicamente curativo, lo que se pretende es enfrentar desafíos mayores en prevención de las enfermedades bucales, promoviendo y estimulando estilos de vida saludables tales como actividades de fomento, de enseñanza y participación con diversos actores de la comunidad en hábitos de higiene oral, relación de la caries con enfermedades sistémicas (diabetes, enfermedades cardiovasculares, partos prematuros, etc.).

En las acciones extramurales que se debe llamar la atención acerca de la salud dental y de las consecuencias de su deterioro. El profesional odontológico debe involucrarse en la vida cotidiana de los pobladores, conversar con ellos, buscarlos en sus casas para conocer la realidad de la salud dental familiar. El objetivo de esta acción es promover la salud bucal en los hogares del sector asignado, sensibilizando e informando acerca de las acciones en promoción de la salud bucal que se están llevando a cabo, incentivando la atención en los

dispensarios de salud del Seguro Social Campesino y la participación comunitaria.

Para que las acciones de fomento de la salud oral y prevención sean efectivas, se debe buscar la colaboración y educación en las escuelas, comunidades campesinas, municipalidades, etc.; con el fin de lograr una sociedad saludable con cobertura integral y con continuidad en el tiempo. Lo que se busca es un cambio cultural haciendo a las personas responsables de cuidar su salud oral, promover hábitos y estilos de vida saludables por una generación cero caries.

5.8.2. ¿CÓMO HACERLO?:

El primer paso es realizar la capacitación, actualización y asesoría del personal de salud principalmente el odontológico para entender un amplio espectro de ideas que debe aprender institución desde la gerencia hasta el último empleado. Hay que entender y manejar el significado de términos tales como calidad, mejora continua, medición, control de procesos, retroalimentación con la comunidad, mejora del sistema, plan de acción, procedimiento, revisión, en fin una variedad de ideas que trabajando en conjunto permitan a la institución de salud ir modelando la nueva cultura organizacional.

En fin generar conocimiento y difundirlo entre el gremio odontológico y el resto del equipo de salud, para diseñar modelos de atención de acuerdo a la problemática de cada una de las comunidades, mejorando la calidad en la

atención; promoviendo la salud bucal y, por último, contribuyendo a disminuir la prevalencia de las enfermedades bucales más frecuentes.

Luego se desarrolla un proceso de documentación del sistema de gestión, el cual se lleva a la práctica de modo de que el trabajo se organice apropiadamente para lograr el estándar definido en cada proceso. La Gerencia, entre tanto, trabaja con elementos de la planificación estratégica, y deberá estar permanentemente monitoreando el proceso de implementación del SSC.

Capacitación de los agentes comunitarios de salud y la familia es clave para promover la salud, la nutrición y el desarrollo de los niños y niñas para prevenir y disminuir la caries y las enfermedades que ella conlleva.

El papel del agente comunitario de salud dentro de la comunidad es importante; va a ser un puente entre las necesidades de salud que tiene la población y los servicios de salud locales. Está en capacidad de ofrecer charlas de salud oral a las madres, niños y niñas, promoviendo de esta manera la atención odontológica. Además, pueden ayudar a comprender mejor las causas de los principales problemas de salud que causa una deficiente higiene oral y la importancia del desarrollo de acciones preventivas, y, sobre todo, pueden motivar al individuo, a la familia y a la comunidad a asumir un papel protagónico en el cuidado de su propia salud bucal y la de todos.

El agente comunitario de salud, con su actuación en el nivel básico de salud y en contacto directo y permanente con la comunidad, cumple un importante papel como nexo entre la relación comunidad y las instituciones de

salud, y en la prestación de servicios de fomento de la salud, prevención de la enfermedad y detección y atención temprana de las enfermedades morbilidad más La capacitación para los agentes comunitarios de salud es un proceso que necesita de una dedicación importante, tanto para su planificación, como para su ejecución, evaluación y seguimiento. Se requiere que los encargados de la capacitación estén, a su vez, bien capacitados y sean concientes de la importancia de desarrollar un proceso bien estructurado y se conduzca con la mayor responsabilidad. (OPS, 2010)

Un taller de capacitación no basta para el aprendizaje; se necesita hacer seguimiento y acompañamiento durante el desempeño para reforzar o profundizar el aprendizaje. La capacitación sin seguimiento o acompañamiento está llamada a ser inefectiva para propiciar el cambio de prácticas. Se requiere demostración, práctica, juego de roles.

Es importante definir los siguientes aspectos: El propósito de la capacitación (¿para qué aprender?), el contenido (¿qué aprender), métodos (¿cómo aprender?, ¿cómo organizar las experiencias de aprendizaje?), medios y materiales (¿con qué aprender?).

5.8.3. PERFIL DEL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD.

El o la agente comunitario de salud tiene las siguientes características:

- Vive en la comunidad.

- Es elegido o reconocido por la comunidad.
- Su trabajo es voluntario.
- Tiene vocación de servicio.
- Tiene deseos de aprender, compartir y aplica lo aprendido.
- Enseña con el ejemplo (practica lo que promueve).
- Respeta la cultura y tradiciones de su comunidad.
- De preferencia sabe leer y escribir.
- Los roles del agente comunitario de salud dependen de la realidad de la comunidad a la que pertenece.

A continuación mencionaremos algunos roles de los agentes comunitarios de salud, relacionados con la salud de las mujeres gestantes, las niñas y los niños menores de 5 años de su comunidad:

- Informa a la comunidad y las familias sobre los servicios odontológicos brindados en los dispensarios al cuidado de su salud.
- Participa en la vigilancia comunal y educación de los niños y niñas en programas de sonrisas saludables.
- Realiza actividades educativas con las madres: mediante reuniones educativas o visitas domiciliarias para consejería sobre prácticas clave.
- Participa en la vigilancia de la madre gestante y de los niños menores de 5 años para que se realicen controles dentales.
- En todos los casos el agente comunitario de salud requiere de acompañamiento y seguimiento estrecho por parte de los odontólogos.

Requiere también del apoyo y colaboración de todos los otros actores sociales de la comunidad y de los gobiernos locales.

5.8.4. NIVEL APLICATIVO.

Esta guía de atención primaria busca integrar el bienestar biopsicosocial de los individuos con su entorno familiar y comunitario. Esto permite generar un vínculo entre los pacientes y el personal de salud.

El enfoque sistémico de la familia permite ver al individuo no como un ente aislado y biológico, sino más bien como un ente bio-psico-social, que forma parte de un sistema mayor que es la comunidad, de esta forma se puede planificar las acciones de salud en forma integral tanto en promoción, fomento, prevención curación e incluso rehabilitación de las poblaciones de nuestras comunidades. (Oyarzún, 2003).

Un modelo de Salud con enfoque familiar permite:

- Enfoque centrado en la persona no en la enfermedad.
- Considera al individuo y su familia como parte de una red social y asistencial.
- Favorece la cercanía entre el usuario y el personal de salud.
- Pone énfasis en los resultados más que en los procesos (MINSAL, 1999).

El nivel de comprensión será la familia y a partir de ella nos proyectamos por una parte al individuo como ente particular y por otro, a la comunidad que

rodea al individuo (hogar, barrio, escuela, trabajo y organizaciones vinculadas).

5.8.4.1. MODELO CON ENFOQUE DE FAMILIA

El eje fundamental, es la familia como núcleo desde donde surgen, se transan, se manejan, mantienen o solucionan los diferentes problemas de salud de las personas y comunidades; asegurando un desarrollo sustentable en la autodeterminación de quienes son directa o indirectamente afectados.

