



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
VICERRECTORADO DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO DE POSGRADO

TRABAJO DE GRADO PREVIA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE:
MAGISTER EN GESTIÓN EMPRESARIAL

TEMA:

**LAS REDES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y SU IMPLICACIÓN EN LA
GESTIÓN COMUNITARIA. CASO CENTRO DE SALUD PENIPE DEL ÁREA #6
GUANO / PENIPE, PERÍODO OCTUBRE DEL 2011 A JUNIO DEL 2012**

AUTOR:

LILIAN ALCIRA COLLAGUAZO GUEVARA

TUTOR:

ING. FERNANDO AVENDAÑO MGS.

RIOBAMBA - ECUADOR

AÑO

2015

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Certifico que el presente trabajo de investigación, previo a la obtención del Grado de Magíster en Gestión Empresarial, con el tema: “LAS REDES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y SU IMPLICACIÓN EN LA GESTIÓN COMUNITARIA. CASO CENTRO DE SALUD PENIPE DEL ÁREA #6 GUANO / PENIPE, PERÍODO OCTUBRE DEL 2011 A JUNIO DEL 2012”, ha sido elaborado por LILIAN ALCIRA COLLAGUAZO GUEVARA, el mismo que ha sido elaborado con el asesoramiento permanente de mi persona en calidad de Tutor, por lo que certifico que se encuentra apto para su presentación y defensa respectiva.

Es todo cuanto puedo informar en honor a la verdad.

Riobamba, 19 mayo de 2015


Ing. Fernando Avendaño Msc.

Tutor

AUTORÍA

Yo, LILIAN ALCIRA COLLAGUAZO GUEVARA con Cédula de Identidad N° 0602126807 soy responsable de las ideas, doctrinas, resultados y lineamientos alternativos realizados en la presente investigación y el patrimonio intelectual del trabajo investigativo pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Lilian Alcira Collaguazo Guevara

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la oportunidad de demostrarles a mis hijos que cuando se quiere, todo es posible.

A mis queridos maestros que con nobleza y entusiasmo vertieron todos sus conocimientos para nunca olvidar y llevarles siempre en mi mente y corazón.

A mis padres e hijos queridos, por haberme apoyado y darme ánimo para culminar una etapa más de mi vida.



Lilian Alcira Collaguazo Guevara

DEDICATORIA

Dedico a mis hijos: Edison Fernando, Byron Santiago, Richard Alexander, Bryan Daniel; a mi nuera Sofía Daniela y a mis nietos GABRIEL Y EMILIA, que son la razón de mi existencia.

A mis padres Leo y Chelita, sobrinos Cristian René y Kevin Sebastián.

Mi inmensa gratitud al ingeniero Fernando Avendaño, quien con sus conocimientos me orientó, guió y dirigió correctamente al desarrollo de la Tesis.

De igual manera doy gracias a los Miembros del Tribunal Ms. Napoleón Jarrín, Ms. Carlos Villalva y Ms. Ximena Tapia, por guiarme en la Tesis.

Y, por último, al Equipo de Salud que forma parte del Centro de Salud # 6 del Área Guano Penipe, al ingeniero Dennis Defranck y al doctor Jorge Rodríguez por facilitarme la información requerida para el desarrollo y culminación de mi Tesis.



Lilian Alcira Collaguazo Guevara

ÍNDICE GENERAL

Contenido	Pág.
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR	i
AUTORÍA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
ÍNDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE GRÁFICOS	x
ÍNDICE DE FIGURAS	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT.....	xiii
INTRODUCCIÓN	xiv
CAPÍTULO I.....	1
1. MARCO TEÓRICO.....	1
1.1 ANTECEDENTES.....	1
1.2 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.....	4
1.2.1 Fundamentación Filosófica.....	4
1.2.2 Fundamentación Epistemológica.....	5
1.2.3 Fundamentación Administrativa.....	5
1.2.4 Fundamentación Legal.....	5
1.3 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	10
1.3.1. Los Sistemas de Salud según la Organización Mundial de la Salud (OMS)	10
1.3.2. Los Sistemas Sanitarios	13
1.3.3. Los Sistemas de Salud en Latinoamérica	14
1.3.4. El Sistema de Salud en el Ecuador.....	15
1.3.5. El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural MAIS-FCI.....	20
1.3.6. Componentes de Organización del Sistema Nacional de Salud.....	27
1.3.7. Gestión.....	39

CAPÍTULO II.	53
2. METODOLOGÍA	53
2.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	53
2.1.1. Cuasi experimental	53
2.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	53
2.3. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN	54
2.3.1. Método Inductivo	54
2.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.	54
2.4.1. Encuesta	55
2.4.2. Observación	55
2.4.3. Entrevista	55
2.4.4. Diagrama de Causa Efecto	55
2.4.5. Matrices EFE, EFI y DAFO	55
2.5. POBLACIÓN Y MUESTRA	56
2.5.1. Población – usuarios del Centro	56
2.5.2. Muestra	56
2.5.3. Población y muestra de los Representantes de las Comunidades	57
2.6. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	57
2.7. HIPÓTESIS	58
2.7.1. Hipótesis General	58
2.7.2. Hipótesis Específicas	58
CAPÍTULO III.	59
3. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS	59
3.1 TEMA	59
3.2. PRESENTACIÓN	59
3.3. OBJETIVOS	60
3.3.1. Objetivo General	60
3.3.2. Objetivos Específicos	60
3.4. FUNDAMENTACIÓN	60
3.4.1. Determinar los problemas e inconformidades con el funcionamiento del MAIS y de la RPIS.	60

3.4.2. Determinar los elementos componentes de la satisfacción de los usuarios con los servicios del Centro de Salud.....	61
3.4.3. Proponer estrategias para la solución de los problemas e inconformidades detectadas.....	61
3.5. CONTENIDO	62
3.5.1. Determinación de los problemas e inconformidades con el funcionamiento del MAIS y de la RPIS.	62
3.5.2. Determinación los elementos componentes de la satisfacción de los usuarios con los servicios del Centro de Salud.	63
3.5.3. Estrategias para la solución de los problemas e inconformidades detectadas.	64
3.6. OPERATIVIDAD.....	68
CAPÍTULO IV.....	69
4. EXPOSICIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	69
4.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	69
4.1.1. Encuesta realizada a los usuarios compuesta por dos partes.	69
4.1.2. Diagrama de Causa Efecto de la Atención Primaria en la Comunidad	88
4.1.3. Percepción de los Actores Clave – Representantes de las Comunidades.	90
4.2 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS	92
4.2.1 Comprobación de la hipótesis específica No. 1.....	92
4.2.2 Comprobación de la hipótesis específica No. 2.....	95
4.2.3 Comprobación de la hipótesis específica No. 3.....	98
CAPÍTULO V.....	102
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	102
5.1 CONCLUSIONES	102
5.2 RECOMENDACIONES.....	103
ANEXOS	106
Anexo 1. Proyecto.....	106
Anexo 2. Instrumentos para la recolección de datos.....	139

ÍNDICE DE CUADROS

Contenido	Pág.
Cuadro N° 1. Hitos de la historia del sistema ecuatoriano de salud	16
Cuadro N° 2. Problemas frecuentes en el Antiguo Modelo de Salud	18
Cuadro N° 3. Distribución Por Niveles y Facultades.....	22
Cuadro N° 4. Ciclos de vida.....	24
Cuadro N° 5. Distribución de unidades operativas de la Red Pública en el I Nivel de Atención. Chimborazo 2012	35
Cuadro N° 6. Distribución de unidades operativas de la Red Pública en el II nivel de atención. Chimborazo 2012.	36
Cuadro N° 7. Comunidades del Cantón Penipe:	37
Cuadro N° 8. Población de la parroquia Penipe.....	56
Cuadro N° 9. Matriz de Evaluación de Fuerzas Externas (EFE)	64
Cuadro N° 10. Matriz de Evaluación de Fuerzas Internas (EFI)	65
Cuadro N° 11. Matriz FODA del Centro de Salud Penipe.	66
Cuadro N° 12. Edad.	69
Cuadro N° 13. Sexo.....	70
Cuadro N° 14. Grado de Instrucción.....	71
Cuadro N° 15. Razones por la que escogió el establecimiento.....	72
Cuadro N° 16. Trato en el establecimiento	73
Cuadro N° 17. Confianza brindada al usuario	74
Cuadro N° 18. Examen completo en la consulta médico.....	75
Cuadro N° 19. Explicación sobre el examen a realizar.....	76
Cuadro N° 20. Explicación fácil del problema de salud o resultado de la consulta.	77
Cuadro N° 21. Recetas Claras.....	78
Cuadro N° 22. Explicación sobre cuidados de la salud en la casa.....	79
Cuadro N° 23. Aceptar creencias	80
Cuadro N° 24. Horario de atención.....	81
Cuadro N° 25. Tiempo de espera	82
Cuadro N° 26. Comodidad en el establecimiento.	83
Cuadro N° 27. Limpieza del establecimiento.	84

Cuadro N° 28. Privacidad durante la consulta	85
Cuadro N° 29. Percepción del Usuario sobre la solución de su problema.....	86
Cuadro N° 30. Satisfacción por el servicio	87
Cuadro N° 31. Percepción de los actores clave – Representantes de las Comunidades.	91
Cuadro N° 32. Frecuencia Observada hipótesis N° 1.....	92
Cuadro N° 33. Frecuencia Esperada hipótesis N° 1	93
Cuadro N° 34. Chi cuadrado Hipótesis Específica N° 1	94
Cuadro N° 35. Frecuencia Observada hipótesis N° 2.....	96
Cuadro N° 36. Frecuencia esperada hipótesis N° 2.....	96
Cuadro N° 37. Chi cuadrado hipótesis específica N° 2.....	97
Cuadro N° 39. Frecuencia Observada hipótesis N° 3.....	98
Cuadro N° 40. Frecuencia Esperada hipótesis N° 3	99
Cuadro N° 41. Chi cuadrado Hipótesis Específica N° 3	100

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Contenido	Pág.
Gráfico N° 1. Red Pública Integral de Salud.	28
Gráfico N° 2. Red Pública y Complementaria de Salud del Ecuador.....	32
Gráfico N° 3. Edad.....	69
Gráfico N° 4. Sexo	70
Gráfico N° 5. Grado de Instrucción	71
Gráfico N° 6. Razones por la que escogió el establecimiento	72
Gráfico N° 7. Trato en el establecimiento.....	73
Gráfico N° 8. Confianza brindada al usuario	74
Gráfico N° 9. Examen completo en la consulta médico	75
Gráfico N° 10. Explicación sobre el examen a realizar	76
Gráfico N° 11. Explicación fácil del problema de salud o resultado de la consulta.	77
Gráfico N° 12. Recetas Claras	78
Gráfico N° 13. Explicación sobre cuidados de la salud en la casa	79
Gráfico N° 14. Aceptar creencias.....	80
Gráfico N° 15. Horario de atención	81
Gráfico N° 16. Tiempo de espera.....	82
Gráfico N° 17. Comodidad en el establecimiento.....	83
Gráfico N° 18. Limpieza del establecimiento	84
Gráfico N° 19. Privacidad durante la consulta.....	85
Gráfico N° 20. Percepción del usuario sobre la solución de su problema de salud.....	86
Gráfico N° 21. Satisfacción por el servicio.....	87
Gráfico N° 22. Prueba de Chi Cuadrado Hipótesis específica N° 1.....	94
Gráfico N° 23. Prueba de Chi Cuadrado hipótesis específica N° 2.....	97
Gráfico N° 23. Prueba de Chi Cuadrado Hipótesis específica N° 3.....	101
Gráfico N° 24. Prueba de Chi Cuadrado Hipótesis específica N° 3.....	101

ÍNDICE DE FIGURAS

Contenido	Pág.
Figura N° 1. Funciones Básicas de la Prestación de Servicios de Salud	12
Figura N° 2. Funciones Básicas de la Prestación de Servicios de Salud	13
Figura N° 3. Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)	21
Figura N° 4. Escenarios de atención del MAIS	26

RESUMEN

La última década ha sido para la salud en el Ecuador una época de cambios importantes, se incorpora en el año 2008, un nuevo Sistema Nacional de Salud (SNS), estructurado en un Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) y una Red Nacional, que busca a través de sus lineamientos, mejorar la calidad del servicio y alcanzar a cubrir un mayor número de personas, de forma eficiente y con calidez; pero este cambio no es una propuesta específica de nuestro País, sino que forma parte de la propuesta de la Organización Mundial que busca integrar en los países de Latinoamérica un sistema basado en la Atención Integral y en la Estructuración de Redes de Salud, que respondan a las necesidades de los pobladores, en un proceso de organización participativo y tendiente a la salud preventiva, antes que a la curativa.

Desde el momento en que se implementa el SNS en el país, una gran diversidad de situaciones positivas y negativas han demostrado aciertos y errores, por lo que luego de un período aceptable de aplicación, es pertinente realizar una evaluación, más allá de los parámetros que dicta el modelo; esto es, desde la integralidad del proceso, considerando a los beneficiarios directos. Es ante esta problemática que surge la presente investigación, en la que se realizó un análisis de las Redes del SNS y su implicación en la gestión comunitaria; en este caso, tomando como objeto de estudio la zona de influencia del Centro de Salud Penipe # 6 Guano Penipe, Período Octubre del 2011 a Junio del 2012.

Se estructuró la investigación considerando los siguientes aspectos: se partió de un análisis de investigaciones anteriores como línea de base teórica para el trabajo, se consideraron las fundamentaciones pertinentes para dar sustento a la investigación y se realizó un análisis teórico de los principales elementos que constituyen la estructura de las Redes de Salud y del MAIS; con esos antecedentes se seleccionaron los aspectos metodológicos y técnicas específicas para realizar el proceso de investigación; en tercer lugar, se establecieron los lineamientos alternativos que surgieron de los problemas y necesidades detectados en el Centro de Salud y que propone aportar una propuesta para mejorar los procesos del MAIS para alcanzar la satisfacción de los usuarios.



ABSTRACT

The last decade has been to health in Ecuador, a time of major changes; A new Model of Care Integrated Health is incorporated which seeks through its guidelines to improve service quality and cover a larger number of people, efficiently and with warmth, but this change is not a specific proposal of our country.

Under the proposal by the Health World Organization seeks to integrate at the countries of Latin America a system based on comprehensive care and the structuring of health networks that meet the needs of the people, in a participatory organization process and aimed to the preventive health care rather than curative.

Since 2008, this network is implemented in our country, a wide range of positive and negative situations have proven successes and mistakes, so after an acceptable period of application is necessary to do an evaluation, beyond the parameters dictating the model; that is, from the integrity of the process, considering the direct beneficiaries.

In this research an analysis of the networks National Health and involvement in community management was held, taking as a study area Health Center Penipe No 6 in Guano from October 2011 to June 2012. The research was structured considering the following aspects: previous research analysis as a line of theoretical basis for work, also, the foundations were considered to give support to research and a theoretical analysis of the main elements that make up the structure of the health networks in addition was conducted the comprehensive care model .

With this background the methodological and specific aspects were selected to make the research process technical aspects, in the third part guidelines alternatives emerged from the problems and needs identified in the health center, propose provide an alternative to improve established processes and proposed the model achieve customer satisfaction, on which the analysis and interpretation of data, and checking the results through statistical inference was made, stating that customers are not satisfied with this service; the community organizations have difficulty integrating the Comprehensive Health Care Model and the need to adjust the parameters of the proposed state model to integrate community organizations within the network, for this reason recommends implement the contributions of the Alternative guidelines to strengthen health care in the Spotlight No. 6 Penipe.

Reviewed by Mgs. Elsa Cevallos O.

x  
CENTRO DE IDIOMAS
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y ADMINISTRATIVAS
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
COORDINACION

INTRODUCCIÓN

Desde casi una década, el Ecuador vive un proceso de cambio, encaminado, se plantea, a crear una sociedad incluyente, solidaria y justa, con relaciones de equidad orientadas a establecer el denominado buen vivir, que se expresa en el objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir, cuyo texto es el siguiente:

“Mejorar la calidad de vida de la población es un reto amplio, que demanda la consolidación de los logros alcanzados en los últimos seis años, mediante el fortalecimiento de políticas intersectoriales y la consolidación del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad”. (SENPLADES, 2013)

En este sentido, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador es responsable de la formulación, desarrollo, implementación, control y seguimiento de las leyes, políticas y normativas de salud y es en este contexto que se plantea el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), cuyo objetivo fundamental es responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, permitiendo la integralidad en los Niveles de atención de la Red de Salud.

Este Modelo, a pesar de contener un marco conceptual bastante completo, tiene ciertos aspectos de vulnerabilidad, sobre todo en la integración de las comunidades rurales al proceso y que con el transcurso del tiempo se han ido evidenciando; es por esta razón que surge la necesidad de determinar cuáles son esos aspectos y para tal efecto se ha planteado la presente investigación sobre las Redes del Sistema Nacional de Salud y su implicación en la gestión comunitaria, tomando como objeto de estudio al Centro de Salud Penipe del Área # 6, Guano / Penipe, Período Octubre del 2011 a Junio del 2012.

La estructura de esta Tesis es la siguiente:

En el Capítulo I se establecen los antecedentes de investigaciones anteriores que permitieron contar con una línea de base teórica relacionados con las variables en estudio. En este capítulo también se exponen los elementos para la fundamentación científica del trabajo, considerando la parte Filosófica, Epistemológica, Administrativa y Legal, luego se realizó un análisis teórico en el que se investigó sobre los Sistemas de

salud según la OMS, Los Sistemas de Salud en Latinoamérica, el Sistema de Salud en el Ecuador en base a un estudio comparativo de lo que fue la salud en el país, confrontándolo con los logros alcanzados por el Sistema Actual. Posteriormente aparece un análisis más profundo del Modelo de Atención Integral y sus lineamientos para el Ecuador, finalmente se expone una conceptualización de la gestión y de la gestión a nivel comunitario, así como sobre las estrategias.

En el Capítulo II se detalla la Metodología de la Investigación aplicada, con el diseño de la investigación, el tipo de investigación, los métodos utilizados, las técnicas e instrumentos para la recolección de datos, el análisis de la población y la muestra, los procedimientos para el análisis e interpretación de los resultados y el planteamiento de las hipótesis.

En el Capítulo III se propone el lineamiento alternativo, en el que se plantea el tema, se realiza una presentación, se establecen los objetivos generales y específicos, se da fundamento al trabajo, se proponen los contenidos y se establece la operatividad.

El Capítulo IV aborda el análisis e interpretación de resultados, sobre la base de la encuesta aplicada a los usuarios del Centro de Salud, la elaboración de un Diagrama de Causa Efecto, el análisis causal de los resultados, la percepción de los actores clave, la determinación de estrategias aplicando las matrices EFE, EFI y DAFO. Por último, la comprobación de las hipótesis.

El Capítulo V se orienta a establecer generalizaciones de la investigación a través de las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I.