Las estrategias sugeridas en la literatura, responden a los principios generales de la Salud Familiar son:

1. SECTORIZACIÓN:

Estratificación de la población para la optimización del recurso humano y el aseguramiento de una mayor efectividad y eficiencia en las acciones, Es importante considerar los criterios para sectorizar, quién está a cargo de los sectores, cuál es la función del encargado del sector, como se incorpora a la comunidad a esta discusión y a la práctica. Como integrar los programas de salud, al trabajo sectorizado.

2. POBLACIÓN A CARGO:

Es básico en el principio de la "continuidad de los cuidados", ya que incorpora el concepto de responsabilidad sobre una determinada población, seguimiento, monitorización de los logros, entre otros.

3. REGISTROS:

Que aseguren la continuidad de los cuidados, incorporen variables familiares y faciliten el trabajo preventivo de los equipos de salud.

4. INSTRUMENTOS DE ESTUDIOS DE LAS FAMILIAS:

Que permitan determinar el nivel de intervención con las familias lo que permitirá, a su vez, definir las necesidades de capacitación en materia de conocimiento de crisis familiares, disfunción y mecanismos de intervención sobre los mismos.

5. ROLES:

Discusión de los cambios esperados en términos de las responsabilidades individuales y del trabajo en equipo.

6. AUTORIDAD Y LIDERAZGO.

El modelo se orienta hacia la resolución de los grandes desafíos de la atención primaria de salud que se podrían resumir como: aumentar la satisfacción del usuario, mejorar la capacidad de alcanzar un incremento porcentual de las acciones de prevención y promoción, mediante sistemas eficientes y efectivos de participación, que el usuario y la comunidad asuman un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud.

5.8.4.2. CICLO DE CAPACITACIÓN A LA COMUNIDAD.

El esquema siguiente nos muestra el ciclo de la capacitación del agente comunitario de salud.

ANTES DE LA CAPACITACIÓN, DURANTE Y DESPUÉS

PRIMERA ETAPA:

Identificación de las necesidades de capacitación

SEGUNDA ETAPA:

Diseño del plan de capacitación.

TERCERA ETAPA:

Ejecución de la capacitación

SEGUIMIENTO:

Labor del agente comunitario de salud

CUARTA ETAPA:

Evaluación de la capacitación y evaluación del desempeño del agente comunitario de salud.

Un taller de capacitación, por más que desarrolle un componente importante de práctica, es insuficiente para el desarrollo y mantenimiento de las competencias de los de los profesionales odontólogos y de los agentes comunitarios de salud. Se requiere un reforzamiento sistemático de sus habilidades, mediante el acompañamiento del agente comunitario de salud, durante el desempeño de su servicio en su comunidad.

Es importante renovar periódicamente la motivación del agente comunitario de salud para realizar las tareas. Este aspecto es fundamental para poder ganar credibilidad y para que, respetuosamente ayude a las personas adherirse a los tratamientos. Se debe enfatizar a los agentes comunitarios de salud que no se trata de juzgar a las familias, sino de conocerlas para, junto con ellas, buscar las acciones que se ajuste mejor a las necesidades del niño o niña y a la cultura de las persona.

5.8.5. EVALUACIÓN DE LOS TALLERES.

- Informar las actividades realizadas en el taller y sus resultados.
- Informar acerca de la evaluación del taller y de los participantes.
- Clausurar el taller

5.8.5.1. MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LAS COMUNIDADES DE MONTECRISTI.

TABLA 12: MATRIZ DE PROGRAMACION DE PARTICIPACION SOCIAL EN LAS COMUNIDADES DE MONTECRISTI.

ESTRATEGIAS	FUNCION	MODELO OPERATIVO	INDICADOR / FRECUENCIA	RESULTADO ESPERADO	CONOCIMIENTOS	HABILIDADES	RESPONSABLE	PRESUPUESTO
1. Trabajar en equipo y promover la participación social.	Establecer un control Epidemiológico de las Patologías Bucales en las parroquias de Montecristi y sus determinantes.	<ul style="list-style-type: none"> Coach comunicacional Herramientas gerenciales 	<p>No. de talleres: 4 (1 X Semana, 8 horas)</p> <p>No. de talleres /asistentes al taller:</p>	<p>Capacitación del personal.</p> <p>Mejoramiento continuo del personal.</p> <p>Aplicación práctica de las estrategias de salud del programa.</p> <p>Conocimiento y manejo de herramientas gerenciales.</p> <p>Consolidación del trabajo en grupo.</p>	<p>Conocer y definir los roles y responsabilidades de los integrantes del equipo.</p> <p>Conocer acerca de los procesos de capacitación y actualización permanente.</p> <p>Conocer la red de servicios de salud de la organización para movilizar recursos.</p> <p>Conocer las metodologías para la comunicación entre los miembros del equipo y la comunidad.</p> <p>Conocer los espacios existentes en el sistema de salud y en la comunidad.</p>	<p>Analizar el perfil del equipo y las necesidades de salud bucal de las comunidades.</p> <p>Elaborar, desarrollar y participar en procesos del trabajo en equipo:</p> <p>Comunicación.</p> <p>Colaboración</p> <p>Solución de conflictos</p> <p>Toma de decisiones.</p> <p>Manejar herramientas para identificar a los actores e instituciones en la comunidad que faciliten el trabajo en el cantón.</p> <p>Habilidad del equipo para trabajar en forma conjunta con la comunidad.</p>	<p>Seguro Social Campesino de Manabí.</p> <p>Personal operativo de los Dispensarios de cada Comunidad.</p> <p>Comité de Salud.</p> <p>Líderes Comunitarios.</p>	<p>Aporte del Seguro Social Campesino de Manabí.</p> <p>Aporte de las Empresas Privadas.</p> <p>Aporte Municipal.</p>

Elaborado por: Dra. Carolina López

Fuente: Conocimientos adquiridos.

5.8.5.2. MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL MUNICIPAL Y PRIVADA.

ESTRATEGIAS	FUNCION	MODELO OPERATIVO	INDICADOR / FRECUENCIA	RESULTADO ESPERADO	CONOCIMIENTOS	HABILIDADES	RESPONSABLE	PRESUPUESTO
2. Incorporar al Municipio y a las empresas privadas en el tema de responsabilidad social e inversión comunitaria para el logro de los fines del programa de salud.	Coordinar acciones con los sectores público, social y privado, para promocionar atención odontológica integral e integrada a las comunidades de Montecristi.	Universalizar las actividades de atención bucal integral para la prevención y control de enfermedades bucodentales	Reuniones del personal del SSC con la comunidad participante. Reuniones del personal operativo con la alcaldía de Montecristi. Reuniones del personal operativo con líderes comunitarios	Firma de convenio de apoyo monetario con el Municipio de Montecristi al programa "Familias Saludables". Eliminar barreras de entrada o acceso al programa "Familias Saludables" trabajando en forma conjunta a beneficio de la comunidad: SSC- Municipio y afiliados.	Conocer conceptos, técnicas y procedimientos básicos sobre la promoción, prevención y rehabilitación de la salud bucal. Conocer el estado de la salud oral y las afecciones dentales prevalentes. Conocer técnicas y procedimientos para la atención de los usuarios intra y extra muros. Conocer la red funcional de los servicios de salud y los mecanismos de referencia y contra referencia en todos los niveles.	Ampliar la capacidad para resolver las afecciones dentales en las comunidades. Promover el auto cuidado oral de manera individual, familiar y comunitaria de acuerdo a las enfermedades bucales más comunes.	Jefe de Odontólogos Regional Norte. Odontólogo de los Dispensarios. Auxiliar de Enfermería. Líderes Comunitarios.	Seguro Social Campesino de Manabí. Autogestión Comunitaria.

TABLA 13: MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL MUNICIPAL Y PRIVADA.

Elaborado por: Dra. Carolina Lopez

Fuente: Conocimientos adquiridos

5.8.5.3. MATRIZ DE PROGRAMACIÓN PARA EL ANÁLISIS Y PERCEPCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN LAS COMUNIDADES.

TABLA 14: MATRIZ DE PROGRAMACIÓN PARA EL ANÁLISIS Y PERCEPCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN LAS COMUNIDADES..

ESTRATEGIAS	FUNCION	MODELO OPERATIVO	INDICADOR / FRECUENCIA	RESULTADO ESPERADO	CONOCIMIENTOS	HABILIDADES	RESPONSABLE	PRESUPUESTO
3. Identificar los problemas de salud bucal y la percepción a los dispensarios de salud del SSC por parte de los afiliados.	Mejorar existentes falencias en la atención a los usuarios. Recopilar datos actuales de la realidad bucodental de los afiliados y sus familias.	Intervenir en las comunidades de estudio para reconocer la demanda de nuevas interacciones de los usuarios y afiliados.	Número de personas encuestadas. Número de preguntas efectuadas.	Determinar la percepción de los usuarios de los servicios de salud en los dispensarios de Montecristi. Establecer las enfermedades bucodentales reincidentes	Conocer los determinantes de las afecciones bucales en las comunidades de estudio. Conocer conceptos básicos y diferenciados sobre la prevención de las caries y enfermedades periodontales. Conocer herramientas para aplicar, monitorear y evaluar las actividades de prevención y promoción de la salud bucal.	Integrar conocimientos de la situación de la salud bucal en las comunidades con las prioridades de atención, asignación y disponibilidad de recursos. Definir las responsabilidades a cada uno de los miembros del equipo para garantizar la atención apropiada. Realizar entrevistas al personal y a los usuarios de las comunidades.	Jefe de Odontólogos Regional Norte Personal operativo de los Dispensarios de cada Comunidad Comité de Salud.	Seguro Social Campesino de Manabí. Aporte de las Empresas Privadas. Aporte Municipal.

Elaborado por: Dra. Carolina Lopez Andrade

5.8.5.4. MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE DIFUSIÓN DEL PROGRAMA “FAMILIAS SALUDABLES”.

TABLA 15: MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE DIFUSIÓN DEL PROGRAMA “FAMILIAS SALUDABLES”.

ESTRATEGIAS	FUNCION	MODELO OPERATIVO	INDICADOR / FRECUENCIA	RESULTADO ESPERADO	CONOCIMIENTOS	HABILIDADES	RESPONSABLE	PRESUPUESTO
Difundir y Socializar en las comunidades de Montecristi el programa piloto “Familias saludables”.	Identificar los grupos de riesgos que faciliten la toma de decisiones para fortalecer el programa piloto “familias Saludables”	Enfatizar la Promoción de la salud y prevención de las enfermedades bucodentales.	Número de actividades realizadas / Población intervenida	Involucrar en el proceso de cambio en los hábitos de salud oral a la población afiliada. Ser reconocidos como líderes en programas de salud a nivel provincial y nacional.	Intervenir en los programas de salud de la institución. Integrar a la salud bucal como parte de la salud general.	Diseñar campañas informativas dirigidas a la población sobre la importancia en salud bucal como parte de la salud en general. Propiciar el apoyo del municipio en futuros proyectos de salud oral. Elaborar materiales educativos y didácticos para la promoción y prevención de enfermedades sistémicas y bucales, de acuerdo al grupo de edades	Seguro Social Campesino de Manabí Departamento Odontológico. Personal Operativo de los Dispensarios de cada Comunidad. Comité de Salud Líderes Comunitarios. Patronato Municipal de Montecristi.	Seguro Social Campesino de Manabí. Patronato Municipal de Montecristi. Aporte de las Empresas Privadas.

Elaborado por: Dra. Carolina Lopez

Fuente: Conocimientos adquiridos

5.8.5.5. MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE LIDERAZGO DEL PROGRAMA.

ESTRATEGIAS	FUNCION	MODELO OPERATIVO	INDICADOR / FRECUENCIA	RESULTADO ESPERADO	CONOCIMIENTOS	HABILIDADES	RESPONSABLE	PRESUPUESTO
Liderar los programas de salud mejorando los servicios del SSC en beneficio de la comunidad.	Promover el esquema básico de prevención en salud oral integral Promociionándolo como modelo Piloto en las comunidades de Montecristi para mejorar la salud.	Involucrar a las familias afiliadas y crear conciencia en el resto de la población en general. Estructuración de los cronogramas de trabajo para cada actividad.	No de afiliados/ Número de asistentes a los dispensarios de salud durante el desarrollo del programa.	Disminuir el ausentismo de los afiliados a los dispensarios de salud. Disminuir los procesos infecciones bucodentales.	Involucrar a la sociedad en el proceso de cambio de salud oral. Familias sensibilizadas Mayor conocimiento e interacción con la población. Consolidación de trabajo interdisciplinario. Nuevos conocimientos adquiridos	Coordinar la ejecución del programa Familias Saludables: Caravanas de salud Casas Abiertas Concurso de pintura escolar. Realizar los desembolsos de dinero necesarios a cada actividad. Definir responsables de cada actividad. Evaluación bimestral del cumplimiento de metas.	Seguro Social Campesino de Manabí Departamento Odontológico. Personal Operativo de los Dispensarios de cada Comunidad. Comité de Salud Líderes Comunitarios.	Seguro Social Campesino de Manabí. Patronato Municipal de Montecristi. Aporte de las Empresas Privadas. Autogestión Comunitaria.

TABLA 16: MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE LIDERAZGO DEL PROGRAMA

Elaborado por: Dra. Carolina Lopez

Fuente: Conocimientos adquiridos

5.8.6. MONITOREO Y CONTROL.

El Programa de Acción de Salud Bucal para el primer semestre del año 2014 se sustenta presupuestal y operativamente en la ejecución de las estrategias y acciones planeadas, para lo cual se elaborarán programas y planes en las entidades federativas campesinas, donde se definen las metas para el primer semestre, mecanismos de evaluación e indicadores.

Las etapas de implementación consideran: diseño y planeación en los tres órdenes; difusión del programa en las unidades del Sector; elaboración, actualización y difusión de material didáctico; capacitación al personal de los comité de salud bucal (Agentes comunitarios), y definición de un sistema de evaluación y seguimiento para la medición de resultados y toma de decisiones, lo que permitirá en su conjunto un mejor funcionamiento del Programa en todas las instituciones del SSC.

El sistema de monitoreo y seguimiento consiste en la recopilación permanente de datos sobre el impacto y funcionalidad del programa considera los recursos disponibles en financiamiento, grado de experiencia y recursos humanos. Incluye además la valoración de los determinantes, entornos y problemática que influyen en el desempeño por niveles de atención, instituciones y entidades campesinas.

Es necesario fortalecer el monitoreo y seguimiento continuo del Programa en todos sus componentes con recursos específicos que permitan contar con

información para la elaboración de estadísticas que den cuenta de las metas de prevención y control de las enfermedades bucales de manera sectorial, para mejorar el desempeño y disminuir el ausentismo de las comunidades campesinas y por tanto, conocer los logros del programa.

El monitoreo y control, estará a cargo del Jefe de Odontólogos del Seguro Social Campesino y del Coordinador de Odontólogos Regional Norte y se apoyará en los diferentes sistemas de información y estadística existentes, así como aquellos que se desarrollarán, para complementar la información necesaria para el seguimiento y evaluación de las acciones, apoyados a la vez por los mecanismos de supervisión en los diferentes niveles gerenciales del Seguro Social Campesino.