1. MARCO TEÓRICO.

1.1 ANTECEDENTES.

Luego de haber consultado las bibliotecas de la UNACH y de su Vicerrectorado de Posgrado e Investigación, no se encontraron trabajos relacionados específicamente con el tema de esta investigación: “Las Redes del Sistema Nacional de Salud y su implicación en la Gestión Comunitaria. Caso Centro de Salud Penipe del Área #6 Guano / Penipe”, período Octubre del 2011 a Junio del 2012, por lo que se ha utilizado la información proveniente de la bibliografía consultada y de algunos trabajos de investigación realizados en el país cercanos al tema; así como en otras universidades nacionales e internacionales.

Entre los principales trabajos cuyos contenidos se relaciona en cierto sentido con la presente investigación, se encuentra los siguientes:

Tesis: “El Plan del Buen Vivir y la corresponsabilidad de los gobiernos locales en las políticas sociales, análisis de la Secretaría Metropolitana de Inclusión Social del Distrito Metropolitano de Quito”.

Universidad: Instituto de Altos Estudios Nacionales.

Autora: Guevara Gavilanes, Sofía.

Fecha: Marzo del 2011.

Contexto: El Ecuador vive una ruptura conceptual respecto del modelo de desarrollo del Estado, que se plasma en la aprobación y puesta en vigencia de la nueva Constitución del país, donde el concepto de calidad de vida ha sido reemplazado por el de Sumak Kawsay o Buen Vivir, que busca un nuevo modelo de riqueza y redistribución.

Frente a esa realidad, se considera de fundamental importancia estudiar la propuesta institucional del Plan del Buen Vivir, que plantea la construcción del Sistema Nacional

Descentralizado de Planificación Participativa, que tiene como finalidad descentralizar y desconcentrar el poder y construir un Estado Plurinacional e Intercultural.

En este sentido se aborda el Código Orgánico de Organización Territorial Autonomía y Descentralización (COOTAD), con la que se traza la articulación de la planificación local con la nacional y se reconoce el desarrollo cantonal, distrital y regional como aportes al desarrollo nacional.

En esta perspectiva, el referido estudio aporta elementos que contribuyen a comprender ese proceso, centrándose en el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, institución que ha asumido desde hace algunos años, tareas relativas a la inclusión social y se ha convertido en un actor importante en el campo de la inclusión social por su carácter pionero en el diseño de políticas públicas y sus aportes realizados; se analizaron sus competencias, alcances y limitaciones en el nuevo marco normativo.

En la parte final se esbozaron unas conclusiones que dan cuenta del actual momento de la vida institucional que vive el país y los desafíos que enfrentan los Gobiernos Autónomos Descentralizados.

El contenido de esa Tesis aportó elementos de consideración para la presente investigación, sobre todo, en la relación entre el Plan Nacional del Buen Vivir y los GAD's.

Tesis: Análisis de la relación entre calidad y satisfacción en el ámbito hospitalario en función del modelo de gestión establecido.

Universidad: Universidad Jaume de España.

Autor: Manuel Sivera Satorres.

Fecha: Abril de 2008.

Contexto: Se analiza en esta investigación la importancia de la calidad y la preocupación constante de los centros sanitarios por su mejora continua, tanto desde el punto de vista de la planificación de la asistencia sanitaria, como de la gestión de los procesos asistenciales tanto extra como intrahospitalarios. El interés de la presente tesis doctoral se centra en el estudio de en qué medida la satisfacción con el personal médico

y de enfermería de los pacientes influye en la determinación de las distintas dimensiones de la calidad percibida por los mismos, en relación con el proceso asistencial y con el hospital en general. En concreto, se centra en el análisis de aquellos factores que en mayor medida determinan la satisfacción de los usuarios con el personal médico y de enfermería y, a su vez, la influencia de esta satisfacción sobre la calidad percibida por los pacientes en la prestación de los servicios asistenciales y con el hospital en general.

La satisfacción con el personal médico y de enfermería de los centros por parte de los pacientes, puede venir favorecido por determinados factores, éstos pueden ser: capacidad profesional, empatía, confianza que inspiran, información que se proporciona, capacidad de respuesta, coordinación, trato recibido, nivel de conocimiento del paciente y dedicación del personal.

A su vez, la satisfacción global con el hospital vendría determinada por la satisfacción con su personal y, además, por otra serie de factores tales como: equipamiento, instalaciones del interior del servicio y comodidad de las salas de espera y las consultas.

Todo ello, con la intención de poder llegar a lograr un mayor entendimiento y conocimiento de los factores determinantes de la satisfacción con el personal médico y de enfermería por parte de los pacientes y en qué medida influye la satisfacción sobre las distintas dimensiones de la calidad percibida por los mismos.

Resultaron interesantes los aspectos teóricos y prácticos investigados por ese autor.

Tesis: “Diseño de un sistema de gestión integral de seguridad y salud ocupacional aplicable a Amanco Plastigama S. A.”

Universidad: Universidad San Francisco de Quito.

Autor: Gustavo Roberto Hidalgo Flores.

Fecha: Marzo de 2008.

Contexto: Amanco Plastigama S. A. es parte de Amaneo, un grupo industrial presente en catorce países de Latinoamérica, líder en la producción y mercadeo de soluciones para la conducción de fluidos.

En el año 2003, El Grupo Amaneo emitió una directiva que consistía en que todas sus empresas debían implantar un sistema de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional, sin embargo, no estableció lineamientos ni métodos estandarizados para ser aplicados, sino que cada país debía implantar el sistema de acuerdo al grado de experiencia que los responsables tenían en ese momento. Luego de cuatro años se han planteado las siguientes interrogantes: ¿Cuál es el grado de madurez del sistema de Gestión en Seguridad y Salud Ocupacional de las empresas del Grupo Amaneo?, ¿El sistema de gestión en seguridad y Salud ocupacional bajo la norma OHSAS 18001:1999 de AMANCO PLASTIGAMA S. A. es de un nivel alto en prevención de riesgos laborales?, ¿Son verdaderamente pilares del sistema de gestión en seguridad y salud ocupacional implantado en AMANCO PLASTIGAMA S. A. la gestión administrativa, la gestión técnica y la gestión del talento humano?. Ante las interrogantes expuestas, “nos vemos en la necesidad de diseñar un sistema integral de gestión de seguridad y salud ocupacional basado en el «MODELO ECUADOR», que podría ser implantado en AMANCO PLASTIGAMA S. A. y a su vez, en un futuro cercano, ser aplicado a todas las empresas del Grupo Amaneo y de esta manera se podría realizar un efectivo benchmarking entre los sistema de Gestión en Seguridad y Salud Ocupacional implantados, con procedimientos y métodos estandarizados”.

Esta investigación fue de apoyo para el desarrollo de la presente tesis, sobre todo en el momento que se analizaron los procedimientos y métodos estandarizados.

1.2 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.

1.2.1 Fundamentación Filosófica

La salud como factor prioritario en el desarrollo de las capacidades humanas, es un elemento fundamental en el análisis de los procesos de la transformación de las sociedades y la comprensión del hombre; de acuerdo a la filosofía, se lo analiza desde el contexto de su integralidad, es decir: “como cuerpo físico y materia generando pensamiento, lo que significa que el ser humano es quien conoce la realidad, la interpreta y transforma en su beneficio”. (Lenin, 1986, pág. 348)

Considerando lo anteriormente expuesto, se establece como fundamento filosófico para esta investigación los preceptos del Materialismo Dialéctico e Histórico, ya que la problemática de la salud es una parte del proceso social, que ha estado presente en la realidad objetiva desde los inicios de la civilización.

1.2.2 Fundamentación Epistemológica.

Epistemológicamente esta investigación se enmarca en los lineamientos del racionalismo crítico, que establece a la razón como el factor fundamental para el conocimiento de la realidad; sin embargo, dicen los racionalistas críticos que: “el conocimiento jamás es completo, por lo que está sujeto a revisión” (Russell & Iñigo, 1928).

De la misma forma esta investigación se basa en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), pero que en su contexto tiene desfases que lo hacen incompleto y existen situaciones que no se ajustan a la realidad dentro de las comunidades en el sector rural.

1.2.3 Fundamentación Administrativa.

Desde el punto de vista teórico de la gestión administrativa, la presente investigación se basó en la Teoría de Sistemas, que concibe a las empresas como “sistemas sociales inmersos en sistemas que se interrelacionan y afectan mutuamente”. (Boulding , 1989)

La Salud Pública en el Ecuador está estructurada como un sistema que se orienta al “Buen Vivir”, integrándose a la sociedad como una estructura que busca mejorar la calidad de vida de los habitantes, pero que guarda en su esencia una serie de procesos que son generados desde los criterios de la administración y la gestión de sistemas, aunque no son ideas completas y están sujetas a revisión, de ahí que desde la perspectiva administrativa, se pretende establecer cuáles son los puntos críticos para que a través de la teoría de sistemas, sean revisados y corregidos.

1.2.4 Fundamentación Legal

La investigación se fundamentó en los siguientes cuerpos legales.

- **Constitución de la República del Ecuador**

“Art. 3.- Son deberes primordiales del Estado:

1. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.

Art. 25.- Las personas tienen derecho a gozar de los beneficios y aplicaciones del progreso científico y de los saberes ancestrales.

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el Buen Vivir (Capítulo II, Sección 7).

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los Servicios de Salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

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

Art. 66.- Se reconoce y garantizará a las personas: El derecho a tomar decisiones, libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones

se den en condiciones seguras que garantizará a las personas el derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios.

Art. 95.- Las ciudadanas y ciudadanos, en forma individual y colectiva, participarán de manera protagónica en la toma de decisiones, planificación y gestión de los asuntos públicos, y en el control popular de las instituciones del Estado y la sociedad, y de sus representantes, en un proceso permanente de construcción del poder ciudadano. La participación se orientará por los principios de igualdad, autonomía, deliberación pública, respeto a la diferencia, control popular, solidaridad e interculturalidad.

La participación de la ciudadanía en todos los asuntos de interés público es un derecho, que se ejercerá a través de los mecanismos de la democracia representativa, directa y comunitaria.

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

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del Sistema a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

Art. 362.- La atención de 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, y 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, curación, rehabilitación 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 públicas 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 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 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”. (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

- **Ley Nacional de Salud.**

“Art. 2.- Finalidad y Constitución del Sistema.- El Sistema Nacional de Salud tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud. Estará constituido por las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan funcionalmente sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes.

Art. 3.- Objetivos.- El Sistema Nacional de Salud cumplirá los siguientes objetivos:

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

Art. 4.- Principios.- El Sistema Nacional de Salud, se regirá por los siguientes principios.

- 1) Equidad. Garantizar a toda la población el acceso a servicios de calidad, de acuerdo a sus necesidades, eliminando las disparidades evitables e injustas como las concernientes al género y a lo generacional.
- 2) Calidad. Buscar la efectividad de las acciones, la atención con calidez y la satisfacción de los usuarios.
- 3) Eficiencia. Optimizar el rendimiento de los recursos disponibles y en una forma social y epidemiológicamente adecuada.
- 4) Participación. Promover que el ejercicio ciudadano contribuya en la toma de decisiones y en el control social de las acciones y servicios de salud.
- 5) Pluralidad. Respetar las necesidades y aspiraciones diferenciadas de los grupos sociales y propiciar su interrelación con una visión pluricultural.
- 6) Solidaridad. Satisfacer las necesidades de salud de la población más vulnerable, con el esfuerzo y cooperación de la sociedad en su conjunto.
- 7) Universalidad. Extender la cobertura de los beneficios del Sistema, a toda la población en el territorio nacional.
- 8) Descentralización. Cumplir los mandatos constitucionales que consagren el sistema descentralizado del país.
- 9) Autonomía. Acatar la que corresponda a las autonomías de las instituciones que forman el Sistema.

Art. 6.- Modelo de Atención.- El Plan Integral de Salud, se desarrollará con base en un modelo de atención, con énfasis en la Atención Primaria y Promoción de la Salud, en procesos continuos y coordinados de atención a las personas y su entorno, con mecanismos de gestión desconcentrada, descentralizada y participativa. Se desarrollará en los ambientes familiar, laboral y comunitario, promoviendo la interrelación con la medicina tradicional y medicinas alternativas” (Ley Orgánica de Salud, 2010).

1.3 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

1.3.1. Los Sistemas de Salud según la Organización Mundial de la Salud (OMS)

La salud es un elemento fundamental para el desarrollo sostenible y, sobre todo, un indicador básico de los logros alcanzados por cada nación. En países de economías pobres y medias, durante el último decenio los avances en materia de salud han sido

impresionantes, esto se ve reflejado en la disminución de los índices de mortalidad materno infantil y se ha demostrado también por el avance en la lucha de enfermedades que en décadas pasadas tenían un alto índice de morbimortalidad; sin embargo, queda todavía mucho por hacer, en este sentido muchos países han emprendido programas importantes para preservar y mejorar los avances alcanzados, en busca de la cobertura universal de la salud.

Dictando las políticas de desarrollo en el ámbito de la salud, la Organización Mundial de la salud plantea la estructuración de sistemas integrales, cuya injerencia se ha visto evidenciada en la mayoría de países de Latinoamérica. Al respecto plantea:

“Para avanzar hacia la cobertura universal, se requieren sistemas de salud fuertes y eficientes, capaces de prestar servicios de calidad acordes con las muy diversas prioridades sanitarias de cada país”. (Organización Mundial de la Salud, 2012).

Esto, a su vez, exige unos sistemas de financiación sanitaria que permitan obtener fondos suficientes para la salud, un acceso a los medicamentos esenciales, unos sistemas adecuados de gobernanza y de información sanitaria, unos servicios centrados en el usuario y una fuerza de trabajo debidamente formada y motivada, por citar solo algunos ejemplos.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS): “Los Sistemas de Salud están conformados por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales, que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad, presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción” (OPS, 2014) .

De acuerdo a lo propuesto por Murray y Frenk “los objetivos finales, básicos, medulares o intrínsecos de los Sistemas de Salud son tres: i) mejorar la salud de la población; ii) ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los Servicios de Salud y iii) garantizar seguridad financiera en materia de salud. Se trata de objetivos intrínsecos en tanto que son deseables en sí mismos” (Murray & Frenk, 2000, pág. 43).

Los referidos autores afirman que “La razón de ser de todo sistema de salud es mejorar la salud. Esto implica alcanzar el mejor nivel posible de salud para toda la población durante todo el ciclo de vida, lo que a su vez supone contar con un Sistema de Salud efectivo”. Sin embargo, exponen: “en ocasiones se puede proteger o mejorar la salud promedio de la población, atendiendo de manera desproporcionada las necesidades de ciertos grupos privilegiados. Esto no es deseable”. (Murray & Frenk, 2000, pág. 44)

El Sistema de Salud, por este hecho, debe tener el compromiso de disminuir las discrepancias, procurando mejorar la condición de los Servicios de Salud para aquellos que se encuentran en las peores situaciones, por lo que el Sistema de Salud debe ser ecuánime. Los Sistemas de Salud tienen otros objetivos, que están orientados a la disponibilidad de insumos, el acceso y utilización de los servicios y el uso eficiente de los recursos. Todos estos y otros encaminados a alcanzar los objetivos intrínsecos de la salud y de sus Sistemas. De acuerdo con el esquema de Murray & Frenk “los objetivos de un Sistema de Salud se alcanzan mediante el desempeño de cuatro funciones básicas: la prestación de servicios, el financiamiento de dichos servicios, la rectoría del sistema y la generación de recursos para la salud” (Murray & Frenk, 2000, pág. 45).

En la figura que aparece a continuación pueden observarse las diferentes funciones, según los referidos autores.

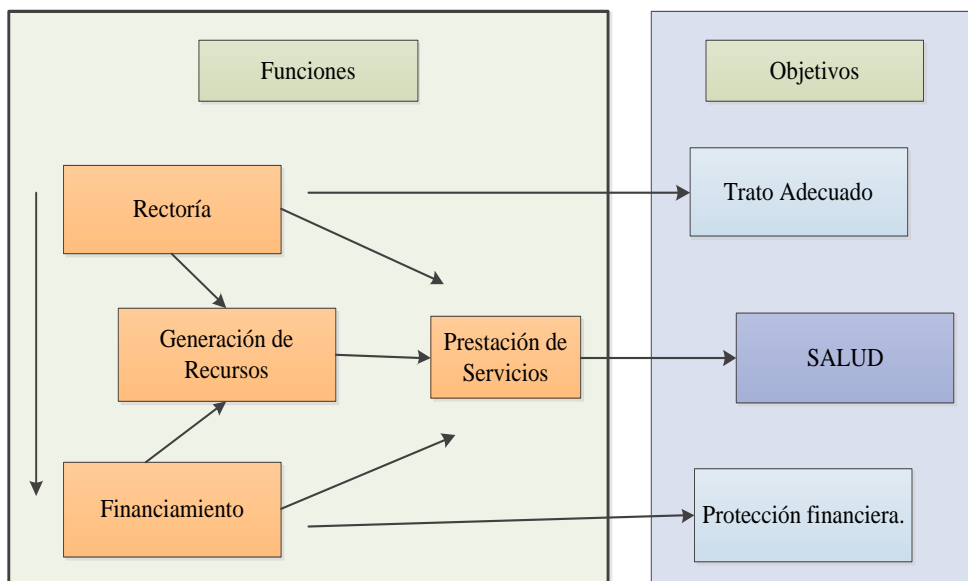


Figura N° 1. Funciones Básicas de la Prestación de Servicios de Salud

Fuente: Murray Christopher y Frenk, Julio, 2008

1.3.2. Los Sistemas Sanitarios

Son las estructuras que suministran servicios sanitarios en los diferentes hospitales, centros de salud, funcionarios profesionales y Servicios de Salud pública, así como otras redes, sectores, instituciones, ministerios y organizaciones; con la única finalidad de conseguir mejorar la calidad de salud en todos los aspectos de las personas, en forma individual o colectiva. Los Sistemas Sanitarios son, por tanto, uno de los más importantes indicadores para analizar la condición de bienestar de un grupo humano y su nivel de desarrollo.

En la siguiente figura se puede observar la relación que garantiza el acceso equitativo a determinados servicios básicos sanitarios y de la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad



Figura N° 2. Funciones Básicas de la Prestación de Servicios de Salud

Fuente: Murray Cristopher y Frenk, Julio, 2008

Todos los Sistemas Sanitarios son además complejos y sólo parcialmente descriptibles, dado el elevado número de componentes y la falta de información adecuada sobre algunos de ellos y sus componentes.

Los Sistemas Sanitarios son además abiertos e interrelacionados con factores determinantes de otros sistemas, como: el político, el fiscal o el educativo; en este

sentido, todos los responsables de los sistemas sanitarios demandan que el político priorice el interés por el sistema correspondiente, dedicándole la mayor cantidad posible de recursos financieros y, a la vez, “intentando educar a la población para que haga un adecuado uso del mismo, con el objetivo de optimizarlo y de que cumpla su principal misión, que es el mantenimiento y la mejora del nivel sanitario de la población que cubre”. (Murray & Frenk, 2000) .

Según la OMS a cualquier sistema sanitario que intente ser óptimo se le deben exigir las siguientes cualidades:

- “Universalidad o cobertura total de la población sin ninguna distinción.
- Atención integral, significa que el sistema sanitario debe atender no solo a la “asistencia”, sino un conjunto amplio, a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- Equidad en la distribución de los recursos.
- Debe ser eficiente, es decir, mejores prestaciones y mejor nivel de salud al menor costo.
- Flexibilidad, con objeto de poder responder ágilmente a las nuevas necesidades, esta cualidad la venden especialmente los modelos liberales.
- Participación real de la población en la planificación y gestión del sistema sanitario” (Organización Mundial de la Salud, 2012)

Gracias a los Sistemas Sanitarios la población ha mejorado su calidad de vida.

1.3.3. Los Sistemas de Salud en Latinoamérica

Los orígenes de los Sistemas de Salud en Latinoamérica se basan en premisas de Sistemas de Salud del primer mundo; sin embargo, los problemas y los retos que afrontan son muy similares. De acuerdo a la OMS “todos ellos tienen cinco grandes objetivos finales: 1) buena salud, 2) buena distribución de ésta en la población, 3) financiación equitativa, 4) mejor respuesta y 5) respuestas más equitativas a las expectativas de la población en cuanto a la atención en salud”. (Organización Mundial de la Salud, 2012)

Estos objetivos se basan en las actuales condiciones de los Sistemas de Salud y, por ello, deben afrontar desafíos en lo que tiene que ver con la estructura y las formas como se brinda la atención en salud a la población, lo cual está a cargo de los principales actores del sector salud, sobre todo el Estado y los médicos, que son quienes de una u otra manera, asumen la dirección y dictan las políticas y los parámetros que se manejan en el sector.

En la actualidad los Sistemas de Salud en Latinoamérica tienen una gran cantidad de retos que afrontar en relación a los objetivos que propone la OMS, considerando que la dinámica social y los procesos de globalización, dan lugar a un contexto en el que el papel del Estado tiene mayor intervención.

“Los Sistemas de Salud de la región pueden establecerse en cuatro grupos, según su grado de fragmentación (integrado o segmentado) y participación del sector privado en el aseguramiento y la prestación de servicios dentro de los Sistemas Públicos de Salud o de los sistemas de seguridad social. Sólo una minoría de los países de la región tiene Sistemas Integrados de Salud (países angloparlantes del Caribe, Costa Rica, Brasil y, muy recientemente Uruguay); en tanto que son mayoría los países que tienen sistemas altamente segmentados por grupos poblacionales”. (Gideón, Villar, & Ávila, 2010)

En los sistemas integrados existían tradicionalmente Sistemas Nacionales de Salud, que ofrecían una atención que cobijaba todos los niveles de atención y a (casi) toda la población dentro de un único sistema público. Sin embargo, en algunos países estos sistemas han ido evolucionando hacia otros, con un mayor pluralismo de los actores, como es el caso del Ecuador.

1.3.4. El Sistema de Salud en el Ecuador.

El Sistema de Salud de Ecuador está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende al Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), los Servicios de Salud de las Municipalidades y las Instituciones de Seguridad Social (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL). El MSP ofrece servicios de atención de salud a

toda la población. El MIES y las municipalidades cuentan con programas y establecimientos de salud en los que también brindan atención a la población no asegurada. Las instituciones de seguridad social cubren a la población asalariada afiliada.

El sector privado comprende entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina prepagada) y organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y de servicio social. Los seguros privados y empresas de medicina prepagada cubren aproximadamente al 3% de la población perteneciente a estratos de ingresos medios y altos. Además, existen cerca de 10.000 consultorios médicos particulares, en general dotados de infraestructura y tecnología elementales, ubicadas en las principales ciudades y en los que la población suele hacer pagos directos de bolsillo en el momento de recibir la atención. (MSP, 2012).

Los hitos más trascendentales de la historia de la Salud Pública en el Ecuador se detallan en el siguiente cuadro.

Cuadro N° 1. Hitos de la historia del sistema ecuatoriano de Salud

Año	Acción
1935	Establecimiento del Servicio Médico del Seguro Social como sección del Instituto Nacional de Previsión (actual Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social);
1951	Creación de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer;
1967	Creación del Ministerio de Salud Pública;
1980	Creación del Consejo Nacional de Salud;
1994	Promulgación de la Ley de Maternidad Gratuita;
1998	Reforma constitucional: nueva sección específica sobre salud;
2001	Promulgación de la Ley sobre Seguridad Social;
2006	Creación del Programa de Aseguramiento Universal en Salud;
2008	Incorporación de un capítulo específico sobre salud a la nueva Constitución, que reconoce a la protección de la salud como un derecho humano; e
2009	Inicio de la construcción de la propuesta de Red Pública Integral de Salud, a partir de su incorporación en la nueva Constitución.

Fuente: (Lucio, Villacrés, & Enríquez, 2011)

Elaborado por: Lilian Collaguazo

“El inicio del actual gobierno se encuentra con un sector salud que presenta las consecuencias de un prolongado deterioro, producto de las políticas neoliberales de los años 90 y de la inestabilidad democrática de inicios del 2000” (OPS, 2008). Se puede ver la reducción progresiva del presupuesto de salud, mecanismos llamados de autogestión que implicaban cobro directo por los servicios al usuario, traspaso sin financiamiento de servicios para municipios, falta de inversión en infraestructura, en recurso humano y pérdida de rectoría, que daba como resultado baja cobertura y calidad de los servicios públicos, con el consecuente aumento de gasto de bolsillo, que afectó principalmente a la población más pobre

“La intervención en el sector salud implicaba, entonces, el rescate de una institución en profunda crisis, que ha requerido dos condiciones indispensables: un enorme esfuerzo fiscal para tratar de cerrar las brechas de calidad y accesibilidad en la atención y gran firmeza política para recuperar la gobernabilidad del sector, reformando los marcos normativos e institucionales para rescatar la autoridad sanitaria del Estado y particularmente del Ministerio de Salud Pública (MSP)”. (Malo & Malo, 2014)

Esta situación puede resumirse en los siguientes aspectos:

a) Un sistema de salud segmentado, o sea,

- Múltiples financiadores y proveedores.
- Acción desarticulada en los procesos de salud.
- Debilitamiento de la Rectoría.
- Liderazgo del MSP sobre el sector salud limitado.

b) Brechas y barreras.

- Brechas
- Escasez o ausencia de personal.
- Calidad y capacidad resolutoria heterogénea.

Barreras en el acceso

- Geográficas.
- Culturales.
- Por congestión.
- Por desabastecimiento.

c) Enfoque en lo curativo

- Modelo de atención actual centrado en la enfermedad, el cuidado de episodios agudos y la atención hospitalaria.
- Evidencias epidemiológicas hacia un aumento de la incidencia de enfermedades crónico degenerativas, pero aún prevalecen enfermedades carenciales y transmisibles.
- “Mayor acción necesaria hacia determinantes de la salud” (MSP, 2012)

Este sistema acarreó graves problemas en la cobertura de salud, reflejándose en los siguientes problemas:

Cuadro N° 2. Problemas frecuentes en el Antiguo Modelo de Salud

Objetivos	Situación
SALUD	Bajos niveles de cobertura, protección insuficiente particularmente para grupos de bajo ingresos, el sistema de salud ecuatoriano muestra la tradicional fragmentación y segmentación de los subsectores públicos. Con escasa complementariedad y articulación de sus instituciones y establecimientos. Desabastecimiento frecuente de medicamentos. Múltiples actores gestionan y prestan servicios a poblaciones cerradas.
PROTECCIÓN FINANCIERA	Gastos de bolsillo elevado (59% del gasto total).
EQUIDAD	Reproducción de desigualdades estructurales: (MSP-para pobres; IESS para trabajadores formales; sistema privado/ricos). Conjunto de beneficios desigual, atención diferenciada según grupos poblacionales, inequidad de acceso.

Fuente: (MSP, 2012)

De acuerdo a lo expuesto en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS): En el país el Sistema Nacional de Salud se ha caracterizado por estar fragmentado, centralizado y desarticulado en la provisión de Servicios de Salud, otra de sus características ha sido la preeminencia del enfoque biólogo - curativo en la atención, centrado en la enfermedad y la atención hospitalaria; con programas de salud pública de corte vertical, que limitan la posibilidad de una atención integral e integrada a la población. En este sentido, las políticas anteriores a este proceso, de corte neoliberal, fueron muy eficaces en cuanto a acentuar estas características y, además, dismantlar la institucionalidad pública de salud, debilitando también la capacidad de control y regulación de la Autoridad Sanitaria.

Esto conllevó a profundizar la inequidad en el acceso a los Servicios de Salud de los grupos poblacionales en situación de pobreza y extrema pobreza. Fueron marcadas las barreras de acceso a nivel geográfico, cultural, económico; es así que el gasto directo de bolsillo en el país representó casi el 50% en las economías de las familias ecuatorianas.

A pesar del reconocimiento acerca de la importancia de que los Servicios de Salud se encuentren organizados por niveles de atención, el primero y segundo nivel de atención en los que se puede resolver más del 90% de los problemas de salud, en el sector público, han estado debilitados por los bajos presupuestos, el abandono de los establecimientos, la escasez e inestabilidad laboral del personal e incidieron en una limitada capacidad resolutoria y la consiguiente pérdida de confianza por parte de la población en el Sistema Nacional de Salud.

De igual manera, el III nivel de atención, que es predominantemente hospitalario de mayor complejidad, sufrió el embate del progresivo dismantelamiento de los servicios públicos, expresados en la falta de recursos y la baja calidad del gasto por la debilidad en los procesos de supervisión y control. Además, la situación se complicó por la ausencia de un sistema integrado de información que permitiera obtener datos reales, necesarios para la planificación, toma de decisiones y monitoreo de los resultados sanitarios y de la gestión.

En sus inicios, el actual MAIS tuvo que enfrentar, a más de los rezagos de estos problemas, nuevos retos y necesidades, producto de cambios en el perfil demográfico y

epidemiológico. Es así que la tendencia a la disminución de la tasa de fecundidad, que en el período 1950-1955 fue de 6,7; pasó a 2,6 en el período 2005-2010.

La pirámide poblacional, muestra una estructura demográfica joven, los grupos etarios de 0 a 24 años constituyen algo más del 50% del total de la población, con más del 30% de menores de 15 años. La expectativa de vida es de 75 años (72,1 para hombres y 78 para mujeres) y el porcentaje de personas de la tercera edad es del 6,19 %.

En cuanto al perfil epidemiológico, el país está experimentando un giro de las causas de mortalidad hacia los problemas crónicos degenerativos, la emergencia de las entidades infecciosas y la presencia de riesgos que favorecen el incremento de las lesiones accidentales, intencionales, los trastornos mentales y emocionales y los vinculados al deterioro ambiental.

1.3.5. El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural MAIS-FCI

1.3.5.1. Definición

De acuerdo al Manual del MAIS – FCI (Ministerio de Salud Pública, 2012):

“El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) es el conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, permitiendo la integralidad en los tres niveles de Atención en la Red de Salud”. (MSP, 2012).

Por tanto, el MAIS-FCI especifica cómo van a interactuar los actores de los sectores público y privado, los miembros de la red de Servicios de Salud y la comunidad para llevar a cabo las gestiones conjuntas que permitan dar soluciones integrales a las necesidades o problemas de salud de la comunidad, contribuyendo de esta manera a mejorar su calidad de vida.

El Nuevo Modelo de Atención Integral de Ministerio de Salud Pública, busca el fortalecimiento de la rectoría del MSP, organizando y racionalizando la distribución de funciones institucionales.

En la figura que aparece a continuación, pueden observarse los diferentes componentes del MAIS, en el que se destaca la organización, unión y apoyo de los Niveles, con la única finalidad de dar atención eficiente y con calidez al usuario.

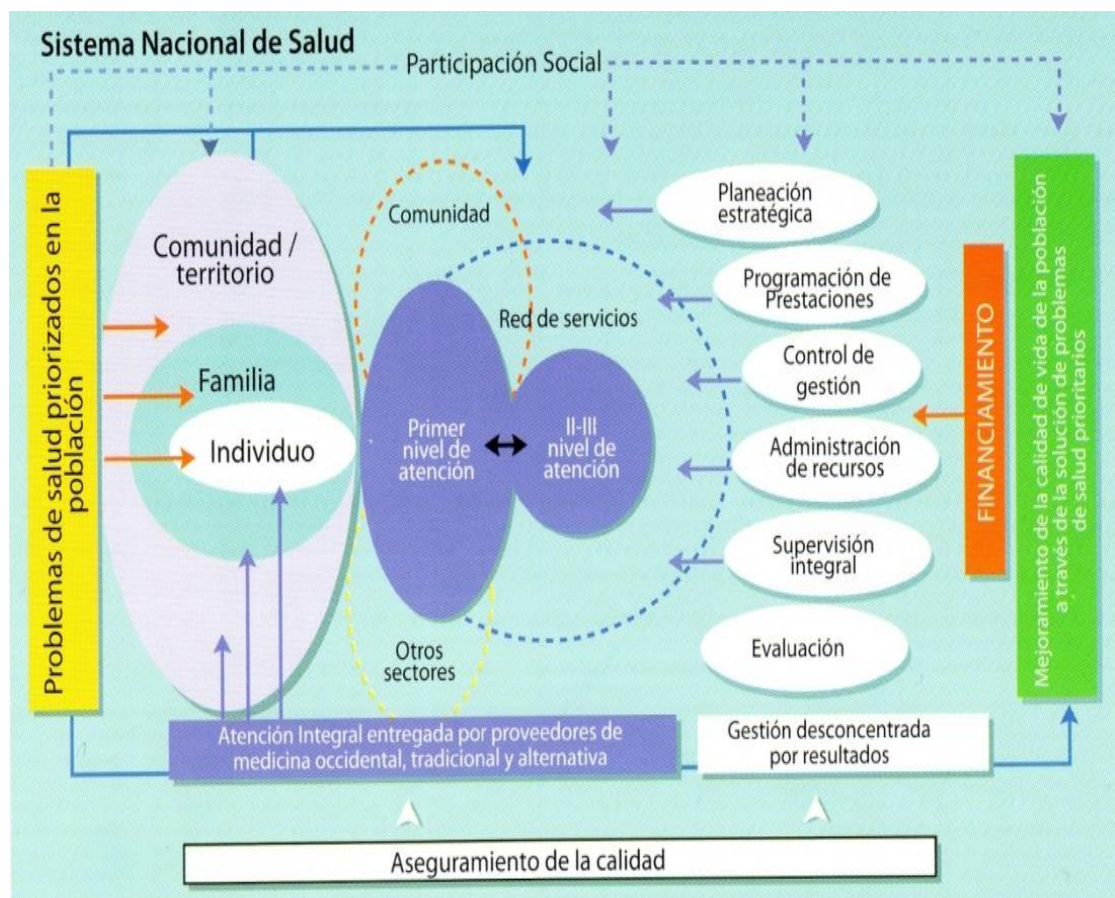


Figura N° 3. Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)

Fuente: (MSP, 2012)

Las Coordinaciones Zonales realizan, en todo el territorio nacional, el control del cumplimiento de las políticas y normativas del sector salud, dando atención a la ciudadanía en Direcciones Distritales (permisos de funcionamiento, registro de títulos, autenticación de certificados médicos), fortalecimiento de la planificación y desconcentración de procesos, según se detalla en el cuadro siguiente:

Cuadro N° 3. Distribución Por Niveles y Facultades

Nivel	Facultad
PLANTA CENTRAL	Rectoría Coordinación Regulación Control Planificación
9 COORDINACIONES ZONALES	Planificación Coordinación Control
140 DIRECCIONES DISTRITALES	Planificación Control Coordinación Gestión
GOBIERNOS MUNICIPALES	Planificación y gestión de infraestructura de forma concurrente con MSP

Fuente: (MSP, 2012)

En todo el país existen 9 Zonas de Planificación con 140 Distritos Administrativos (cantón o conjunto de cantones), que coinciden en un 80% con la actual delimitación de Áreas de Salud, pero son comunes para todo el sector social y otros sectores, como la Policía Nacional facilitando la articulación intersectorial. La planificación se realiza en base a estándares territoriales para la provisión de Servicios de Salud usando, utilizando el Sistema Geográfico de Información (GIS) y aplicando criterios como densidad poblacional, características geográficas y perfil epidemiológico.

1.3.5.2. Componentes del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural MAIS – FCI

Los componentes del MAIS-FCI hacen viable la operación y desarrollo del mismo y son los siguientes: (MSP, 2012)

- Componente de Previsión de Servicios.
- Componente de Organización.
- Componente de Gestión.
- Componente de Financiamiento.

La conexión entre estos componentes y una acción coordinada y sinérgica de los actores que forman el Sistema Nacional de Salud (SNS), en torno a las necesidades de salud de las personas, sus familias y la comunidad; permite el logro de los objetivos del Modelo de Atención en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural.

La provisión se relaciona con la oferta de servicios integrales e integrados de salud, garantizando la continuidad en la atención y respondiendo a las necesidades de salud de la población, a nivel individual, familiar y comunitario.

La organización de la oferta de servicios públicos y privados se fundamenta en el perfil epidemiológico del país, las necesidades de acuerdo al ciclo de vida, la priorización de condiciones y problemas de salud, considerando criterios como la evitabilidad y equidad, así como las necesidades específicas que devienen del análisis de género e intercultural.

Por la variedad y heterogeneidad del país a nivel socio territorial, el marco normativo general de prioridades nacionales y prestaciones, debe adecuarse a las necesidades de los ámbitos zonal, distrital y de circuitos. Por otro lado, “es importante considerar que la realidad y necesidades de salud también están en constante cambio, por lo que están sujetas a una revisión periódica, que permita responder de manera adecuada y oportuna a las necesidades de la población”. (MSP, 2012)

Los Grupos de población a quienes está orientada la atención están sustentados por los siguientes criterios:

- a) Individuos y familias, considerando las necesidades de acuerdo al ciclo vital.
- b) Grupos prioritarios establecidos en la Constitución de la República.
- c) Grupos expuestos a condiciones específicas de riesgo laboral, ambiental y social.

a) Ciclos de Vida

Las atenciones en salud, se entrega a las personas y las familias considerando las especificidades y necesidades de cada grupo etario y con enfoque de género.

El cuadro que se expone a continuación, muestra los ciclos de vida y los grupos de edad que se integran.

Cuadro N° 4. Ciclos de vida

Ciclo de Vida	Grupos de edad			
Niñez 0 a 9 años	Recién nacido de 0 a 28 días	1 mes a 11 meses	1 año a 4 años	5 años a 9 años
Adolescencia 10 a 19 años	Primera etapa de la adolescencia de 10 a 14 años		Segunda etapa de la adolescencia de 15 a 19 años	
Adultos/as	20 a 64 años Adulto joven: 20 a 39 años Adulto 40 a 64			
Adulto/a mayor	Más de 65 años			

Fuente: (MSP, 2012).

b) Grupos de atención prioritaria

La Constitución Ecuatoriana, en su Artículo 35, establece que: las personas y grupos de atención prioritaria son: adultos mayores, mujeres embarazadas; niños, niñas y adolescentes; personas con discapacidad; personas privadas de la libertad, personas que adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad; así como las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos.

c) Grupos con riesgos específicos de acuerdo a condiciones sociales, ambientales y laborales.