Se deberá evaluar trimestralmente el desempeño de las estrategias del Programa en las unidades de los distintos dispensarios del SS. Con la finalidad de medir el avance del programa al interior de los servicios, y detectar áreas de oportunidad, se cuenta con indicadores de proceso y de resultado. Su aplicación permite dar seguimiento y detectar desviaciones en las estrategias del Programa.

La evaluación será dinámica y permanente, se realizara por lo tanto antes, durante y después de la ejecución del programa, con la finalidad de asegurar la calidad del proyecto y será medida por los indicadores en base esta satisface las exigencias de las comunidades, el grado de respuesta del proyecto a la satisfacción de los afiliados, tendrá un carácter permanente, multidisciplinario y sectorial con una periodicidad trimestral, semestral y anual.

Los resultados se difundirán a todos los niveles para garantizar la retroalimentación que permita dar seguimiento y corregir las desviaciones detectadas del programa. (Ver matriz de Gant)

5.8.7. ANÁLISIS COSTO - BENEFICIO

La presente propuesta estará definida por la comprobación de su costo de inversión versus su costo beneficio, donde se demuestra que la propuesta es sustentable y factible.

El costo Análisis de Costo Efectividad vs El costo Análisis de Costo de Beneficio, se hace con la finalidad de medir los costos de acciones alternativas para hacer la que la propuesta sea sustentable mediante el uso de los recursos para lograr un objetivo determinado. Es decir son estimaciones de costos probables de acciones de rendimiento o productividad de recursos. (2013, *BuenasTareas.com.*)

CONCURSO DE PINTURA ESCOLAR “SONRISAS SALUDABLES”

- Convocatoria de Escuelas del área de Montecristi.
- Definir lugar.
- Suministros para Pintar.
- Refrigerios para los presentes.
- Animación.
- Premios.
- 3 categorías (4 a6, de 7 a 9, de 10 a12)

CASA ABIERTA

- Definir lugar.
- Estantes de Salud oral.
- Volantes
- Perifoneo(animación).
- Títeres

REUNIÓN DE FIN DE AÑO SOCIALIZACIÓN DEL PROGRAMA CON ACTORES ZONA.

- Salón tentativo.
- Almuerzo.

TABLA 17: GASTOS DE PERSONAL TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO

ACTIVIDAD	FRECUENCIA	PRESUPUESTO UNITARIO	PRESUPUESTO ANUAL
Coach comunicacional para capacitación de personal de salud, líderes y agentas comunitarios		5.000,00 USD	10.000,00 USD
Capacitación a Líderes y agentes comunitarios	Mensual	\$500,00 USD	\$6.000,00 USD
Capacitación a Odontólogos	Trimestral	\$3.000,00 USD	\$12.000,00 USD
Difusión del programa "Familias Saludables"	Trimestral	\$1.300,00 USD	\$5.200,00 USD
Casas Abiertas	Trimestral	\$600,00 USD	\$2.400,00 USD
Clubes de agentes comunitarios	Mensual	\$150,00 USD	\$1.800,00 USD
Concurso escolar "Sonrisas saludables"	Semestral	\$1.500,00 USD	\$3.000,00 USD
Caravanas de Salud	Semestral	\$800,00 USD	\$1.600,00 USD
Reunión de fin de año informe del programa con actores zona.	Anual	\$5.000,00 USD	\$5.000,00 USD
TOTAL		\$17.850,00 USD	\$47.000,00 USD

*Fuente: Corporación Manabí Productivo.
Elaborado por: Dra. Carolina López.*

El costo Beneficio es la técnica que nos permitirá demostrar el alcance de la propuesta de inversión, su radio de acción en este caso el número de población intervenida que será beneficiada, el costo monetario a invertir por persona, es decir que en forma conjunta con el análisis de costo efectividad se demuestra la factibilidad de cumplimiento de los objetivos de este trabajo.

La efectividad depende de tres factores:

- De la eficacia, es decir de los resultados obtenidos si las intervenciones se aplicaran en condiciones óptimas, que es una estimación del beneficio potencial de la medida.
- De la penetración (o cobertura) que es la capacidad del programa de alcanzar a la población objetivo.
- Del comportamiento (observancia) de los beneficiarios potenciales y de los profesionales en relación al cumplimiento de las recomendaciones técnicas.

Concha, *et al* (1999).

ALIANZAS ESTRATEGICAS COMUNALES.

La presente propuesta pretende constituirse en un aporte al SSC en su afán de universalizar sus programas de salud, destinando recursos propios y de alianzas con los sectores públicos y privados, como son: Municipio, Prefectura, empresa privada, entre otros. No obstante siempre la comunidad está presente

en cada una de las labores a realizarse para lograr que la salud dental sea una cultura y hábito de higiene que se apodere de las futuras generaciones.

MATRIZ DE GANT

CRONOGRAMA DE TRABAJO	MESES																																																																					
	ENERO					FEBRERO					MARZO					ABRIL					MAYO					JUNIO					JULIO					AGOSTO					SEPTIEMB.					OCTUBRE					NOVIEMB.					DICIEMB.														
SEMANAS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5										
ACTIVIDAD																																																																						
1. Capacitar y asesorar técnicamente a los profesionales odontólogos y agentes comunitarios de Salud en temas de promoción, prevención, control y tratamiento de enfermedades sistémicas y bucales.																																																																						
2. Crear un comité de Salud entre los campesinos y capacitarlos para q sirvan de apoyo al programa de salud.																																																																						
3. Reuniones con el sector público y privado para conseguir recursos monetarios y apoyo logístico.																																																																						
4. Realizar reuniones de trabajo una vez al mes con el personal del SSC y Comité Salud.																																																																						
4. Realizar el evento “Caravanas de Salud”.																																																																						
5. Elaborar materiales educativos y didácticos referentes a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades sistémicas y bucales (grupos de edades).																																																																						
6. Realizar el evento “Casa Abierta” para la Socialización del Programa Cero Caries con las Escuelas de la zona.																																																																						
7. Realizar el resumen ejecutivo cada tres meses. Para monitoreo y control del plan de acción.																																																																						

TABLA 18: MATRIZ GANT DE LA PROPUESTA.
 ELABORADO POR: Dra. Carolina López Andrade

CONCLUSIONES

- El gerenciamiento de la salud integral en nuestro país constituye un reto, donde se evidencian cada vez más la ausencia de personal administrativo en estos servicios, se necesita de profesionales que cuenten con conocimientos gerenciales modernos aplicables a la realidad comunitaria, para iniciar un proceso de mejora en los servicios basada en una salud familiar preventiva,ofertando calidad de servicios con personal calificado, distribuidos de acuerdo a la realidad local.
- Con el conocimiento de herramientas gerenciales se espera que el personal este lo suficientemente capacitado para solucionar cualquier situación en cuanto a control de los procedimientos de manera sencilla y práctica, para unir los procesos administrativos con los clínicos con el fin de disminuir el tiempo que el paciente permanece en los dispensarios de salud.
- Atraves del análisis de la percepción de los usuarios a los servicios de salud, se puede determinar las necesidades y el estado de salud de la población, del servicio y del personal,guía clave para mejorar los requerimientos del individuo, la familia y la comunidad evitando así el empobrecimiento de la población por enfermedad, mejorando los canales de comunicación que muchas veces impiden llegar a una

mayor participación directa de la población y de sus organizaciones representativas.