Estos grupos pueden cambiar de acuerdo al contexto histórico, social y en espacios socio-territoriales precisos, por lo que los equipos de salud tienen la responsabilidad de identificar las condiciones y riesgos, intervenir para el cuidado y atención de su salud, por ejemplo: familias en riesgo biológico, psicológico y social, identificadas por los equipos de salud en las visitas domiciliarias, trabajadores con riesgos laborales, comunidades que están sujetas a riesgos ambientales y otros.

1.3.5.3. Escenarios de la Atención

Atención Individual. Reconociendo el carácter multidimensional de la persona, cuyo desarrollo y necesidades de salud no se relacionan solamente con las condiciones biológicas, sino que se enmarcan en un complejo sistema de relaciones biológicas, emocionales, espirituales, sociales, culturales, ambientales que son procesadas a nivel individual, generando elementos protectores o de riesgo para su salud y su vida.

Atención Familiar. La familia constituye un espacio privilegiado para el cuidado de la salud o puede constituirse por cualquier tipo de disfuncionalidad en un espacio productor de riesgos y enfermedad para sus miembros.

Atención a la Comunidad. La comunidad es el escenario inmediato donde se desarrolla la vida de las personas y las familias, donde interactúan y se procesan las condiciones sociales, económicas, ambientales generando potencialidades o riesgos para la salud. Es el espacio privilegiado para la acción de los sujetos sociales, en función de la generación de condiciones sociales ambientes saludables.

Dentro de este tipo de atención, se incluye la atención al ambiente o entorno natural, que consiste en la provisión de servicios, que debe incorporar también estrategias y acciones orientadas al cuidado ambiental como uno de los determinantes más importantes de la salud.

El deterioro ambiental, la contaminación, el impacto del cambio climático, están ocasionando graves riesgos y problemas de salud en la población, que deben ser enfrentados con acciones de prevención, promoción de estilos de vida saludables, educación e información sobre los riesgos ambientales.

El cuidado de la salud y el entorno implica intervenciones intersectoriales y con la activa participación de la comunidad. En la figura que aparece a continuación, pueden apreciarse los diversos escenarios de atención del MAIS, en el que se destaca.



Figura N° 4. Escenarios de atención del MAIS

Fuente: (MSP, 2012).

1.3.5.4. Modalidades de Atención

El Equipo Integral de Salud, en las unidades operativas de los tres niveles de atención, deberán planificar anualmente las actividades según las modalidades de atención, además de estimar el volumen de atenciones y la cantidad de insumos y medicamentos que requieran para cumplir las actividades programadas por los equipos de atención integral quienes brindan su atención bajo las siguientes modalidades caracterizadas por ofrecer servicios según su capacidad resolutive.

a) Atención Intramural o en un establecimiento de Salud.

“Es la que se brinda en la unidad de salud, implementando el conjunto de prestaciones por ciclos de vida, que articula acciones de recuperación de la salud, prevención de riesgos y enfermedades, promoción de la salud, cuidados paliativos y rehabilitación. Se implementa bajo las normas, protocolos y guías clínicas de atención establecidas por la Atención del Sistema Nacional (ASN), que son de cumplimiento obligatorio para todas las unidades de la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria”. (MSP, 2012)

b) Atención extramural o comunitaria

“El objetivo es el cuidado de la salud a través de medidas que se orienten a la identificación y control de riesgos a nivel individual, familiar, comunitario y del entorno, implementación de estrategias y acciones de prevención, promoción de la salud, educación sanitaria, fortalecimiento de la participación ciudadana y de la coordinación intersectorial para actuar sobre los determinantes de la salud y contribuir al desarrollo integral a nivel local. Lo ejecutan fundamentalmente los Equipos de Atención Integral de primer nivel de atención”. (MSP, 2012)

c) Atención en establecimientos móviles de salud

Los Establecimientos Móviles de Salud (EMS) forman parte de una estrategia de prestación puntual y ambulatoria de Servicios de Salud.

c) Atención Pre-hospitalaria

Este tipo de atención se define como un servicio estratégico y de enlace para los problemas médicos urgentes y que comprende todos los servicios de salvamento, atención médica y transporte, que se presta a enfermos o accidentados fuera del hospital. La atención pre hospitalaria debe constituirse en un sistema integrado de servicios médicos de urgencias y no entenderse como un simple servicio de traslado de pacientes en ambulancias, atendidos con preparación mínima.

1.3.6. Componentes de Organización del Sistema Nacional de Salud.

La provisión de los Servicios de Salud en el Sistema Nacional de Salud, se organiza por niveles de atención en I, II, III y IV nivel y en la lógica de trabajo interinstitucional en redes y micro redes a nivel territorial. El componente de organización comprende:

- Niveles de Atención: Tipología y homologación de establecimientos de salud.
- Organización de los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS).
- Organización y funcionamiento de la Red Pública Integral de Salud y Complementaria.

- La articulación territorial de la red pública y complementaria de salud en zonas, distritos y circuitos.

En el gráfico que aparece a continuación puede apreciarse la organización del Sistema Nacional de Salud.

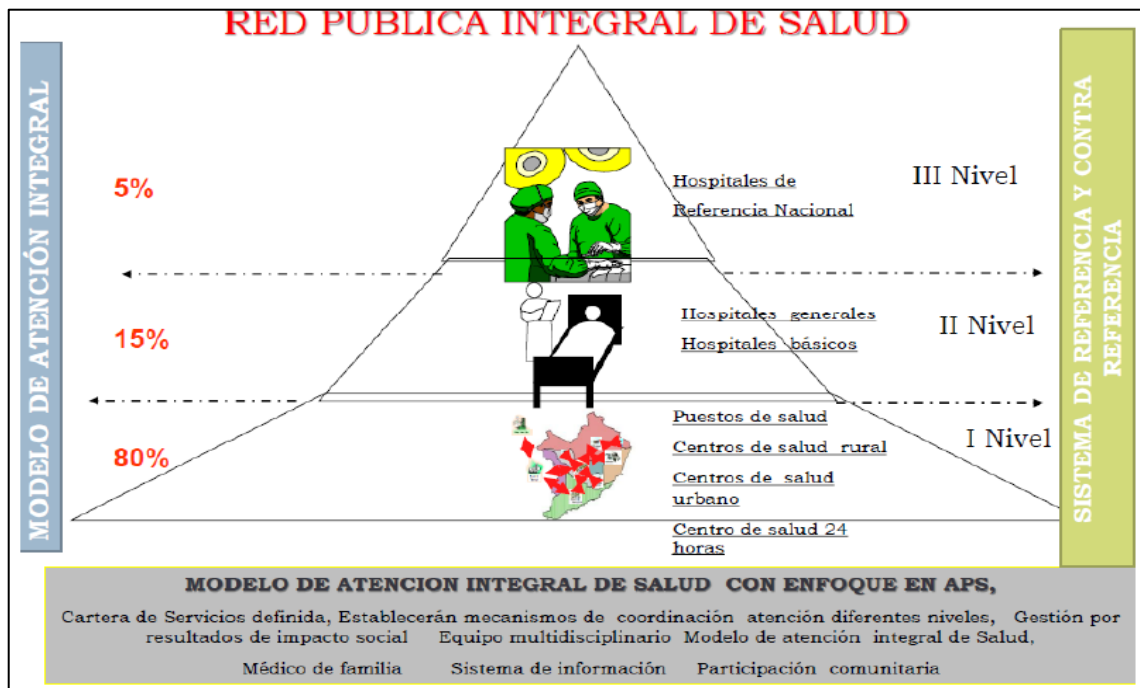


Gráfico N° 1. Red Pública Integral de Salud.

Fuente: MSP (2012).

1.3.6.1. Los niveles de Atención

La organización de los Servicios de Salud en niveles de atención, permite ordenar la oferta de servicios para garantizar la capacidad resolutoria y continuidad requerida para dar respuesta a las necesidades y problemas de salud de la población.

El nivel de atención es un conjunto de establecimientos de salud, que bajo un marco normativo, legal y jurídico, establece niveles de complejidad necesarios para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad, se organizan de acuerdo al tipo de servicios que deben prestar, estándares de calidad en infraestructura, equipamiento, talento humano, nivel tecnológico y articulación para

garantizar continuidad y el acceso escalonado, de acuerdo a los requerimientos de las personas hasta la resolución de los problemas o necesidades de salud.

En la figura que se expone a continuación, puede observarse gráficamente los componentes del MAIS.

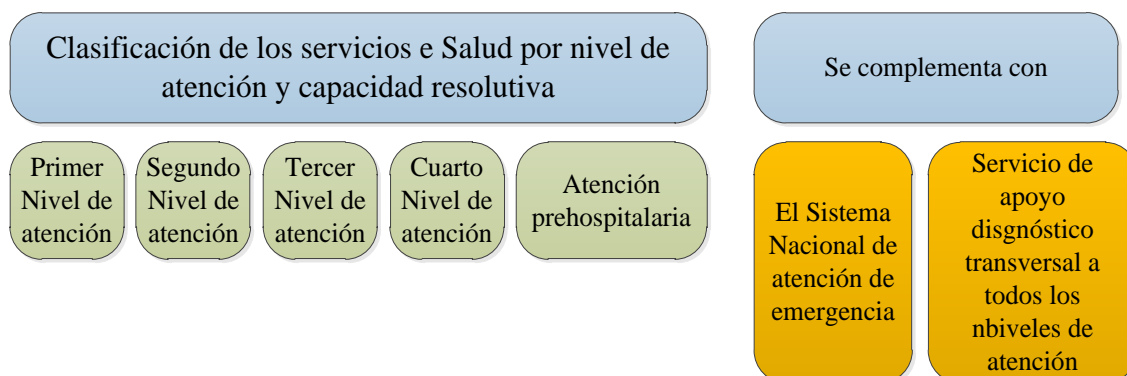


Figura N° 5. Niveles de Atención del MAIS

Fuente: MSP 2012.

El I Nivel de Atención.- El primer nivel de atención es el más cercano a la población, facilita y coordina el flujo de pacientes dentro del Sistema, garantiza una referencia y contra referencia adecuada, asegura la continuidad y longitudinalidad de la atención. Promueve acciones de salud pública de acuerdo a las normas emitidas por la autoridad sanitaria nacional. Es ambulatorio y resuelve problemas de salud de corta estancia.

Es la puerta de entrada obligatoria al Sistema Nacional de Salud. (MSP, 2012), este nivel debe resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes de la comunidad. Los servicios darán atención integral dirigida a la familia, individuo y comunidad, enfatizando en la promoción y prevención. Estas actividades serán intra y extramurales.

El I Nivel está conformado por: los Puestos de Salud, Centros de Salud Rurales y Centros de Salud Urbanos.

El II Nivel de Atención. Comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización. Constituye el escalón de referencia inmediata del I Nivel de Atención.

Da continuidad a la atención iniciada en el primer nivel, de los casos no resueltos y que requieren atención especializada, a través de tecnología sanitaria de complejidad mayor.

El ingreso al II nivel se lo realizará a través del primer nivel de atención, exceptuándose los casos de urgencias médicas, que una vez resueltas serán remitidas al Nivel I.

En este Nivel están los hospitales generales y básicos.

El III Nivel de Atención. Corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados, los centros hospitalarios son de referencia nacional; resuelven los problemas de salud de alta complejidad, tiene recursos de tecnología de punta, intervención quirúrgica de alta severidad, realiza trasplantes, cuidados intensivos, cuenta con subespecialidades reconocidas por la Ley.

En este nivel están los Hospitales de Referencia Nacional, es decir, hospitales especializados y de especialidades.

El IV nivel de Atención. Es el que concentra la experimentación clínica, preregistro o de instrucciones, cuya evidencia no es suficiente para poder instaurarlos en una población, pero que han indicado buenos resultados casuísticamente o por estudios de menor complejidad.

En este Nivel se encuentran los Centros de Experimentación por registro clínico y Centro de Alta Subespecialidad.

El nivel de Atención Prehospitalaria. Es el nivel de atención independiente y autónomo de los Servicios de Salud, que oferta atención desde que se anuncia un evento que amenaza la salud, en cualquier lugar donde éste ocurra, hasta que él o los pacientes sean admitidos en la unidad de emergencia u otro establecimiento de salud, cuya capacidad resolutive sea la adecuada.

En el país se encuentran: las Unidades de Atención Prehospitalaria de Transporte y soporte vital básico, Unidades de Atención Prehospitalaria de Transporte y soporte vital

avanzado y Unidades de Atención Prehospitalaria de Transporte y soporte vital especializado.

1.3.6.2. Organización de los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS)

Los equipos de Atención Integral de Salud constituyen el eje principal del cumplimiento del MAIS, están conformados por el conjunto de recursos profesionales de atención y gestión que permiten cumplir con los objetivos y metas.

En el I Nivel la composición de los EAIS debe ajustarse a las características concretas del sistema y la comunidad que atiende. Por tanto, no existen modelos universales que permitan describir una composición válida para todos los lugares y contextos sociales. Es necesario que asuman objetivos comunes y que se establezcan entre ellos vínculos funcionales, que posibiliten un desarrollo armónico y un conjunto de tareas, basándose en la división funcional del trabajo y de las responsabilidades compartidas, de acuerdo a la capacitación técnica de los profesionales de salud que lo integran, en lugar de basarse en una línea jerárquica vertical. La composición de los Equipos varía en los diferentes países de la región. En países como Brasil, Costa Rica y Cuba se han visto experiencias exitosas de la aplicación del EAIS en la prestación de los Servicios de Salud.

Es así que, para el sistema de salud ecuatoriano, se han definido los siguientes estándares:

- A nivel urbano: Un médico/a, una enfermera/o y un Técnico en Atención Primaria en Salud (TAPS) por cada 4 000 habitantes.
- A nivel rural: Un médico/a, una enfermera/o y un Técnico en Atención Primaria en Salud (TAPS) por cada 1 500 a 2 000 habitantes.

Cada Equipo tiene el compromiso de garantizar la atención integral de las familias asignadas y de cada uno de sus integrantes, a través de la aplicación de la ficha familiar, la identificación de riesgos y necesidades de salud, la implementación y seguimiento de planes de intervención y de garantizar la continuidad de la atención a través de la

referencia - contrareferencia. El Equipo de Atención Integral de Salud Ampliado está formado por los profesionales establecidos, de acuerdo a la tipología de unidades y la cartera de servicios.

1.3.6.3. Organización y funcionamiento de la Red Pública Integral de Salud y Complementaria

La organización de redes de salud comprende la articulación de las unidades y Servicios de Salud de la Red Pública y Complementaria en Salud, se enmarca en la nueva tipología de unidades de salud establecida por la Autoridad Sanitaria Nacional y se orienta a acercar los Servicios de Salud a la población, garantizar el derecho de todas las personas a servicios oportunos, de excelencia, la continuidad de la atención y mejorar la planificación y gestión de los servicios en función del logro de indicadores de impacto social. La estructuración de las redes y micro redes territoriales de salud, responde a la nueva organización territorial desconcentrada y descentralizada, que se está implementando en el país, para la planificación territorial y la gestión de los servicios públicos, que establece 9 zonas de planificación, 140 distritos y 1134 circuitos. (MSP, 2012).

En el Gráfico N° 2 que aparece a continuación, puede apreciarse la conformación de la Red Pública y Complementaria de Salud.

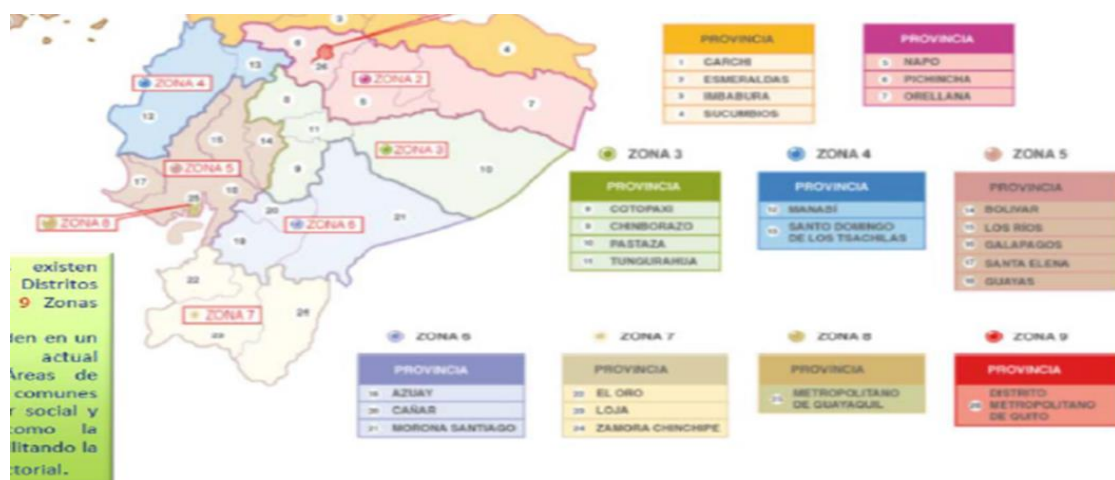


Gráfico N° 2. Red Pública y Complementaria de Salud del Ecuador

Fuente: MSP 2012.

La Zona 3 Salud está conformada por: Cotopaxi, Chimborazo, Pastaza y Tungurahua.

En Cotopaxi existen 6 Distritos:

- Latacunga (05DO1), La Mana (05DO2), Pangua (05DO3), Pujili-Saquisilí (05DO4), Sigchos (05DO5) y Salcedo (05DO6).

Chimborazo está conformado por 5 Distritos:

- Chambo-Riobamba (06DO1), Alausi-Chunchi (06DO2), Cumanda-Pallatanga (06DO3), Colta-Guamote (06DO4) y Guano-Penipe (06DO5).

Pastaza tiene 2 Distritos:

- Pastaza-Mera-Santa Clara (16DO1) y Arajuno (16DO21).

Tungurahua está conformada por 6 Distritos:

- **Parroquias Urbanas:** La Península – La Merced – Atocha Ficoa – La Matriz – San Francisco y **Parroquia Rurales:** Augusto N Martínez – Constantino Fernández – Cunchibamba – Isamba – Pasa- Quisapincha – San Bartolomé de Pinillo – San Fernando – Unamuncho – Ambatillo – Atahualpa. (18DO1).
- **Parroquias Urbanas:** Celiano Monge-Guchi Chico – Guachi Loreto – Peshilata y **Parroquias Rurales:** Huachi Grande – Juan Benigno Vela – Montalvo – Picaigua – Pilahuin – Santa Rosa y Totoras (18DO2).
- Baños de Agua Santa (18DO3), Patate – San Pedro de Pelileo (18DO4).
- Santiago de Pillaro (18DO5)
- Cevallos – Mocha – Quero – Tisaleo (18DO6).

La organización territorial de la red de Servicios de Salud permite responder, de manera adecuada, a la realidad y necesidades de la población y activar los espacios de coordinación intersectorial y participación comunitaria, en función del mejoramiento de la calidad de vida de la población.

1.3.5.4. Situación del Sistema Nacional de Salud en la provincia de Chimborazo.

a) Situación del Primer Nivel

El I Nivel (complejidad baja), se conforma por los puestos de salud, Centros de Salud Rural y Urbana, subcentros de salud, consultorios de médicos generales y otros profesionales, dispensarios del Seguro Social Campesino, unidades móviles, los cuales ofrecen atención ambulatoria, fomento y promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud.

Todos deben proveer acciones básicas de saneamiento ambiental y participación comunitaria. Se considera la puerta de entrada al Sistema de Salud, pues se ha estimado por parte de la Autoridad Sanitaria Nacional, que hasta el 80% de la patología atendida en las unidades operativas se relaciona con enfermedades que se pueden resolver de manera ambulatoria, evitando de esta manera la autoreferencia de la población a hospitales, por presentar patologías que se podrían resolver de manera oportuna en este Nivel y así el segundo y tercer nivel cumplirían sus funciones específicas.

En la Provincia de Chimborazo, en relación con la Red Pública Integral de Salud, funcionan 149 Unidades Operativas en el Primer Nivel de Atención, las cuales pertenecen, en su mayoría, al Ministerio de Salud Pública (66%) y al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (33%), de acuerdo con la siguiente distribución: (Bonilla & Otros, 2013).

Cuadro N° 5. Distribución de unidades operativas de la Red Pública en el I Nivel de Atención. Chimborazo 2012.

INSTITUCIÓN	PUESTOS DE SALUD	SUBCENTROS DE SALUD	CENTROS DE SALUD	UNIDADES MÓVILES	TOTAL
MINISTERIO DE SALUD	53	41	4	1	99
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL*	45	4	0	0	49
SANIDAD DE LAS FF.AA.	0	0	0	0	0
SANIDAD POLICIAL	0	1	0	0	1
TOTAL	98	46	4	1	149

*Corresponden al Seguro Social Campesino y al Seguro Social General

Fuente: Unidad de Gobernanza de la Salud Pública-Dirección Provincial de Salud de Chimborazo.

Elaborado por: (Bonilla & Otros, 2013).

Como se puede apreciar, el mayor número es de Puestos de Salud y en segundo lugar, los Subcentros de Salud. Al Ministerio de Salud está subordinados 99, o sea, 66% del total.

b) Situación del Segundo Nivel.

Se conforma por unidades ambulatorias y de internación, que reciben por parte de las instituciones de la Red Pública Interinstitucional de Salud (RPIS), las referencias de pacientes enviadas desde el I Nivel de Atención o ingresadas al Sistema por los servicios de Emergencias.

Pertencen al II Nivel de atención entonces: los consultorios de especialidades clínicas o quirúrgicas, centros de especialidades, centros clínico-quirúrgicos ambulatorios (hospital día), hospitales básicos/clínicas, hospitales generales. Este Nivel (complejidad

intermedia), además de la atención ambulatoria, ofrece hospitalización de corta estancia, pues se constituye por unidades hospitalarias para pacientes agudos.

El Hospital Básico ofrece atención ambulatoria y hospitalaria de Medicina Interna, Gineco - obstetricia, Pediatría y Cirugía. El hospital general ofrece, además de lo mencionado, especialidades de acuerdo a su perfil epidemiológico y auxiliares diagnósticos y tratamiento de mayor complejidad. La Red Pública Integral de Salud en Chimborazo se conforma por las siguientes Unidades Operativas en el II Nivel de Atención:

Cuadro N° 6 Distribución de unidades operativas de la Red Pública en el II nivel de atención. Chimborazo 2012.


INSTITUCIÓN	HOSPITALES BÁSICOS	HOSPITALES GENERALES
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	4 (COLTA, GUAMOTE, ALAUSI, CHUNCHI)	1 (HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA)
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL	0	1 (HOSPITAL PROVINCIAL RIOBAMBA)
SANIDAD MILITAR	1 (HOSPITAL DE BRIGADA N° 11 GALAPAGOS)	0
SANIDAD POLICIAL	0	0
TOTAL	5	2

Fuente: Unidad de Gobernanza de la Salud Pública-Dirección Provincial de Salud de Chimborazo.

Elaborado por: (Bonilla & Otros, 2013).

Es necesario indicar que el Subcentro de Salud No. 6 que antes geográficamente pertenecía al Área #6, Guano/Penipe del Cantón Penipe; hoy es parte de la Zona 3 Salud, Distrito 06DO5 y Circuito 06D0C04. Asisten todos los habitantes de los Circuitos Parroquiales de Puela, El Altar, San Antonio de Bayushig, La Candelaria, Bilbao (Cabecera en Quilluyacu), Penipe y Matus.

Cuadro N° 7. Comunidades del Cantón Penipe:

Parroquia	Localización	Comunidades
El Altar		Pakicatahua, Pachanillay, Ganshi, Asacucho, Ayanquil, Utuñag, Centro Parroquial
La Candelaria		Tarau, Releche, Matriz y La Candelaria
Puela		El Manzano, Pungal Chonglontus, Anaba, y Cabecera Parroquial
La Matriz		Shamanga, Nabuzo, Guzo, Gaviñay, Colaitus, Santa Vela, Penicucho Alto, Penicucho, Penicucho Bajo, Uñag y Naguantuz.
Matus		Matus Alto, Matus Bajo y Calshi
Bayushig		La Libertad y Puchiquiez

Fuente: (PREDACAN, 2008)

c) Situación por niveles de Salud

Al continuar con el análisis de las prestaciones de las instituciones que conforman la Red Pública Integral de Salud en la provincia de Chimborazo, no todas incluyen en su cartera de servicios una oferta integral de atención, excepto el Ministerio de Salud Pública, organismo que realiza un conjunto de actividades de promoción de salud, prevención de enfermedades, recuperación (curación) y rehabilitación en toda su red institucional, de acuerdo con su nivel de atención y capacidad resolutive.

Por otro lado, “El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en sus prestaciones de Seguridad General y de Seguro Social Campesino, ha realizado avances significativos en incluir a la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad, además de sus prestaciones habituales de curación y rehabilitación; mientras que Sanidad Militar y Sanidad Policial aún mantienen como predominante, su esquema de atención curativa, frente a la promoción y prevención, la cual se complementa en el segundo y tercer nivel de atención con el trabajo de la Red Pública Integral de Salud”. (Bonilla & Otros, 2013, pág. 40)

“Del total de unidades de salud implementadas en la provincia de Chimborazo, el 53% se encuentran ubicadas en zonas rurales y 47% en zonas urbanas (esos porcentajes concuerdan de manera general con la distribución de la población provincial por residencia, de acuerdo con los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística y Censo” (INEC, 2010) del último censo nacional). En cuanto a las Zonas Urbanas, el mayor porcentaje (25,3%) se ubican en cabeceras parroquiales; luego el 11,7% en la cabecera provincial y 9,8% en cabeceras cantonales.

En el desglose local, sin embargo, se aprecia la inequidad existente entre parroquias de diversos cantones, que debido a situaciones de decisión política, gestión gubernamental, presión de la ciudadanía, entre otras causas, han logrado que se construyan y equipen puestos y subcentros de salud, concentrándolos en lugares muy cercanos a las cabeceras parroquiales y/o cantonales con poca población (ej.: Parroquia Cacha, Cantón Penipe y Cantón Chunchi), “frente a otras parroquias cuya población es alta y apenas posee una sola unidad de salud en toda la Red Pública Integral de Servicios. (Ej.: Parroquia Achupallas, Parroquia Lizarzaburu), correspondiendo a zonas populosas, con población de menores recursos y sin cobertura de seguros”. (Bonilla & Otros, 2013).

Otro aspecto importante a considerar es el relacionado con los horarios de atención en las unidades de salud, los cuales se han limitado a los requerimientos de la oferta y no a las necesidades reales de la demanda. Hasta hace unos diez años atrás, en la mayoría de las unidades de salud ubicadas en cabeceras parroquiales, en donde el día domingo se realizan ferias a las que acuden masivamente los pobladores de las comunidades, los equipos de salud laboraban de domingo a jueves, aprovechando esa afluencia para realizar actividades sanitarias intramurales. Lamentablemente, por decisiones

administrativas, se cambiaron los esquemas de trabajo de lunes a viernes en horarios de 08:00 a 16:30hs, lo cual también genera inconvenientes, pues en sectores rurales la población retorna a sus hogares luego de sus jornadas agrícolas a partir de las 15:00hs, cuando el tiempo de permanencia del personal es corto para atenderlos; y en sectores urbanos, retornan de sus trabajos a partir de las 17:00 o 18:00 hs. y de requerir atención encuentran cerradas las unidades. “A lo anterior se añade que los profesionales que cumplen su año de salud rural ya no viven en las unidades operativas, disminuyendo la oferta de atención”. (Bonilla & Otros, 2013).

1.3.7. Gestión

De acuerdo al diccionario de la Real Academia de la Lengua, se define gestión de la siguiente manera: “Del latín *gestio*, el concepto de gestión hace referencia a la acción y a la consecuencia de administrar o gestionar algo” (Real Academia de la Lengua, 2008). Al respecto, puede afirmarse que gestionar es llevar a cabo diligencias que hacen posible la realización de una operación comercial o de un anhelo cualquiera. Administrar, por otra parte, abarca las ideas de gobernar, disponer dirigir, ordenar u organizar una determinada cosa o situación. Profundizando el concepto de gestión, desde la perspectiva de la administración de empresas, se considera que es la actividad que desarrollan los directivos en una organización, para conseguir el nivel adecuado de eficiencia y producción. Cuando un directivo gestiona su éxito está definido por los logros que la empresa alcanza, por lo que la gestión no es el resultado de la aplicación de conceptos teóricos, sino más bien de la habilidad de saber escoger y aplicar los métodos y técnicas que sean apropiadas para la situación específica.

Piqueres propone cinco conceptos clave para la gestión:

- 1) “Los directivos desarrollan unas tareas y servicios diferentes con respecto al resto de las personas que integran la organización.
- 2) Al llevar a cabo su trabajo, los directivos realizan para la empresa cinco funciones características: Planificar, Organizar, Dotar de personal, Dirigir y Controlar.
- 3) Los directivos representan tres importantes papeles en la organización (Interpersonal, Informativo y Decisorio) y aplican tres aptitudes básicas (Intelectuales, de Relaciones humanas y Técnicas).

- 4) La efectividad de los directivos se juzga en función de los resultados que obtengan para la organización en función de los recursos disponibles.
- 5) Los directivos tienen que ser capaces de discernir las diferencias que existen entre distintas situaciones y aplicar aquellos métodos que sean más convenientes, según los factores que predominen en cada situación específica” (Piqueres, 2011).

Piqueres, también propone niveles en la gestión y asegura que estos son:

“Nivel superior: Alta dirección (ejecutivos, gerente, director general).

Nivel medio: Mandos intermedios (directores funcionales o departamentales).

Primer nivel: Mandos operativos (supervisores)” (Piqueres, 2011).

Como se puede observar, la gestión está definida por diversos niveles de aplicabilidad y está orientada en sus funciones de acuerdo a jerarquías. Pero sea cual sea el nivel de gestión que se desempeñe, de manera general, se puede decir que las funciones de la gestión en sí mismas son comunes, como lo propone el mismo autor, en su introducción a la gestión, asegurando que “...los directivos llevan a cabo las cinco funciones características del proceso de gestión: planificar, organizar, dotar de personal, dirigir y controlar; partiendo de una secuencia lógica, aunque en la práctica, cualquiera de estas funciones puede ser considerada con independencia de las demás y en la secuencia que dicten las circunstancias (Piqueres, 2011).

“Planificar: establecer objetivos globales considerando las acciones de todos los empleados. Además de establecer objetivos, se han de diseñar programas y calendarios que contribuyan a la consecución de los mismos. Los directivos del primer nivel suelen establecer metas y planes a corto plazo; por ejemplo, cuántas unidades deben producir el grupo en el día. Los directivos de nivel medio manejan unos objetivos o metas que generalmente, tienen una proyección de un mes a un año. Por último, los directivos del nivel superior fijan objetivos y desarrollan planes más amplios para toda la organización, con un horizonte entre uno y cinco años.

Organizar: pretende resolver la cuestión de quién debe hacer qué. Es responsabilidad de los directivos señalar las tareas y deberes que tienen que realizarse para que la organización alcance sus objetivos. También han de establecer las relaciones que deben

existir entre los distintos puestos de trabajo y la dependencia o jerarquía que existirá entre ellos.

Dotar de personal: los puestos de trabajo que forman parte de un organigrama, carecen de significado hasta que son ocupados por personas que se suponen calificadas para desarrollar las tareas asignadas a dichos puestos. Cuando los directivos realizan las gestiones necesarias para cubrir los puestos, están llevando a cabo la función de dotación de personal.

Dirigir: una vez que los planes están establecidos, se haya creado la estructura orgánica y cubierto los puestos de trabajo, la organización ya está preparada para ponerse en marcha y para hacerlo, necesita de la dirección. Los directivos dirigen (ordenan o instruyen) a los empleados en la realización de sus tareas: esto exige que además de ser unos expertos comunicadores deben saber proporcionar la adecuada motivación y liderazgo.

Controlar: en el momento en que la organización se ha puesto en movimiento, hay que esperar que todos sus miembros realicen bien su trabajo, que los planes se cumplan y que se alcancen los objetivos fijados. Pero muchas veces esto no sucede y hay que comprobar con cierta regularidad si las cosas se están desarrollando o no según las previsiones y en esto consiste la función de control del directivo. Además debe saber tomar las medidas correctoras necesarias en cada momento. Bajo este contexto y en base a los aspectos a tratar en esta investigación, se propone el análisis de la gestión comunitaria como parte de la construcción de los elementos teóricos, necesarios para la comprensión de la relación entre el Centro de Salud Penipe y las organizaciones comunitarias.

1.3.7.1. Modelos de Gestión.

Los modelos de gestión son definidos por Tobar como “una forma de definir prioridades y tomar decisiones. La herramienta es una prolongación de las manos o los sentidos, mientras que el modelo es una prolongación de la mente”. (Tobar, 1999),

De esta manera, se considera que el planteamiento de un modelo de gestión es una planificación, en la cual es necesario establecer herramientas específicas para el tipo de situación que se quiera alcanzar, los contenidos del modelo expresan cada una de las partes que buscan dar solución a un problema, contando con elementos tangibles que posibiliten dar orientación a la idea.

En el sector salud, el propio autor Tobar distingue tres niveles:

“Macrogestión o gestión pública, que involucra la intervención del Estado para corregir las fallas del mercado y mejorar el bienestar social, a través de la modificación de los estilos de vida y la regulación del medio ambiente, tecnología, recursos humanos y servicios sanitarios; la financiación de la sanidad y el establecimiento político de prioridades para la asignación de recursos y la organización y gestión de los servicios sanitarios de titularidad pública.

Meso-gestión o gestión institucional, que involucra a los centros, hospitales, mayoristas, aseguradoras y otros establecimientos de salud. Estas instituciones asumen objetivos y en ellas el principal desafío de la gestión es coordinar y motivar a las personas para lograr alcanzar dichos objetivos.

Micro-gestión o gestión clínica, donde la mayor responsabilidad cabe a los profesionales. Una particularidad del sector de la salud es que son médicos” (Tobar, 1999).

El Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), que funciona en el Ecuador, abarca estos tres aspectos, de ahí que se establezca la responsabilidad específica para una adecuada gestión en cada uno de los niveles propuestos; sin embargo, de acuerdo a la teorización de Tobar no se considera la participación de los involucrados directos, que son los beneficiarios y se encuentra aquí la necesidad de vincular la gestión en salud con la gestión comunitaria, objeto de esta investigación.

A continuación se da una visión de lo que constituye la gestión comunitaria, desde dos perspectivas diferentes, desde lo teórico en la que se propone un estado ideal de

situaciones y desde la perspectiva operativa, en la que se enfoca la situación desde sus contradicciones internas.

1.3.7.2. Gestión Comunitaria

De acuerdo a Saavedra “La gestión comunitaria está compuesta por una factores complejos. Uno de sus ejes centrales, es que las comunidades sean capaces de administrar, operar y mantener los sistemas con criterios de eficiencia, eficacia y equidad, tanto social como de género.”. (Saavedra, 2012).

Estos entes comunales, toman todas las decisiones, teniendo el control de los recursos (técnicos, financieros, de personal y otros) y establecen relaciones horizontales con servicios gubernamentales y no gubernamentales que apoyan su gestión.

En esta visión, la gestión comunitaria se consolida en la constitución de una organización, cuyos miembros tienen la representación legítima de la comunidad y defienden sus intereses, con una gestión de calidad; con eficacia y eficiencia.

Un aspecto distintivo por excelencia de la gestión comunitaria frente a la gestión privada, está dado por su carácter de representante del interés público. De ahí que, mientras las organizaciones prestadoras de servicios de carácter privado tienen como objetivo principal, la generación de ganancias, en la gestión comunitaria, cuando hay “ganancias”, se debe hacer una redistribución social de la misma, beneficiando directamente los problemas reales, que afectan a los ciudadanos del lugar.

En general, la gestión comunitaria puede representarse mediante un esquema, en el que intervienen una serie de actores claves, que tienen unos objetivos claramente identificables, que para ser cumplidos requieren el uso de una serie de medios o recursos, que generan unos resultados concretos, una de ellas son las Alianzas Estratégicas.

Desde la perspectiva de las comunidades indígenas, Ixtacuy, citando a Friedberg y Erhard propone que: “La Gestión Comunitaria es un conjunto de estrategias y acciones desarrolladas por autoridades locales, orientadas a la consecución de un objetivo o para

resolver problemas específicos”. (Ixtacuy, 2004) Como campo de acción organizada propio de las autoridades locales, la gestión comunitaria se puede definir como "un conjunto interdependiente de actores individuales o colectivos, naturales e institucionales, que compiten unos con otros, tanto por la definición de los problemas a cuya solución hay que (pueden) contribuir, como por la elaboración de las soluciones que se darán a esos problemas.

De acuerdo a esta conceptualización, la gestión de forma práctica exige mediar, alcanzar consensos y coordinar objetivos e intereses de la comunidad con los de las instituciones y organizaciones sociales, con presencia eventual o permanente en el ámbito local.

“Estas actividades no son sencillas considerando las características de las instituciones, lo efímero de la presencia de éstas en las comunidades y la incertidumbre que provoca el burocratismo, a lo que hay que agregar las opiniones y actitudes contradictorias y en ocasiones conflictivas, derivadas de las tendencias locales a la diferenciación social, política y religiosa”. (Ixtacuy, 2004)

La gestión comunitaria tiene objetivos que pueden variar con el tiempo, según los intereses que la motiven; por las características de las comunidades muy difícilmente se sistematizan las acciones a tomar y no es posible encontrar en documentos la planificación, ya que se lleva de forma empírica. Generalmente estos objetivos están dirigidos a garantizar la subsistencia de las familias, preservar su organización social y espacial y buscar mecanismos para vincularse a la producción de forma ventajosa.