- Para iniciar un proceso de mejora en atención bucal, es necesario fortalecer una cultura basada en la promoción de la salud y el autocuidado, reconociendo a la familia como el núcleo ideal para el fortalecimiento de los hábitos saludables, esto además de beneficiar a las comunidades, también será beneficioso para las instituciones de salud que verán reducidos sus gastos.
- La propuesta está enfocada en poder contribuir a reducir la pésima salud oral en las comunidades rurales marginales, realizando una odontología preventiva bajo un Modelo de atención odontológica integral con enfoque familiar y comunitario.
- El desarrollo de los programas de salud no solo corresponden a las altas autoridades de salud, debe existir delegación de la autoridad y responsabilidad hasta los niveles ocales (personal operativo y líderes comunitarios), en virtud a que quienes están más próximos y en contacto permanentes con la realidad, están en mejores condiciones de conocerlas y saber sus alternativas de solución.

RECOMENDACIONES.

- Involucrar al personal operativo de los SSC, a la población afiliada y a la población comunitaria en general en los programas de salud, y que se esta se empodere de los mismos, contribuye a garantizar la sustentabilidad y fortalecimiento de una cultura basada en la promoción y el autocuidado donde la participación multidisciplinaria se vea reflejada en todo el proceso del programa y su avance.
- Es de suma importancia la atención recibida por un paciente, el trato personalizado, la disminución del tiempo de espera para ser atendido, la realización de procedimientos clínicos adecuados, agilidad y un buen estado de la infraestructura y un personal capacitado. Se recomienda que se atienda al paciente como nos gustaría que nos atendieran.
- El profesional odontólogo debe involucrarse en la vida cotidiana de los pobladores, con la finalidad de cumplir con la acción de la propuesta que es reducir el ausentismo y promover la participación social y sectorial.
- En materia institucional se debe fortalecer la capacidad de conducción, regulación y fiscalización de bienes y servicios relacionados con el logro del objetivo de la propuesta.

BIBLIOGRAFÍA.

- Actualidad Gerencial. (2004). *Estrategias para mejorar los Servicios de Salud*, Volumen 13, No 3, USA, MSH Publications.
- ALVAREZ, Álava (1991). *Salud Pública y medicina preventiva*. México D.F., Editorial el Manual Moderno S.A., Cuarta edición.
- BARRAGÁN HL, (2007). *Fundamentos de SaludPública*. LaPlata: Argentina.
- BLANCHARD, Ken (2010). *¡A la Carga!* Como aprovechar al máximo el potencial de las personas de su empresa. Bogotá, Editorial Norma.
- BLANCO RESTREPO, Jorge (2005). *Fundamentos en Salud Pública*, Medellín, Corporación para investigaciones Biológicas, Tomo I.
- CAMPUZANO ARTETA, Álvaro (2006). OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO ESTADO DE SITUACIÓN 2006 PROVINCIA DE MANABÍ. Elaboración técnica del informe: Centro de Investigaciones Sociales del Milenio, CISMIL, con el apoyo de la Dirección de Planificación y Ambiente del Gobierno Provincial de Manabí.
- DRUKER F., Peter (*). *Los desafíos de la gerencia para el siglo XXI*. Bogotá, Editorial Norma.
- El trabajo en equipo en el programa de salud en la familia. Fortuna, Cinira M.; MISHINA, Silvana.; MATUMOTO, Silvia; Pereira, María José B. El trabajo en equipo en el programa de salud de la familia: reflexiones a partir de conceptos de un proceso grupal y grupos operativos. Rev. Latinoamericana de enfermería, Riberáo Preto, v. 13 (2), mar. /abr., 2005, p.262-268.
- ESCOBAR K., Luis Fernando (1999). INVESTIGACION CIENTIFICA PARA MEDICOS. *Manual de instrucción con aplicación de aprendizaje*, Quito, Pontificia Universidad Católica, Tercera edición.
- FRED, David. (2008). *Conceptos de Administración Estratégica*. México, Editorial Pearson Educación, décimo primera edición.
- GONZALEZ, Max, BERMEO, Amable (1995). GESTION EN LOS SERVICIOS DE SALUD. *Proyecto desarrollo de espacios saludables*, Loja, Ministerio de Salud Pública, Universidad de Loja.

- HERNÁNDEZ, FERNÁNDEZ Y BAPTISTA. (2006). Metodología de la Investigación. México, Mc Graw Hill.
- Ilustre Municipalidad de Montecristi. (2003). *Plan de Desarrollo Estratégico Cantonal de Montecristi*. Montecristi.
- INEC- CEPAL. (2005). *Proyecciones de Población y Vivienda*. Quito: INEC.
- La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. (2008). No 1, Sistemas de salud basados en la atención primaria en salud. Washington, D.C. OPS.
- LUNDIN, Stephen C (1996). *Fish*. La eficacia de un equipo radica en su capacidad de motivación. Nueva York, Editorial Kilico.
- MARTINEZ NAVARRO, M. F. (1998). *Salud pública*. Madrid, Editorial McGraw Hill Interamericana.
- *Medina Ibáñez Armando.*
2006. GUÍA PARA LA ADECUACIÓN CULTURAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD
Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- *PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012. Salud Bucal, Primera edición 2008 D.R. Secretaría de Salud, Lieja 7, Col. Juárez, México, D.F.*
- REYES, L. *Proceso Administrativo*. El Prisma Portal para Investigadores y Profesionales. México. 2010.
- ROSALES, C; Molina, Ana; Moreno Wagner. Equipo de trabajo en salud. San José: OPS/OMS, 1998.
- SIISE. (2008). *Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador*. Quito, Ecuador
- WHITMORE, John (2011). COACHING. *El Método para mejorar el rendimiento de las personas*. México, Editoriales Paidós.
- ZARATE, Jon (2008). *Gestionar un equipo*. Madrid, ESIC Editorial.

ANEXOS

ANEXO No 1

CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR. (2008).

ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE.

Sección segunda, Salud

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores y actoras en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud, articulará los diferentes niveles de atención y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

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 otros proveedores que pertenecen al Estado; con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Art. 362.- La salud como servicio público se prestará a través de las entidades Estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud

serán seguros, de calidad y calidez, garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

Art. 363.- El Estado será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.
2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones de salud.
4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.
5. Brindar atención y cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.
6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.
7. Garantizar la disponibilidad y el acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos, que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.
8. Promover el desarrollo integral del personal de salud.

ANEXO 2

CRITERIOS DE ALTERNATIVAS DE ESTRATEGIAS.

ESTRATEGIAS FO.

Abarcar al 100% la red plural, creando nuevos dispensarios médicos. O1, O3, O4, O5, O7, O8, F1, F3, F4.

De acuerdo con las políticas de gobierno se exige brindar salud integral para todos los ciudadanos, a fin de contribuir en mejorar la calidad de vida de la población, por lo tanto se debe ir incrementando el número de de profesionales y unidades de salud que cuenten con tecnología de punta apropiada, que respondan a las expectativas de los usuarios tomando en cuenta la pluriculturalidad que mejoren el estado de salud de las personas, familias y comunidades.

Mejorar la calidad de atención con la aplicación de programas y normas de procedimiento que permitan regular la relación entre el staf de los dispensarios, y del staf con el usuario. O1, O4, O6, F1, F2, F4, F7.

La aplicación de programas y normas de procedimiento, establecen las funciones y responsabilidades y el rol de cada uno del personal que labora en el centro médico, y regula y establece pautas para equilibrar la relación personal-usuario, las cuales permiten dar una mejor atención al paciente y una buena organización del staf de los dispensarios, lo que se refleja en un trabajo fusionado en función del equipo y vayan de la mano con una correcta administración, en forma planificada y organizada, que evite perdidas.

Coordinar y agendar cursos, seminarios y talleres de capacitación al personal, para el fortalecimiento de los componentes de promoción, prevención, control y tratamiento de las enfermedades, y los sistemas de vigilancia epidemiológica. F2, F4, O1, O6.