El análisis de Ixtacuy sobre la forma como las organizaciones comunitarias buscan alcanzar sus metas, resulta interesante en relación a lo que sucede en las comunidades con respecto a la relación de los centros de salud y sus habitantes. El argumento que propone el autor indígena desde el interior de las organizaciones comunitarias es el siguiente:

Para alcanzar estas metas en contextos institucionales y comunitarios complejos, las autoridades locales han planteado dos estrategias de gestión. En primer lugar, el establecimiento y conservación de canales de comunicación con un número limitado de dependencias municipales y estatales, que permiten obtener pequeños financiamientos

para obras y servicios públicos, así como apoyos económicos eventuales. Esta estrategia en ocasiones genera actitudes conservadoras y de apatía en las autoridades locales, así como dependencia hacia ciertas instituciones, lo que en la práctica se traduce en la selección discrecional de aquellas a quienes se les permite el ingreso a la comunidad o su rechazo definitivo. Generalmente las autoridades locales mantienen un control rígido sobre personas e instituciones que manifiestan el deseo de establecer un vínculo de cooperación con la comunidad y, de no existir una identificación precisa de aquéllos y de sus objetivos, el permiso de ingreso es denegado.

La segunda táctica consiste en que las autoridades locales toleren la formación y actividades de nuevas organizaciones sociales, religiosas y de productores, mismas que constituyen espacios de discusión de ideas que pueden producir innovaciones en sus respectivos campos. Esta tolerancia ha contribuido a garantizar estabilidad social y evitar conflictos violentos. En una comunidad fragmentada socialmente, las acciones de la autoridad local no cubren a la totalidad de la población, o bien, sectores de ésta son atendidos diferencialmente, por lo que nuevos sujetos sociales empiezan a competir por el control de las instancias de toma de decisiones y a constituirse en promotores para la apertura de nuevos canales de comunicación intra y extra-comunitarios.

La aceptación de las diferencias religiosas y políticas es la base del componente innovador de la gestión comunitaria. Es importante señalar que en algunas comunidades indígenas el eje coordinador de estas estrategias son las acciones conjuntas y simultáneas de autoridades constitucionales y tradicionales. El agente municipal es apoyado por las autoridades tradicionales en sus decisiones y respeta las decisiones de éstas. Para lograr alcanzar un adecuado nivel de gestión es necesario valerse de la planificación estratégica, en el punto siguiente se hará referencia a este aspecto que se considera indispensable incluir en esta investigación, para consolidar las directrices que guíen la estructuración del lineamiento alternativo

1.3.8. Planificación Estratégica.

Carreto expone que: “La planeación estratégica se puede definir como el arte y ciencia de formular, implantar y evaluar decisiones internacionales que permitan a la organización llevar a cabo sus objetivos.” (Carreto, 2013)

Por otra parte, Armijo plantea que: “La Planificación Estratégica (PE), es una herramienta de gestión que permite apoyar la toma de decisiones de las organizaciones en torno al quehacer actual y al camino que deben recorrer en el futuro, para adecuarse a los cambios y a las demandas que les impone el entorno y lograr la mayor eficiencia, eficacia, calidad en los bienes y servicios que se proveen.” También asegura que: “consiste en un ejercicio de formulación y establecimiento de objetivos de carácter prioritario, cuya característica principal es el establecimiento de los cursos de acción (estrategias) para alcanzar dichos objetivos.” (Armijo, 2009).

Considerando esta perspectiva, la Planificación Estratégica es una herramienta clave para la toma de decisiones de las instituciones públicas.

En este sentido, el referido autor Armijo plantea: “A partir de un diagnóstico de la situación actual (a través del análisis de brechas institucionales), la Planificación Estratégica establece cuales son las acciones que se tomarán para llegar a un futuro deseado, el cual puede estar referido al mediano o largo plazo.” (Armijo, 2009)

En consecuencia dice Armijos: “La definición de los Objetivos Estratégicos, los indicadores y las metas, permiten establecer el marco para la elaboración de la Programación Anual Operativa, que es la base para la formulación del proyecto de presupuesto.” (Armijo, 2009)

1.3.8.1. Importancia de la Planificación Estratégica

El propio autor Armijo resalta la importancia de la planificación estratégica de la forma siguiente: “La planificación estratégica es un proceso continuo que requiere constante retroalimentación acerca de cómo están funcionando las estrategias”. (Armijo, 2009)

En el sector privado, las organizaciones tienen señales de su desempeño a través de indicadores claros, tales como: las utilidades, los retornos sobre la inversión, las ventas y otros. Los indicadores entregan información valiosa para la toma de decisiones respecto del curso de las estrategias, validándolas o bien mostrando la necesidad de efectuar un ajuste. En las organizaciones públicas, las señales no son tan claras y el

diseño de indicadores que permitan monitorear el curso de las estrategias, es un desafío permanente.

De acuerdo al análisis realizado y a otras fuentes bibliográficas en el contexto de la planificación estratégica de las organizaciones, es muy importante diferenciar entre planificación estratégica y operativa; a pesar de que las dos buscan los mejores resultados, la primera se refiere al largo y mediano plazo y la segunda a acciones a corto plazo, como es el caso sobre el cual se trata en esta investigación de determinar las acciones necesarias para articular las acciones de los centros de salud con la organización comunitaria.

Cuando se trata de la planificación estratégica, se refiere a las grandes decisiones, al establecimiento de los Objetivos Estratégicos, que permiten materializar la Misión y la Visión. Por lo tanto, la Planificación Estratégica es “la base o el marco para el establecimiento de mecanismos de seguimiento y evaluación de dichos objetivos, es decir, el control de la gestión no se puede realizar sin un proceso previo de planificación estratégica”. (Armijo, 2009)

1.3.8.2. La Planificación Estratégica en el Ámbito Público.

La planificación en el ámbito público se concibe como una herramienta insustituible para determinar, identificar y orientar recursos en contextos complejos en una gestión comprometida con los resultados.

Según Armijo “las características centrales de la gestión orientada a resultados son:

- Identificación de objetivos, indicadores y metas que permitan evaluar los resultados, generalmente a través del desarrollo de procesos de planificación estratégica, como herramienta para alinear las prioridades de la asignación de recursos y establecer la base para el control y evaluación de las metas.
- Identificación de niveles concretos de responsables del logro de las metas.

- Establecimiento de Sistemas de Control de Gestión internos donde están definidas las responsabilidades por el cumplimiento de las metas en toda la organización, así como los procesos de retroalimentación para la toma de decisiones.
- Vinculación del presupuesto institucional al cumplimiento de objetivos y
- Determinación de incentivos, flexibilidad y autonomía en la gestión de acuerdo a compromisos de desempeño” (2009).

“La planificación estratégica es un proceso que antecede al control de gestión, el cual permite hacer el seguimiento de los objetivos establecidos para el cumplimiento de la misión.” (Chiavenato & Atayde, 1993)

1.3.8.3. Instrumentos para la Estructuración de la Planificación Estratégica.

Los instrumentos de planificación estratégica son un conjunto de procedimientos que permiten definir con claridad las estrategias, a través del análisis de las situaciones inherentes al grupo o la situación sobre la cual se pretende plantear las estrategias.

Armijo resalta que: “Un paso fundamental que la metodología de Planificación Estratégica provee para la definición de los Objetivos Estratégicos, tiene que ver con el antiguo y clásico análisis del ambiente externo y del ámbito interno, o también denominado FODA”. (Armijo, 2009)

Este básicamente consiste en un análisis de las brechas institucionales, que deben ser intervenidas por la entidad para el logro de los objetivos. Pueden ser producto de debilidades organizacionales o bien de eventuales brechas que surgirán para enfrentar nuevos desafíos. Este análisis FODA permite realizar un diagnóstico dinámico de la institución.”

En la figura que aparece a continuación, se ilustran los componentes del Diagnóstico o Análisis Institucional como base para la elaboración de la Planeación Estratégica en el ámbito estatal.

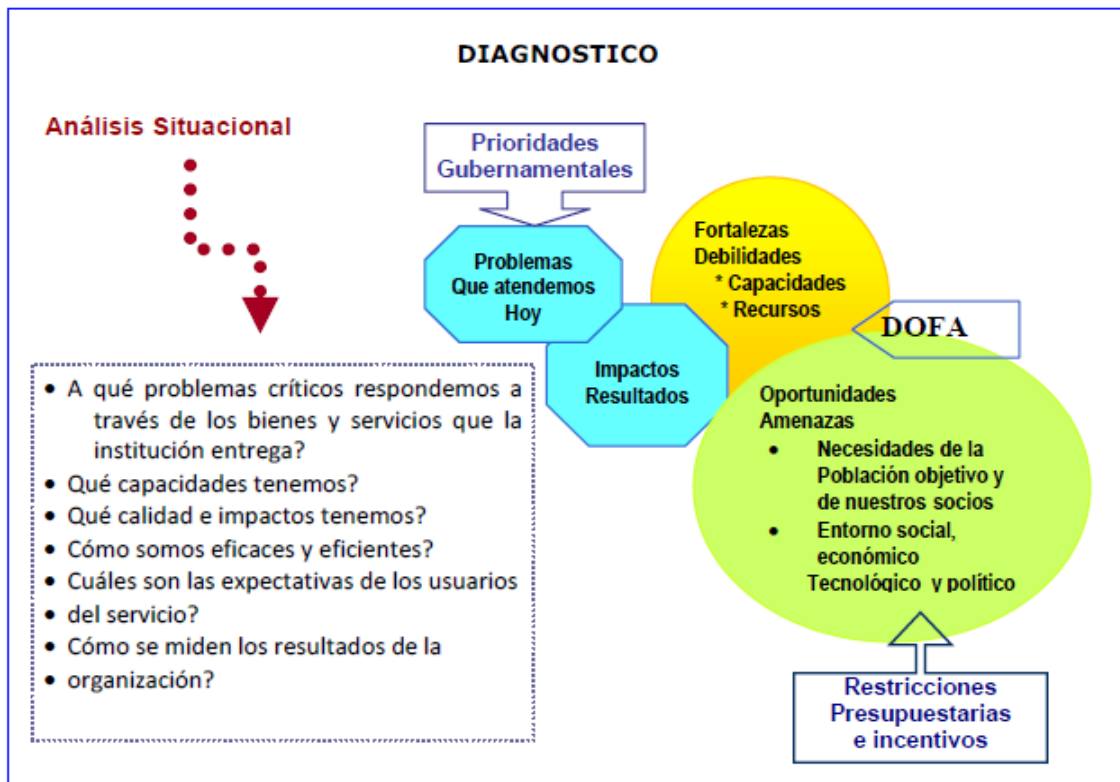


Figura N° 6. Análisis Situacional desde la perspectiva Estatal.

Fuente: (Armijo, 2009).

La Secretaría de Salud de México, a través de la Subsecretaria de Innovación y Calidad propone la siguiente metodología para elaborar el análisis FODA “que tiene como objetivo el identificar y analizar las Fuerzas y Debilidades de la Institución u Organización, así como también las Oportunidades y Amenazas, que presenta la información que se ha recolectado” (SSM, 2013).

Se utilizará para desarrollar un plan que tome en consideración muchos y diferentes factores internos y externos, para así maximizar el potencial de las fuerzas y oportunidades, minimizando así el impacto de las debilidades y amenazas.

Se debe de utilizar al desarrollar un plan estratégico o al planear una solución específica a un problema, una vez que se ha analizado el ambiente externo (por ejemplo: la cultura, la economía, datos demográficos y otras fuerzas.

a. **Análisis Interno.-** Para el diagnóstico interno será necesario conocer las fuerzas al interior que intervienen para facilitar el logro de los objetivos y sus limitaciones que

impiden el alcance de las metas de una manera eficiente y efectiva. En el primer caso, estaremos hablando de las fortalezas y en el segundo de las debilidades. Como ejemplos podemos mencionar: recursos humanos con los que se cuenta, recursos materiales, recursos financieros, recursos tecnológicos y otros.

- b. **Análisis Externo.-** Para realizar el diagnóstico es necesario analizar las condiciones o circunstancias ventajosas de su entorno que la pueden beneficiar, identificadas como las oportunidades; así como las tendencias del contexto que en cualquier momento pueden ser perjudiciales y que constituyen las amenazas, con estos dos elementos se podrá integrar el diagnóstico externo. Algunos ejemplos son: el Sistema político, la legislación, la situación económica, la educación, el acceso a los Servicios de Salud, las instituciones no gubernamentales y otros.
- c. Puede utilizar esta información para ayudarlo a desarrollar una estrategia que contenga y maximice las fuerzas y oportunidades; para así, reducir las debilidades y amenazas que no permiten obtener los objetivos planteados.

A partir de la utilización de la Matriz de Evaluación de Factores Internos (EFI) y la Matriz de Evaluación de Factores Externos (EFE), se procede a elaborar la Matriz FODA para diseñar las estrategias necesarias para lograr el objetivo planteado.

1.3.8.4. Análisis de las Evaluación Interna y Externa y planteamiento de Estrategias.

Según Ponce: “Una vez elaborada la Matriz FODA, que enlista los factores internos y externos que influyen en el desempeño de una organización, el siguiente paso es evaluar primeramente la situación interna de la compañía mediante la Matriz de Evaluación de los Factores Internos (EFI)” (Ponce, 2007).

El procedimiento para la elaboración de una EFI consiste de cinco etapas y la diferencia se tomará solamente para realizar la evaluación de las fortalezas y debilidades de la organización, siendo distintos los valores de las calificaciones. Es fundamental hacer una lista de las fortalezas y debilidades de la organización para su análisis como la siguiente:

- a) Asignar un peso entre 0,0 (no importante) hasta 1,0 (muy importante); el peso otorgado a cada factor expresa su importancia relativa y el total de todos los pesos debe dar la suma de 1,0;
- b) Asignar una calificación entre 1 y 4, donde el 1 es irrelevante y el 4 se evalúa como muy importante;
- c) Efectuar la multiplicación del peso de cada factor por su calificación correspondiente, para determinar una calificación ponderada de cada factor, ya sea fortaleza o debilidad.
- d) Sumar las calificaciones ponderadas de cada factor para determinar el total ponderado de la organización en su conjunto.

Lo más importante no consiste en sumar el peso ponderado de las fortalezas y las debilidades, sino comparar el peso ponderado total de las fortalezas contra el peso ponderado total de las debilidades, determinando si las fuerzas internas de la organización en su conjunto son favorables o desfavorables o si lo es su medio ambiente interno. En el caso anterior, las fuerzas internas son favorables a la organización, con un peso ponderado total de 2,20, contra 0,60 de las debilidades.

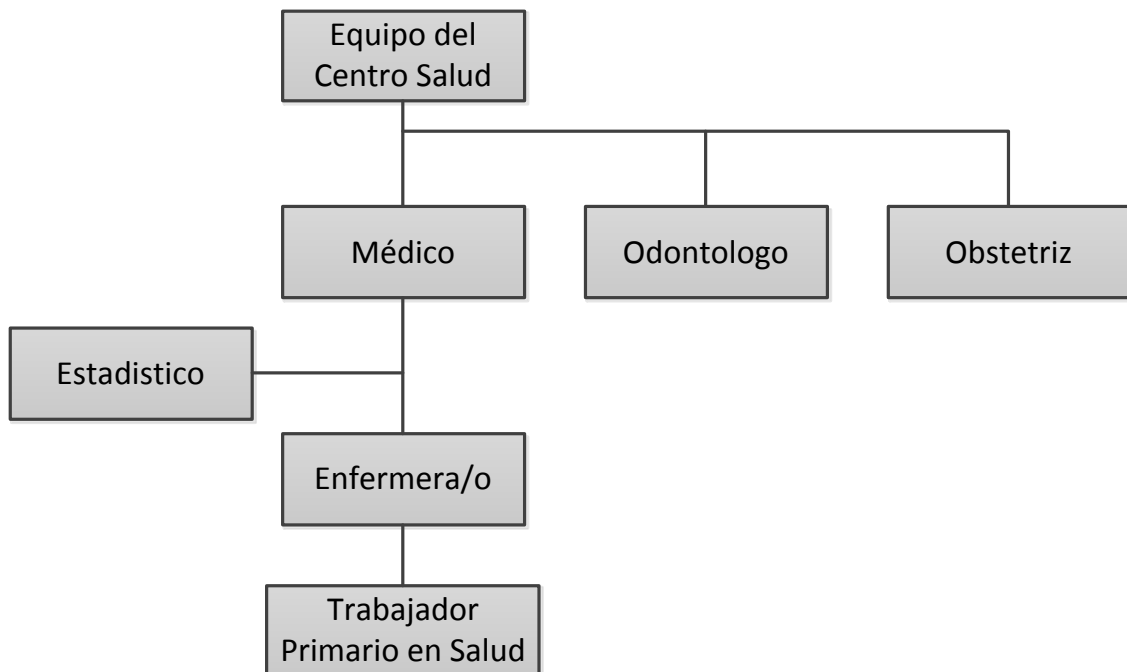
Una vez elaboradas las matrices FODA y EFI, existen otras matrices que pueden enriquecer el análisis estratégico, la siguiente matriz evalúa los factores externos (EFE), donde se observan algunos cambios con respecto a las anteriores, ya que establece un análisis cuantitativo simple de los factores externos, es decir, de las oportunidades y las amenazas mediante el siguiente procedimiento:

- a) Hacer una lista de las oportunidades y amenazas externas con que cuenta la empresa;
- b) Asignar un peso relativo en un rango de 0 (irrelevante) a 1,0 (muy importante); el peso manifiesta la importancia considerada relativa que tiene cada factor, soslayando que las oportunidades deben tener más peso que las amenazas, siendo necesario establecer que la suma de todas las oportunidades y las amenazas debe ser 1,0;
- c) Ponderar con una calificación de 1 a 4 cada uno de los factores considerados determinantes para el éxito, con el propósito de evaluar si las estrategias actuales de

- la empresa son realmente eficaces; 4 es una respuesta considerada superior, 3 es superior a la media, 2 una respuesta de término medio y 1 una respuesta mala;
- d) Multiplicar el peso de cada factor por su calificación para obtener una calificación ponderada, y
 - e) Sumar las calificaciones ponderadas de cada una de las variables para determinar el total del ponderado de la organización en cuestión.

1.3.9. Caracterización del Centro de Salud Penipe del Área #6 Guano- Penipe.

El Centro de Salud Penipe # 6, está conformado por los siguientes miembros:



Elaborado por: Lilian Collaguazo.

CAPÍTULO II.

2. METODOLOGÍA

2.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Cuasi experimental

La investigación realizada es de tipo cuasi experimental, ya que de existir variables estas no se manipulan sino, que más bien son observadas y descritas de acuerdo a como van sucediendo las situaciones.

En este caso se establece la relación existente entre los servicios brindados por la red de salud en el Centro de Salud Penipe N° 6 y los usuarios.

2.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Para realizar presente la investigación se tomaron dos tipos de investigación descriptiva y explicativa.

La investigación descriptiva que consiste en la caracterización de un hecho o fenómeno para establecer su estructura o comportamiento. Los estudios descriptivos miden de forma independiente las variables, y aun cuando no se formulen hipótesis, las primeras aparecerán enunciadas en los objetivos de investigación.

En el caso de esta investigación se describieron las formas de cómo están estructuradas las redes de salud y los procesos gestionarias de las comunidades en torno al modelo vigente.

Investigación Explicativa: se encarga de buscar el porqué de los hechos mediante el establecimiento de relaciones causa-efecto. Los resultados obtenidos a través de los procesos de la investigación explicativa permitirán establecer las relaciones existentes entre los programas de las redes y de las redes con la gestión comunitaria.

2.3. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

2.3.1. Método Inductivo

Este es un método científico que obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares. Se trata del método científico más usual, que se caracteriza por cuatro etapas básicas: la observación y el registro de todos los hechos; el análisis y la clasificación de los hechos; la derivación inductiva de una generalización a partir de los hechos; y, la contrastación.

La investigación se realizó bajo el esquema del método inductivo siguiendo los siguientes pasos:

Observación y registro de los hechos. Se realizó un análisis de la situación del Centro de Salud Penipe N° 6 y de la calidad de los servicios que ofrece a la comunidad.

Proposición hipotética. Con los resultados obtenidos se propusieron hipótesis para ser comprobadas a través del análisis y la interpretación de la información obtenida.

Análisis e interpretación de los hechos.- La información obtenida de la aplicación de las encuestas, entrevistas y de las observaciones realizadas, se procesó y se interpretaron los hechos, mediante la elaboración de tablas y gráficos. Por otro lado, las hipótesis fueron demostradas a través de la utilización de la estadística descriptiva e inferencial.

Derivación inductiva de una generalización a partir de los hechos.- Una vez establecidos los hechos se plantearon generalizaciones a través de conclusiones y recomendaciones.

2.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para la recolección de datos sobre la situación existente, se aplicó la encuesta y una guía de observación y un cuestionario estructurado para las entrevistas a los actores claves, o sea, los Representantes de las Comunidades.

2.4.1. Encuesta

Se utilizó la encuesta personalizada, basada en un cuestionario elaborado con preguntas cerradas y de múltiple elección, tomando en cuenta variables socio económicas, políticas y demográficas, a fin de definir la situación de las comunidades de la zona de influencia del Centro de Salud y las características de funcionamiento de las redes de salud.

2.4.2. Observación

Se realizaron observaciones directas de los usuarios del Centro de Salud, así como también de los Sistemas y Procesos que maneja la Red de Salud.

2.4.3. Entrevista

Se realizó la entrevista a los Representantes de las Comunidades, dado que ellos son los ejes principales de toda la organización, es el vínculo entre las Unidades de Salud y las familias o individuos de las diferentes comunidades.

2.4.4. Diagrama de Causa Efecto

Se consideró necesario aplicar el instrumento del Diagrama de Causa Efecto sobre los factores o elementos que determinan el grado de satisfacción de los usuarios del Centro de Salud.

2.4.5. Matrices EFE, EFI y DAFO

Para la determinación de las estrategias necesarias para la solución de problemas e inconformidades de los usuarios con el MAIS en el Centro de Salud, se aplicaron las matrices de Evaluación de Factores Externos (EFE) y de Evaluación de Factores Internos (EFI), así como la Matriz de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades (DAFO).

2.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

2.5.1. Población – usuarios del Centro

De acuerdo a los datos proporcionados en el último Censo de Población y Vivienda (INEC, 2010) la población de la parroquia Penipe es de 2.089 habitantes, distribuidos de la forma siguiente:

Cuadro N° 8. Población de la parroquia Penipe

Grandes grupos de edad	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
De 0 a 14 años	274	278	552
De 15 a 64 años	522	587	1,109
De 65 años y más	204	224	428
Total	1,000	1,089	2,089

Fuente: (INEC, 2010)

Elaborado por: Lilian Collaguazo

2.5.2. Muestra

Partiendo del total de la población identificada, se aplicó el análisis de muestreo estratificado para el cálculo de la muestra, utilizando una fórmula de análisis planteada en la metodología de CANAVOS (muestreo aleatorio no proporcional simple) para poblaciones finitas:

La fórmula utilizada fue:

$$n = \frac{N * (P * Q)}{N - 1 (e/k)^2 + (P * Q)}$$

Dónde:

n = Tamaño de la muestra

N= Universo de estudio (2.089 Usuarios)

P * Q= Probabilidad de ocurrencia del hecho o fenómeno (0.5 * 0.5)

e = Margen de error (5%)

z= Constante de corrección de error (1.96)

$$n = \frac{2.089 * (0.5 * 0.5)}{2.089 - 1 (0.05/1.96)^2 + (0.5 * 0.5)}$$
$$n = \frac{522,25}{1,35 + 0.25}$$
$$n = \frac{522,25}{1,6}$$
$$n = 326$$

Por tanto, se aplicó la encuesta a la muestra de 326 usuarios del centro.

2.5.3. Población y muestra de los Representantes de las Comunidades

El total de Representantes pertenecientes a las parroquias de los habitantes usuarios del Centro de Salud de Penipe, Área No. 6, Guano/Penipe son 29, por lo que se decidió realizar la entrevista al 100%.

2.6. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La información primaria fue sometida a tabulación, sistematización y análisis de los datos obtenidos de la encuesta y de la observación.

La información secundaria corresponderá a un registro, clasificación y actualización de los datos relevantes conforme al presente estudio.

En lo referente al análisis, se aplicaron las técnicas lógicas (inducción, análisis, síntesis), o estadísticas (descriptivas o inferenciales), que se emplearon para descifrar lo que revelan los datos recopilados.

2.7. HIPÓTESIS

2.7.1. Hipótesis General

Las Redes del Sistema Nacional de Salud no tienen implicaciones positivas en la gestión comunitaria.

2.7.2. Hipótesis Específicas

1. Los usuarios del Centro de Salud Penipe N° 6 no encuentran satisfacción en los servicios.
2. La capacidad organizativa de las comunidades no permiten su integración a las redes del Sistema Nacional de Salud.
3. La gestión comunitaria se articula con los programas de las redes del Sistema Nacional de Salud.

CAPÍTULO III.

3. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS.

3.1 TEMA

Estrategias para la solución de problemas e inconformidades con el Modelo de Atención Integral de Salud y la Red Pública Integral de Salud, para una atención de calidad en el Centro de Salud Penipe, del Área No. 6 Guano/Penipe.

3.2. PRESENTACIÓN

La salud en el Ecuador ha sido uno de los puntos críticos de las políticas de Estado, la estructura del servicio estaba definida por propuestas transitorias que mantuvieron al sistema en inercia, postergándose permanentemente su integración al desarrollo del país como prioridad para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos. Actualmente el Ecuador vive un proceso de transformación total del Estado y de los procesos de organización territorial, orientados a una visión de cumplimiento de los derechos fundamentales, establecidos en la Constitución de la República del Ecuador del 2008.

En cumplimiento del Artículo 358 de la referida Constitución, en el sector de la salud se están definiendo, implementando y evaluando nuevas estructuras y modelos de gestión administrativas, que permitan la ampliación de cobertura para el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades enfocadas a una vida saludable e integral individual y colectiva, reconociendo la diversidad social y cultural y la integración del trabajo entre las entidades que conforman el Sistema Nacional de Salud (SNS). En este contexto el Ministerio de Salud definió el SNS, compuesto por el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) y la Red Pública Integral de Salud (RPIS), que rige para todo el territorio nacional, con varias normas de aplicación y conocimiento obligatorio, que contiene directrices y herramientas que se requieren para el desarrollo de una adecuada coordinación nacional, aportando a materializar lo que dispone la Constitución y los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir. Sin embargo, este sistema no es completamente satisfactorio en la atención a la ciudadanía,

encontrándose puntos críticos en la prestación de los Servicios de Salud a nivel de atención primaria; en este sentido, se plantea el diseño de estrategias para la solución de problemas e inconformidades con el MAIS y el RPIS, para una atención de calidad, como alcance al Modelo de Gestión de Requerimientos e Inconformidades Ciudadanas para mejorar el servicio de salud, propuesto por el Ministerio de Salud Pública, en alianza estratégica con el Consejo Nacional de Telecomunicaciones, para medir los niveles de insatisfacción en la atención de los servicios de atención primarios de salud.

3.3. OBJETIVOS

3.3.1. Objetivo General

Diseñar estrategias para la solución de problemas e inconformidades con el funcionamiento del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) y de la Red Pública de Salud Integral (RPIS), para una atención de calidad en el Centro de Salud Penipe, del Área #6, Guano/Penipe.

3.3.2. Objetivos Específicos

1. Determinar los problemas e inconformidades con el funcionamiento del MAIS y de la RPIS.
2. Determinar los elementos componentes de la satisfacción de los usuarios con los servicios del Centro de Salud.
3. Proponer estrategias para la solución de los problemas e inconformidades detectadas.

3.4. FUNDAMENTACIÓN

3.4.1. Determinar los problemas e inconformidades con el funcionamiento del MAIS y de la RPIS.

Para el diseño de las estrategias que solucionen los problemas e inconformidades con el funcionamiento del MAIS y de la RPIS, se deben precisar y recopilar todos los problemas e inconformidades detectadas mediante la aplicación de las encuestas, las

entrevistas, las observaciones y el Diagrama de Causa Efecto. Una vez definida esa información, es posible elaborar las Matrices: Evaluación de las Fuerzas Externas (EFE), Evaluación de las Fuerzas Internas (EFI) y la de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades (DAFO).

3.4.2. Determinar los elementos componentes de la satisfacción de los usuarios con los servicios del Centro de Salud.

Como punto de partida para la definición de una atención de calidad, es necesario determinar los elementos o factores que hacen posible que el usuario esté totalmente satisfecho con los servicios que presta el Centro de Salud, en este caso el de Penipe del Área #6 Guano/Penipe. Con la definición de esos parámetros, es posible evaluar el grado de cumplimiento de los mismos, con el objetivo de determinar las estrategias necesarias para resolver o superar la situación existente.

3.4.3. Proponer estrategias para la solución de los problemas e inconformidades detectadas.

Para la elaboración de las estrategias, es necesario determinar las Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas presentes en el momento de planeación. Con esa información deben elaborarse las matrices EFE y EFI, a fin de evaluar el peso y el peso ponderado de cada una de las fuerzas existentes.

Posteriormente se deberá elaborar la matriz FODA y mediante la consideración, en cada cuadrante de la matriz de la unión de las fortalezas con las amenazas y con las oportunidades y de las debilidades con las amenazas y las oportunidades, se diseñan las denominadas estrategias: ofensivas, defensivas, de supervivencia y de reorientación.

En este caso, se diseñaron las estrategias para la solución de problemas e inconformidades con el funcionamiento del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) y de la Red Pública de Salud Integral (RPIS), para una atención de calidad en el Centro de Salud Penipe del Área #6, Guano/Penipe.

3.5. CONTENIDO

3.5.1. Determinación de los problemas e inconformidades con el funcionamiento del MAIS y de la RPIS.

Como resultado del procesamiento de toda la información recopilada de los instrumentos aplicados y utilizados en la presente investigación, se determinaron los problemas e inconformidades con el funcionamiento del MAIS y de la RPIS en el Centro de Salud Penipe, del Área #6 Guano/Penipe.

A continuación se relacionan:

- Los usuarios acuden al Centro de Salud fundamentalmente debido a que viven cerca o no tienen otro centro adonde acudir y no porque haya buena atención en el de Penipe.
- El personal del Centro no brinda confianza al usuario.
- A los usuarios no se les realizan exámenes completos en las consultas.
- No se les explica a los usuarios sobre los exámenes que se le realizan.
- No se les explica con palabras fáciles de entender, por lo que no entienden de los problemas de salud que padecen.
- Se extienden recetas no claras o inentendibles para el paciente.
- No se respetan las creencias del usuario en relación con la enfermedad y su curación.
- Existe inconformidad con los horarios de atención del Centro.
- Mucho tiempo de espera para ser atendidos.
- En ocasiones no se respeta la privacidad del paciente.
- La gran mayoría de los usuarios encuestados tienen la percepción de que su problema de salud no fue resuelto.
- Existe falta de insumos médicos y medicamentos.
- En general, se percibe insatisfacción con la atención recibida.

Las estrategias diseñadas deben solucionar estos problemas e inconformidades.

3.5.2. Determinación los elementos componentes de la satisfacción de los usuarios con los servicios del Centro de Salud.

Sobre la base de lo establecido por el MSP, la teoría sobre la calidad de atención a las personas que acuden a centros de prestación de servicios y las informaciones recopiladas, los elementos componentes que determinan la satisfacción de los usuarios con los servicios en un Centro de Salud son los siguientes:

- 1) Buen trato con calidez por parte de las personas que contactan con el usuario a la llegada al Centro.
- 2) Recibir toda la información necesaria sobre los servicios que presta el Centro y los lugares en donde se encuentran las consultas y demás instalaciones.
- 3) Emplear el mínimo tiempo posible en espera para recibir la atención de los médicos y enfermeras.
- 4) Ser atendido en las consultas y demás servicios con buen trato, calidez y en el menor tiempo posible.
- 5) Garantizar la privacidad necesaria en las consultas y demás áreas de servicio.
- 6) Recibir las informaciones e indicaciones precisas y claras sobre los tratamientos y medicamentos a recibir o acciones a ejecutar.
- 7) Sentirse cómodo y confortable en las áreas de espera y en consultas y demás áreas de servicio.
- 8) Percibir limpieza y orden en consultas, baños, pasillos y demás instalaciones del Centro.
- 9) Percibir confianza por parte del personal que labora en el Centro.
- 10) Recibir exámenes completos en las consultas.
- 11) Recibir respeto por las creencias de cada cual, en relación con la enfermedad y su curación.
- 12) Tener acceso al Centro en horarios adecuados.
- 13) Percibir que su problema de salud ha sido resuelto debidamente.
- 14) Recibir los medicamentos necesarios y que el servicio no se interrumpa o se demore por falta de insumos.
- 15) Recibir las instrucciones correctas sobre la necesidad de referencias y contrarreferencias hacia y desde otros Niveles de Atención.

Todos estos factores deben ser garantizados mediante la aplicación de las estrategias propuestas.

3.5.3. Estrategias para la solución de los problemas e inconformidades detectadas.

Para diseñar las estrategias necesarias para solucionar los problemas e inconformidades detectadas, se elaboraron las Matrices EFE y EFI, según aparece a continuación.

Matriz EFE.

Para la elaboración de esta matriz se determinaron las Oportunidades y Amenazas que se apreciaron del entorno y a continuación se asignaron valores, según el grado de importancia de cada una y se calcularon los pesos ponderados. La Matriz aparece a continuación.

Cuadro N° 9. Matriz de Evaluación de Fuerzas Externas (EFE)

Factores determinantes del éxito	Peso	Calificación	Peso Ponderado
Oportunidades			
1. El Plan Nacional del Buen Vivir (PNBV) sobre el aseguramiento de la salud en las comunidades.	0,11	4	0,44
2. Conocimientos ancestrales en salud por parte de la comunidad.	0,07	1	0,07
3. Organización comunitaria.	0,09	3	0,27
4. Alianzas estratégicas con otras instituciones relacionadas con la salud.	0,08	2	0,16
5. Contenido del Modelo de Atención Integral de Salud – Familiar, Comunitaria e Intercultural.	0,11	4	0,44
6. Red Pública Integral de salud.	0,11	4	0,44
Amenazas			
1. Conflictos dentro de las organizaciones comunales.	0,11	4	0,44
2. Proceso eruptivo del volcán Tungurahua.	0,09	3	0,27
3. Poca disposición para la participación comunitaria en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud.	0,07	1	0,07
4. Presupuestos insuficientes.	0,11	4	0,44
5. Escasa planificación local.	<u>0,05</u>	1	<u>0,05</u>
Total	1,00		3,09

Elaborado por: Lilian Collaguazo.

El resultado ponderado de 3,09, que es mayor que la media de 2,5, demuestra que las estrategias diseñadas para el Centro de Salud Penipe aprovechan las oportunidades y enfrentan las amenazas adecuadamente.

Matriz EFI

En primer lugar se determinaron las Fortalezas y Debilidades que presentaba el Centro de Salud en el momento de la realización de la presente investigación. A continuación se asignaron valores según la importancia de cada una y se calcularon los pesos ponderados.

A continuación aparece la matriz.

Cuadro N° 10. Matriz de Evaluación de Fuerzas Internas (EFI)

Factores determinantes del éxito	Peso	Calificación	Peso Ponderado
Fortalezas			
1. Personal capacitado.	0,10	4	0,40
2. El personal profesional explica debidamente los cuidados a seguir.	0,09	3	0,27
3. Ambientes agradables, mobiliario cómodo e instalaciones adecuadas y funcionales.	0,10	4	0,40
4. Respeto por la privacidad durante la consulta.	0,08	2	0,16
5. Se maneja el enfoque de género.	0,09	3	0,27
Debilidades			
1. Insuficiente personal para atender los requerimientos del Centro.	0,10	4	0,40
2. Escasa comunicación entre los miembros del Centro y entre éste y las comunidades.	0,10	4	0,40
3. Insuficiente disponibilidad de equipos.	0,09	3	0,27
4. Dificultades con la referencia y contrarreferencia.	0,09	3	0,27
5. La Planificación del Centro se elabora sin la participación de las comunidades.	0,08	2	0,16
6. Deficiente sistema de monitoreo.	0,08	2	0,16
Total	1,00		3,16

Elaborado por: Lilian Collaguazo.

El resultado ponderado de 3,16, que es mayor que la media de 2,5, demuestra que las estrategias diseñadas para el Centro de Salud Penipe, potencian las fortalezas y deben superar las debilidades detectadas.

Matriz DAFO

Sobre la base de los contenidos de las Matrices EFE y EFI, se seleccionaron las Oportunidades, Amenazas, Fortalezas y Debilidades fundamentales, a fin de elaborar la Matriz DAFO, con el objetivo de diseñar, en cada cuadrante, las estrategias necesarias para potenciar las fortalezas, resolver o superar las debilidades; aprovechar las oportunidades del entorno y enfrentar las amenazas estimadas.

A continuación se expone la matriz, con las estrategias diseñadas.

Cuadro N° 11. Matriz DAFO del Centro de Salud Penipe.