Disponer de talento humano capacitado y comprometido con la institución actualizándolo en temas de salud, administración y tecnología con el fin de mejorar la calidad y calidez de los servicios que presta el Seguro Social Campesino.

Ampliar y mejorar las instalaciones de los dispensarios, centros y subcentros médicos de las comunidades de Montecristi. F1, F7, O1, O5, O7.

Coadyuvar la ayuda que ofrece el Gobierno de la Revolución Ciudadana, establecida y amparada en su programa del plan del buen vivir, canalizando los recursos a favor de las instalaciones de salud para con proyectos factibles establecer las verdaderas necesidades y proceder a ampliar, remodelar la edificaciones o a implementar equipos y tecnología necesaria en los dispensarios del SSC a fin de ampliar la cobertura y mejorar la calidad de servicios de atención primaria.

ESTRATEGIAS – DO

Asesorar técnicamente a los responsables de programas estatales y personal operativo. O1, O6, D1, D3, D4, D6, D7.

Para que cuenten con conocimientos gerenciales modernos, herramientas, involucrados con la salud, y que puedan aplicar los manuales y normas de procedimiento que garanticen que las instituciones, y organizaciones comprometidas con este servicio ofrezcan calidad. Para ello es necesario implementar programas con visión estratégica en fomento y prevención en salud integral orientados a mejorar las condiciones de salud de las comunidades rurales, esto se logra con la identificación de las reales necesidades de cada población.

Contar con servicios de calidad que respondan a las expectativas de los usuarios tomando en cuenta su pluriculturalidad. O1, O4, O6, O7, D3, D7.

Crear centros interculturales y brigadas móviles en función de las prioridades sociales e interculturales de las comunidades así como la creación de Dispensarios Médicos y fortalecimiento de los existentes, gracias a las políticas del gobierno.

Disminuir el ausentismo de pacientes mediante intervenciones focalizadas en poblaciones aisladas que se presentan en cada región de Montecristi. D3, D6, D7, O1, O4, O6, O7.

Garantizar la aplicación de un esquema básico de prevención y actividades curativas en zonas donde no se cuenta con unidades de salud, creando planes de acción en salud integral en las comunidades marginales para mejorar las condiciones de salud, gracias a las políticas de estado, teniendo en cuenta su pluricultura. Ampliar la cobertura de los servicios mediante la creación de brigadas de servicios integrales y unidades móviles, que fomenten la prevención y la recuperación de la salud en las comunidades rurales y geográficamente aisladas.

Mejorar la cadena logística mediante la implementación de tecnologías para el manejo y monitorio de stocks de medicinas en bodega. D1, D10, O1, O3.

Que permitan mejorar el abastecimiento y entrega, programada y oportuna de fármacos, biomateriales y materiales de oficina a los dispensarios, que permitan ofrecer una atención con calidad a los usuarios.

ESTRATEGIAS - FA

Fortalecer la visión de la organización de los centros de salud, visualizando nuevas oportunidades y amenazas, enfocando la misión de la organización a orientar de manera efectiva su rumbo, facilitando la dirección y liderazgo. F1, F4, F6, F7, A1, A3, A4.

Una organización puede tener una planeación adecuada, control y procedimiento de organización y no sobrevivir a la falta de un líder apropiado, se deben crear estrategias de liderazgo situacional que permitan generar bienestar a los usuarios, y crecimiento de las organizaciones y de las comunidades.

Fortalecer la capacidad institucional en materia de conducción de las acciones sectoriales, de regulación y fiscalización de bienes y servicios relacionados al logro de los objetivos del Programa. A1, A4, A6, F2, F4, F7.

En los últimos años, producto de la reforma del sector público, se busca una mayor eficiencia, eficacia y calidad en los servicios, para que la población tenga acceso a medidas preventivas eficaces y efectivas, con tratamientos oportunos y adecuados, que disminuyan la prevalencia de las enfermedades más comunes en nuestras comunidades que nos permitan lograr nuestros objetivos, manejando presupuestos reales que eviten la escases y que regulen la inversión de recursos innecesarios.

Resolver la falta de comunicación con unidades periféricas de comunas distantes mediante la intervención de un coach comunicacional dirigido a resolver las falencias en la toma de decisión oportuna. F7, A8, A9.

En la actualidad gracias a la intervención del gobierno se está logrando una mayor cobertura en las zonas rurales de extrema pobreza o geográficamente aisladas, y debido a que no se cuenta con sistemas de informaciones modernos, existen falencias en la comunicación entre las unidades que permitan la toma de decisiones oportunas.

Fortalecer las estructuras de los diversos dispensarios de la región con el fin de mejorar la atención a los usuarios. F1, F4, A1, A3, A5, A6.

Es importante conocer los factores que alteran la salud en nuestras comunidades para mejorar oportunamente esta situación en función de las

prioridades institucionales y la política nacional de salud, garantizando que la población tenga acceso a los servicios de salud cuando lo necesite.

ESTRATEGIAS - DA

Intervención del gobierno en la elaboración y aprobación de leyes destinadas a la prevención en salud para tener una población sana y productiva, porque invertir en salud genera a largo plazo un ahorro para la nación. A1, A5, A6, D3, D7.

El gobierno está logrando una mayor cobertura en las zonas rurales de extrema pobreza o geográficamente aisladas, para fomentar estilos de vida saludable.

Planificación de las áreas coordinadoras para que el servicio posea y adquiera los recursos técnicos y materiales de buena calidad, porque si los recursos son excelentes se obtendrán óptimos resultados en los diferentes procedimientos de salud. A5, A6, D6, D9.

Contar con el recurso humano necesario. Reclutar, seleccionar y contratar personal contratado y de nombramiento de acuerdo a necesidades institucionales y que garanticen la satisfacción de los usuarios en cuanto a los servicios y seguridad en los medicamentos recibidos.

Utilizar apropiadamente los recursos disponibles dando prioridad a las necesidades sociales, desconcentrando y optimizando los servicios. A5, A6, D3, D5, D10.

Eliminado la gestión burocrática no acorde con la realidad local, económica, política y cultural de la población rural, para ofrecer calidad de servicios respaldando las acciones a realizar en el presupuesto anual operativo.

Programar la Educación sanitaria a personas, familias, núcleos sociales y comunidad. A5, A7, D3, D6, D7.

Promoción de la salud propiciando un cambio de actitud hacia la prevención, lo que ha influyendo en la conducta de las personas, familias y comunidades, en un cambio en los hábitos, disminuyendo así los factores de riesgo de las enfermedades más comunes, mediante programas de capacitación comunitaria. Aplicando un coach adaptado sencillo y fácil de difundir a nivel de la población a intervenir.

ANEXO 3

INDICADORES

El propósito de los indicadores es medir el avance permanente de los esfuerzos de prevención y control de las enfermedades bucales de acuerdo a los siguientes indicadores:

1. Índice CPOD, es la suma de los dientes cariados, perdidos y obturados.

Numerador: Número de dientes cariados + perdidos + obturados

Denominador: Número de la muestra de escolares de 12 años de edad.

2. Prevención en Escolares.

Numerador: Total de actividades preventivas en escolares

Denominador: Total de escolares afiliados

3. Esquema Básico de Prevención en Salud Bucal.

Numerador: Total de Esquemas Básicos de Prevención

Denominador: Total de pacientes de primera vez que acuden a consulta odont.

4. Fomento de actividades.

Numerador: Total de actividades preventivas realizadas

Denominador: Total de actividades preventivas programadas

5. Captación

Numerador: Total de captaciones realizadas

Denominador: Total de actividades preventivas realizadas

6. Fomento en población afiliada

Numerador: Total de actividades realizadas

Denominador: Población afiliada

7. Fomento de cursos en las Entidades Federativas

Numerador: Entidades Federativas campesinas promocionadas

Denominador: Total de entidades Federativas Campesinas

8. Material didáctico para prevención.

Numerador: # de contenidos educativos

Denominador: material didácticos elaborados

9. Actividades preventivas.

Numerador: # de acciones preventivas y curativas.

Denominador: total de pacientes atendidos.

ANEXO 4



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

ENCUESTA DESTINADA A USUARIOS DE LOS CENTROS MÉDICOS DEL SSC EN EL CANTÓN MONTECRISTI.

Fecha: /...../...../.....

Comuna:

Sitio:

Recinto:.....

Sexo:.....

Tipo de

discapacidad:.....

Edad:.....

1. ¿Cuándo fue al dentista por última vez?

Marque X

Días	
Hace un mes	
Hace un año	
Hace más de un año	

2. ¿A qué se debe su falta de asistencia a la consulta dental?

Marque X

Temor	
Falta de tiempo	
Poca confianza al personal (odontólogo)	
Incapacidad física	

3. ¿Cuándo acude a consulta dental?

| Marque X

Cuando te duele una muela	
Cuando crees tener caries.	
Por extracción de pieza dental.	
Para hacerte una limpieza dental.	
Por control.	

4. ¿Cuándo acudes a consulta soluciona el odontólogo tu problema?

Marque X

Siempre	
A veces	
Nunca	

5. ¿Cómo consideras que es el trato del odontólogo cuando acudes a consulta?

Marque X

Excelente	
Bueno	
Regular	
Malo	

6. ¿Has recibido alguna charla educativa sobre higiene oral por parte del odontólogo?

Marque X

Sí	
No	

7. ¿Alguna vez te ha realizado una limpieza dental un odontólogo?

Marque X

Sí	
No	

8. ¿Sabía Ud. que la caries dental y no tener una buena higiene oral aumenta la posibilidad de contraer enfermedades sistémicas?

Marque X

Sí	
No	

9. ¿Cuántas veces por día usted considera que debe cepillarse los dientes una persona?

Marque X

Una vez	
Dos veces	
Tres o más veces	

10. ¿Cuánto tiempo suele durar tu cepillado dental?

Marque X

Menos de un minuto	
Un minuto	
Más de un minuto	

11. ¿Acostumbra a compartir el cepillo dental con algún otro integrante de su familia?

Marque X

Sí	
No	
Rara vez	

12. ¿Cuántos dientes has perdido?

Marque X

De 2 a 4 piezas dentales	
De 6 a 10 piezas dentales	
Más de 10 piezas dentales	
Ninguno	

13. ¿Cómo calificarías la atención recibida del centro de salud del SSC de su comunidad?

Marque X

Buena	
Muy buena	
Excelente	
Regular	
Mala	

14. ¿Cuáles de los siguientes temas considera usted es lo que más necesita su comunidad en temas de salud oral?

Marque X

Información sobre oral (material didáctico informativo)	
Campañas odontológicas (niños y discapacitados de los familiares asegurados)	
Entrega de kits odontológicos (pasta, cepillo dental, hilo dental, enjuague bucal)	

ANEXO 5

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

APRECIACIONES SOBRE SU CENTRO DE LABORES

Conteste cada una de las preguntas usando una puntuación del 1 al 5.

El puntaje para cada pregunta se determinara de acuerdo a la siguiente tabla:

CODIGO	Estoy :
5	TOTALMENTE DE ACUERDO
4	MAYORMENTE DE ACUERDO
3	INDIFERENTE
2	POCAS VECES DE ACUERDO
1	TOTALMENTE EN DESACUERDO

Fuente: www.ronaldalcides.blogspot.com.
Elaborado por: Dra. Carolina López

Preg.	¿QUE APRECIACIÓN TIENE USTED DE SU CENTRO LABORAL?	PUNTAJE				
		5	4	3	2	1
Trabajo Actual						
1	Tengo claras las responsabilidades y objetivos de mi puesto de trabajo.	5	4	3	2	1
2	El trabajo en mi servicio está bien organizado.	5	4	3	2	1
3	Puedo desarrollar mis habilidades en las unidades de trabajo.	5	4	3	2	1
4	La institución proporciona información sobre mi desempeño laboral y de los logros obtenidos en los dispensarios.	5	4	3	2	1
Trabajo en General						
5	Puedo adaptarme fácilmente al ambiente de trabajo de las unidades.	5	4	3	2	1
6	La institución proporciona los recursos necesarios e instrumentos para realizar mi trabajo.	5	4	3	2	1
7	Habitualmente me siento satisfecho con mi centro laboral.	5	4	3	2	1
Interacción con el Jefe Inmediato						
8	Los jefes generalmente reconocen un trabajo bien hecho.	5	4	3	2	1

9	Los Jefes son creativos a la hora de solucionar problemas.	5	4	3	2	1
10	Los Directivos muestran dominio de sus funciones.	5	4	3	2	1
11	Los Directivos informan a los trabajadores sobre os proyectos y avances de la institución.	5	4	3	2	1
Oportunidades de progreso						
12	Existe suficiente capacitación que permita el desarrollo profesional.	5	4	3	2	1
Remuneraciones e Incentivos						
13	La remuneración es adecuada en relación al trabajo que realizo.	5	4	3	2	1
14	La institución toma en cuenta las necesidades principales del personal operativo.	5	4	3	2	1
Interrelación con los Compañeros de Trabajo						
15	Los compañeros de trabajo están dispuestos a ayudarse entre ellos para cumplir las metas.	5	4	3	2	1
Ambiente de Trabajo						
16	Tengo conocimiento claro de las normas institucionales.	5	4	3	2	1
17	El trato a os trabajadores es bueno, independientemente del cargo que ocupan.	5	4	3	2	1
18	La institución permite la libre expresión de ideas, sin temor a represalias.	5	4	3	2	1
19	Trabaja en forma conjunta y planificada con todo el personal para el cumplimiento de metas de la institución.	5	4	3	2	1
20	El nombre y prestigio del SSC es gratificante para mí.	5	4	3	2	1

Fuente: www.ronaldalcides.blogspot.com.

www.eumed.net

Elaborado por: Dra. Carolina López

ANEXO 6

PLAN COMPLEMENTARIO A SEGUIR:

TABLA: PLAN DE ACCIÓN.

LINEA DE ACCION 1	LINEA DE ACCION 2	META OPERATIVA
Fomentar la en salud oral integral de las comunidades rurales con medidas de programas preventivos.	Garantizar a cada uno de los usuarios de los servicios de salud del primer nivel de atención, la entrega del Esquema Básico del Programa Prevención de Salud Integral, durante el primer mes de desarrollo del programa.	<ul style="list-style-type: none">• Promoción del autocuidado bucal a la población en general.• Prevención de enfermedades sistémicas y bucales.
Integrar a la comunidad en general en el cuidado de salud.	Promover los hábitos diarios saludables de higiene bucal y el consumo de alimentos ricos en fibras, dando a conocer los beneficios que la salud bucal otorga a la calidad de vida, el cual se concientizara en los primeros 6 meses de desarrollo de la estrategia.	<ul style="list-style-type: none">• Eliminación de focos Infecciosos.• Tratamiento restaurativo• Actividades preventivas
Preparar y Reproducir el material educativo didáctico, para el programa "Familias Saludables".	Crear conciencia en los niños en edad escolar, con la entrega de material educativo y didáctico en las escuelas participantes supervisar su uso y difusión durante los primeros 6 meses del desarrollo del programa.	<ul style="list-style-type: none">• Contenidos educativos• Caravanas de la salud• Tratamiento

Elaborado por: Dra. Carolina López.