<p>FACTORES INTERNOS</p> <p>FACTORES EXTERNOS</p>	<p>FORTALEZAS</p> <p>F1. Personal capacitado.</p> <p>F2. Ambientes agradables, mobiliario cómodo e instalaciones adecuadas y funcionales.</p> <p>F3. El personal profesional explica debidamente los cuidados a seguir.</p> <p>F4. Se maneja el enfoque de género.</p>	<p>DEBILIDADES</p> <p>D1. Insuficiente personal para atender los requerimientos del Centro.</p> <p>D2. Escasa comunicación entre los miembros del Centro y entre éste y las comunidades.</p> <p>D3. Insuficiente disponibilidad de equipos.</p> <p>D4. Dificultades con la referencia y contrarreferencia.</p>
<p>OPORTUNIDADES</p> <p>O1. El Plan Nacional del Buen Vivir (PNBV) sobre el aseguramiento de la salud en las comunidades.</p> <p>O2. Contenido del Modelo de Atención Integral de Salud – Familiar,</p>	<p>FO1- Capacitar al personal en el contenido del PNBV, a fin de que lo apliquen en su trabajo.</p> <p>FO2- Promover las condiciones del Centro en las comunidades de manera que</p>	<p>DO1- Incorporar profesionales fijos que garanticen el cumplimiento de los objetivos del Centro y la continuidad en el trabajo.</p> <p>DO2- Aplicar acciones que garanticen la comunicación permanente entre los</p>

<p>Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI).</p> <p>O3. Red Pública Integral de Salud (RPIS).</p> <p>O4. Organización comunitaria</p>	<p>se cumpla el contenido del MAIS-FCI.</p> <p>FO3- Aprovechar los Niveles que brinda el RPIS Para la adecuada referencia y contrarreferencia.</p> <p>FO4- Ejecutar acciones que garanticen la incorporación de las organizaciones comunitarias a las actividades del Centro.</p>	<p>miembros del Centro y entre éste y las comunidades.</p> <p>DO3- Incluir en los planes y presupuestos del Centro la adquisición de los equipos necesarios para su buen funcionamiento.</p> <p>DO4- Ejecutar campañas de divulgación en las comunidades sobre los beneficios de acudir al I Nivel y las funciones de los demás Niveles de Salud.</p>
<p>AMENAZAS</p> <p>A1. Conflictos dentro de las organizaciones comunales.</p> <p>A2. Presupuesto insuficiente.</p> <p>A3. Proceso eruptivo del Volcán Tungurahua.</p> <p>A4. Poca disposición para la participación comunitaria en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud.</p>	<p>FA1- Lograr mayor acercamiento a las organizaciones comunales e influir en la solución de sus conflictos.</p> <p>FA2- Mejorar la elaboración de los presupuestos del Centro y establecer políticas de ahorro de recursos.</p> <p>FA3- Desplegar campañas en las comunidades para contrarrestar los efectos del Volcán Tungurahua e incluir medicamentos y medios en el presupuesto para ese fin.</p> <p>FA4- Comunicar oportunamente a las comunidades la necesidad de su participación en la planificación y solución de los problemas del Centro.</p>	<p>DA1- Nombrar a personas veedoras dentro de las comunidades para que mantengan un vínculo permanente con el Centro.</p> <p>DA2- Informar a las comunidades las insuficiencias del presupuesto, con el fin de que cumplan los tratamientos indicados.</p> <p>DA3- Incluir en los planes y presupuestos del Centro la adquisición de equipos y medios específicos relacionados con los efectos de la erupción del Volcán Tungurahua.</p> <p>DA4- Concientizar a las comunidades en cuanto a los servicios que ofrece cada Nivel de Salud y la importancia de su participación en la planificación y acciones del Centro.</p>

Elaborado por: Lilian Collaguazo.

Con la aplicación de las Estrategias diseñadas sobre la base de la Matriz DAFO, se solucionan los problemas e inconformidades con el MAIS para una atención de calidad por parte del Centro de Salud Penipe.

3.6. OPERATIVIDAD

La Operatividad de este Lineamiento Alternativo está basada en los siguientes momentos de realización:

El primer momento fue la realización de un diagnóstico que permitió establecer cuáles son los problemas y necesidades presentes en la relación coyuntural de las organizaciones comunitarias con el Centro de Salud Penipe N° 6. Esta tarea formó parte del cuerpo de trabajo de la presente tesis y se realizó en el plazo de cuatro meses.

Para realizar el diagnóstico se aplicó una encuesta a los usuarios, una entrevista a los Representantes de las Comunidades en la que se establecieron los criterios de percepción de los actores clave de las organizaciones y se elaboró un Diagrama de Causa Efecto.

En un segundo momento, en base a los resultados obtenidos, se determinaron los elementos componentes de la satisfacción de los usuarios con los servicios, se definieron las debilidades, fortalezas, oportunidades y amenazas y se diseñaron las estrategias necesarias para la solución de los problemas e inconformidades con el MAIS, para una atención de calidad en el Centro de Salud Penipe. Se realizó en un tiempo de tres meses.

El tercer momento de validación y socialización del lineamiento alternativo que fue revisado, analizado y aprobado por los miembros del equipo de salud del Centro de Salud Penipe N° 6, con la participación de los actores clave, se socializó en un taller participativo con delegados de la comunidad.

CAPÍTULO IV.

4. EXPOSICIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1.1. Encuesta realizada a los usuarios compuesta por dos partes.

PARTE I: ASPECTOS GENERALES

Pregunta N° 1 ¿Cuál es su edad?

Cuadro N° 12. Edad.

Edad	Número	Porcentaje
De 15 a 24 años	43	13,19%
De 25 a 34 años	46	14,11%
De 35 a 44 años	83	25,46%
De 45 a 54 años	72	22,09%
De 55 a 64 años	61	18,71%
De 65 a más años	21	6,44%
Total	326	100%

Fuente: Encuestas a los Usuarios de la red de Salud Guano Penipe.

Elaborado por: Lilian Collaguazo

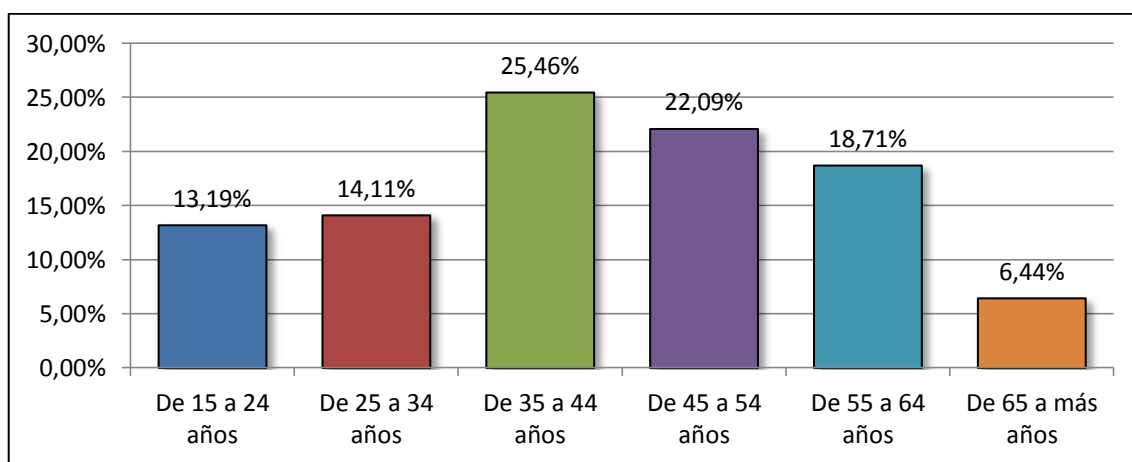


Gráfico N° 3. Edad.

Fuente: Cuadro N° 12

Elaborado por: Lilian Collaguazo

Análisis e Interpretación.- Durante la aplicación de la encuesta se trabajó con una población de 326 personas de la siguiente manera: 83 personas entre 35-44 años (25,46 %) personas que están en un potencial muy alto dentro de su actividad, 72 personas entre 45-54 años (22,09), 61 entre 55-64 años (18,71), 46 personas entre 25-34 años (14,11%) , 43 personas entre 15-24 años (13,19%), 21 personas entre 65 a más años (6.44 %).. Para nuestro análisis se consideró a las personas potencialmente activas hasta llegar al grupo de personas jubiladas por el Seguro Campesino pero que de igual forma requieren asistencia en la salud, concluyendo que el porcentaje más alto es de las personas que están entre los 35 y 44 años que es el 25.46%

Pregunta N° 2 Sexo

Cuadro N° 13. Sexo

Sexo	Número	Porcentaje
Masculino	140	44,80%
Femenino	186	55,20%
Total	326	100%

Fuente: Encuestas a los Usuarios de la red de Salud Guano Penipe.

Elaborado por: Lilian Collaguazo

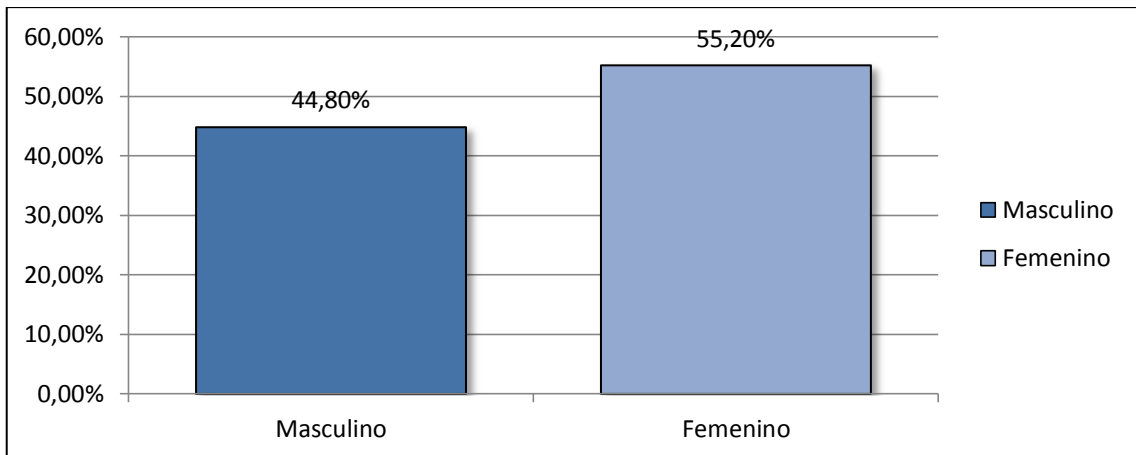


Gráfico N° 4. Sexo

Fuente: Cuadro N° 13

Elaborado por: Lilian Collaguazo

Análisis e interpretación.- De acuerdo a los datos del cuadro N° 13 se encontró que de la población total 326 personas 140 son varones (44,80%) y 186, son mujeres (55,20%) de la población total son mujeres, es decir las mujeres presentan un índice más alto en la población sobre el deseo de tener una relación estrecha a la gestión comunitaria con los programas de las redes del Sistema Nacional de Salud, mientras que los hombres con el 44,80 de la población total mantienen un índice alto también pero con cierto porcentaje inferior al de las mujeres.

Pregunta N° 3 ¿Cuál su grado de Instrucción?
Cuadro N° 14. Grado de Instrucción.

Instrucción	Número	Porcentaje
Analfabeto	26	7,98%
Básica	128	39,26%
Bachillerato	142	43,56%
Superior técnica	12	3,68%
Superior Universitaria	9	2,76%
No sabe/ no opina	9	2,76%
Total	326	100%

Fuente: Encuestas a los Usuarios de la red de Salud Guano Penipe.

Elaborado por: Lilian Collaguazo

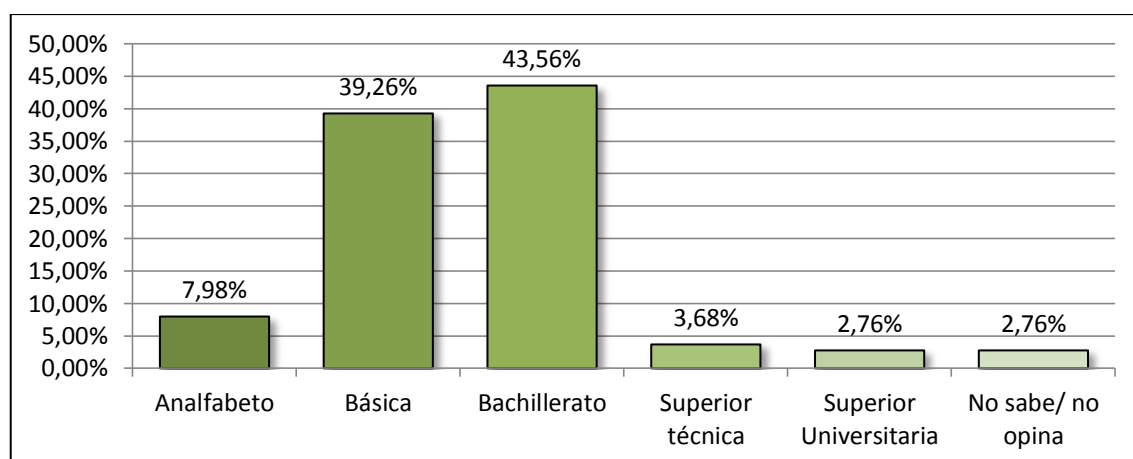


Gráfico N° 5. Grado de Instrucción

Fuente: Cuadro N° 14

Elaborado por: Lilian Collaguazo

Análisis e Interpretación.- Los encuestados de acuerdo al cuadro N° 14 tienen diversos niveles de preparación siendo el bachillerato el nivel más alto con 142 personas correspondiente al 43,56 %, grupo de personas que les interesa más el conocimiento de la relación de la sociedad con la salud, lo que no ocurre con 9 personas que tienen educación universitaria y 9 personas también que no saben o simplemente no opinan nada acerca del tema. Claramente se puede observar que el mayor porcentaje de personas que tienen un nivel de preparación Bachillerato (43,56%) son las más interesadas en conocer sobre la salud lo que no ocurre con personas demasiado preparadas académicamente como son las que tienen un nivel de conocimiento superior (2,76 %) que no les llama la atención el tema llegando a igualar el mismo porcentaje (2,76%) de las personas que no saben o simplemente no opinan.

Pregunta N° 4 ¿Por qué escogió venir a este establecimiento de salud?

Cuadro N° 15. Razones por la que escogió el establecimiento

Categoría	Número	Porcentaje
Está más cerca	143	43,87%
Es barato	14	4,29%
No hay otro establecimiento adonde acudir	96	29,45%
No tengo seguro	29	8,90%
Hay buena atención	36	11,04%
Otro	8	2,45%
Total	326	100%

Fuente: Encuestas a los Usuarios de la red de Salud Guano Penipe.

Elaborado por: Lilian Collaguazo

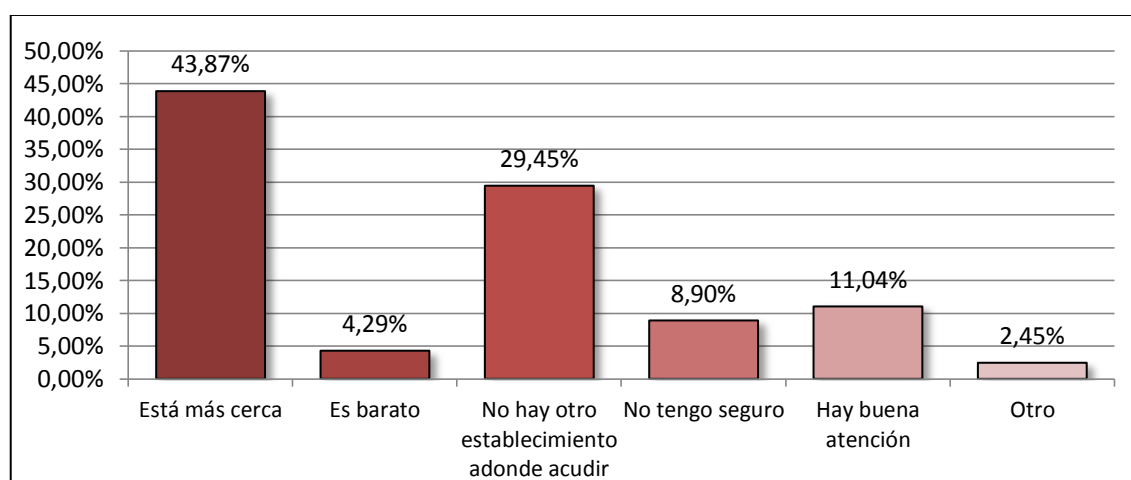


Gráfico N° 6. Razones por la que escogió el establecimiento

Fuente: Cuadro N° 15.

Elaborado por: Lilian Collaguazo.

Análisis e Interpretación.- En base al Cuadro N° 15, 143 personas (43%) han escogido un Centro de Salud por la cercanía a su casa, en cambio el (29%) de personas es decir, 96 han escogido el Centro de Salud porque no hay donde acudir, mientras que 36 personas (11,04%) buscan un Centro de Salud por una buena atención y finalmente 8 personas (2,45%) simplemente prefieren otro. Al considerar el 43,5 % de encuestados que prefieren un Centro de Salud cercano a la vivienda se puede deducir que en la mayoría solo buscan comodidad, sin embargo 96 personas (29,45 del total) optan por acudir a un Centro de Salud determinado solamente porque no existe otro establecimiento a dónde acudir, lo que puede deberse a que estos establecimientos de salud no se encuentran construidos y repartidos en manera estratégica o también el servicio que prestan no es adecuado pero no existe otra opción por lo menos cerca. Y apenas el 2,45 % buscan otro establecimiento, pudiéndose deducir que otro se refiere a mejor servicio, atención y sobre todo como solución del problema sin importar a que distancia se encuentre.

PARTE II: PERCEPCIÓN DEL USUARIO RESPECTO A LA ATENCIÓN

Pregunta N° 1 ¿Durante su permanencia en el establecimiento cómo lo trataron?
Cuadro N° 16. Trato en el establecimiento

Categoría	Número	Porcentaje
Bien	182	55,84%
Mal	116	35,58%
No Opina	28	8,58%
Total	326	100%

Fuente: Encuestas a los Usuarios de la red de Salud Guano Penipe.

Elaborado por: Lilian Collaguazo

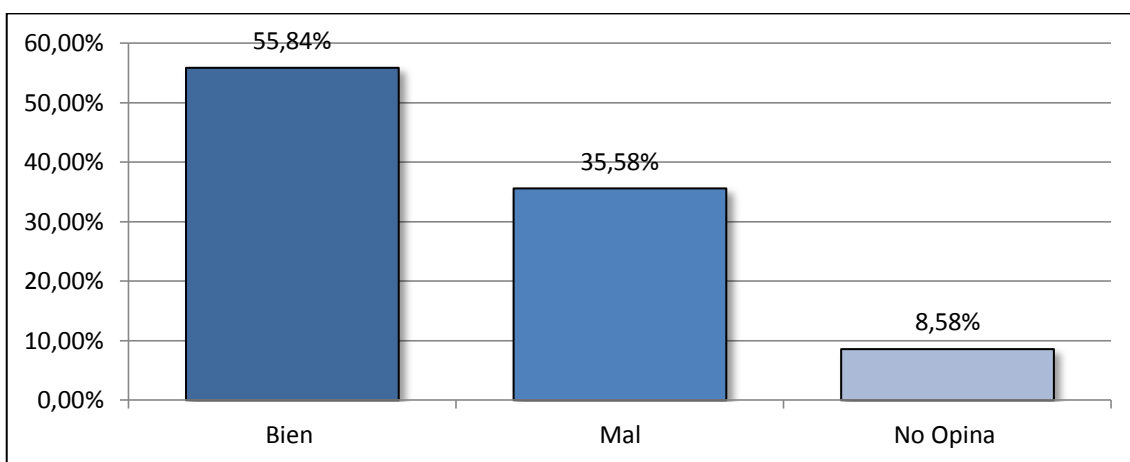


Gráfico N° 7. Trato en el establecimiento

Fuente: Cuadro N° 16

Elaborado por: Lilian Collaguazo

Análisis e Interpretación.- En el cuadro N° 16 se puede apreciar que 182 encuestados (55,84%) indican que reciben buen trato bien a un paciente, el 35,58% es decir, 116 personas dicen que fueron mal tratados en un centro de salud y 8,