ACTIVIDADES OPERATIVAS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD

TABLA: ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS.

ACTIVIDAD	PARTICIPANTES
1. Crear un comité de Salud entre los campesinos y capacitarlos para q sirvan de apoyo al programa de salud.	Promotores de Salud Comunitario, Representantes Comunitarios, Odontólogo del SSC.
2. Capacitar y asesorar técnicamente a los responsables del Comité de Salud en temas de promoción, prevención, control y tratamiento de enfermedades sistémicas y bucales.	Promotores de Salud Comunitario, Representantes Comunitarios, Personal de los centros de salud del SSC.
3. Realizar una reunión de trabajo cada mes con el Comité Salud.	Promotores de Salud Comunitario, Representantes Comunitarios, Odontólogo del SSC.
4. Realizar el evento "Caravanas de Salud"	Municipio, SSC, Promotores de Salud Comunitario, Representantes Comunitarios, Odontólogo del SSC.
5. Elaborar materiales educativos y didácticos referentes a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades sistémicas y bucales (grupos de edades).	Municipio, SSC, Promotores de Salud Comunitario, Representantes Comunitarios.
6. Realizar el evento "Casa Abierta" para la Socialización del Programa Cero Caries con las Escuelas de la zona.	Odontólogos de los centros de salud del SSC. Promotores de Salud Comunitario.
7. Realizar el resumen ejecutivo al final de programa.	SSC.

Elaborado por: Dra. Carolina López.

TABLA: CRONOGRAMA ANUAL DEL PROGRAMA DE SALUD ORAL

OBJETIVO GENERAL: Reducir el rezago en atención mediante intervenciones focalizadas en la promoción, prevención, control y tratamiento de enfermedades, coadyuvando a mejorar la calidad de vida.

OBJETIVO ESPECÍFICO: Incrementar la productividad de atención en los dispensarios de salud del Seguro Social Campesino.

PROGRAMA DE SALUD BUCAL DEL SSC PARA COMUNIDADES DE MONTECRISTI						CRONOGRAMA												PRESUPUESTO	RESPONSABLE		
ESTRATEGIAS	METAS	LINEAS DE ACCION	ACTIVIDADES	MODELO OPERATIVO	INDICADOR	RESULTADOS ESPERADOS	E	F	M	A	M	JU	JL	A	S	O	N			D	
1. Capacitar al personal de los servicios de salud en materia de promoción, prevención control y tratamiento de las enfermedades bucales, los sistemas de vigilancia epidemiológica, información en salud y evaluación.	Capacitar al personal odontológico de las unidades de SSC con 4 cursos durante el periodo 2013 sobre los temas estratégicos del programa de salud bucal.	Capacitación, actualización y asesoría al personal odontológico de los servicios de salud.	<ul style="list-style-type: none"> Capacitar al personal odontológico en las estrategias del programa de salud, su ejecución y su evaluación. 	Manejo de herramientas de toma de decisiones, Manuales de procedimientos del programa, Motivación y Liderazgo, Nuevas Prácticas en Salud bucal -Definición de las estrategias de Salud bucal	Número de cursos de capacitación	1 curso por psemana 4 al mes	X														
																				XX	SSC

Elaborado por: **Dra. Carolina López A.**

Año:

TABLA: CRONOGRAMA ANUAL DEL PROGRAMA DE SALUD ORAL

PROGRAMA DE SALUD BUCAL DEL SSC PARA COMUNIDADES DE MONTECRISTI							CRONOGRAMA												PRESUPUESTO	RESPONSABLE	
ESTRATEGIAS	METAS	LINEAS DE ACCION	ACTIVIDADES	MODELO OPERATIVO	INDICADOR	RESULTADOS ESPERADOS	E	F	M	A	M	JU	JL	A	S	O	N	D			
3. Integrar y promover el esquema básico de prevención en salud integral y promocionarlo como un modelo Piloto en las comunidades de Montecristi para una mejor salud.	2013:Garantizar a los usuarios de los servicios de salud SSC, la entrega del Esquema Básico del Programa Prevención de Salud Integral, durante el primer mes de desarrollo del programa.	Fomentar el autocuidado en salud integral de las comunidades mediante la participación en el diseño del programa a nivel local.	<ul style="list-style-type: none"> •Difusión del programa de salud bucal a los habitantes de las comunidades •Elaboración de material informativo •Entrega de material informativo •Reuniones con la comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> •Promoción del autocuidado a la población en general. •Prevención de enfermedades sistémicas y bucales. 	Monitoreo y evaluación de las actividades preventivas una vez al mes	Reducción de enfermedades y prevención al 20% a finales del 2013.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
																				XX	SSC

Elaborado por: Dra. Carolina López A.

Año:

TABLA: CRONOGRAMA ANUAL DEL PROGRAMA DE SALUD ORAL

PROGRAMA DE SALUD BUCAL DEL SSC PARA COMUNIDADES DE MONTECRISTI							CRONOGRAMA													
ESTRATEGIAS	METAS	LINEAS DE ACCION	ACTIVIDADES	MODELO OPERATIVO	INDICADOR	RESULTADOS ESPERADOS	E	F	M	A	M	JU	JL	A	S	O	N	D	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
4. Promocionar acciones de prevención en salud bucal	2013: Promover los hábitos diarios saludables de higiene bucal y el consumo de alimentos ricos en fibras, las beneficios que la salud bucal otorga a la calidad de vida, el cual se concientizará en los 6 meses de desarrollo de la estrategia.	Programa "Caravanas de la Salud"	Elaborar contenidos, materiales educativos y didácticos referentes a medidas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades sistémicas y bucales, de acuerdo al grupo de edades.	<ul style="list-style-type: none"> Eliminación de focos infecciosos. Tratamiento restaurativo 	1 caravana cada 2 meses	Ampliar al 80% la conciencia del cuidado bucodental.			X			X			X			X		

Elaborado por: Dra. Carolina López A.

Año:

TABLA: CRONOGRAMA ANUAL DEL PROGRAMA DE SALUD ORAL

PROGRAMA DE SALUD BUCAL DEL SSC PARA COMUNIDADES DE MONTECRISTI

ESTRATEGIAS	METAS	LINEAS DE ACCION	ACTIVIDADES	MODELO OPERATIVO	INDICADOR	RESULTADOS ESPERADOS	CRONOGRAMA												PRESUPUESTO	RESPONSABLE
							E	F	M	A	M	JU	JL	A	S	O	N	D		
5. Eliminar barreras de acceso trabajando en forma conjunta a beneficio de la comunidad SSC- Municipio, Prefectura	<ul style="list-style-type: none"> Mitigar el ausentismo a los centros de salud del SSC al 100% al finalizar el año. 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar las barreras de accesos: Geográficas, Transporte, carreteras y socioeconómicas. Reconocer y abordar a los líderes comunitarios. Establecer los canales de comunicación entre el SSC y sus afiliados. 	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar estrategias para ampliar la cobertura y reducir las inequidades. Facilitar el dialogo para lograr consensos en los distintos grupos sociales. Identificar los grupos de riesgos que faciliten la toma de decisiones con la ayuda de la historia clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> Crear un comité de Salud entre los campesinos en el primer trimestre. Promotores de Salud Comunitario, Representantes Comunitarios, Odontólogo del SSC. 	<ul style="list-style-type: none"> Población intervenida 	<ul style="list-style-type: none"> Contar con un Coach comunicacional entre la comunidad, y entre los organismos de apoyo al programa. 														

Elaborado por: **Dra. Carolina López A.**

Año:

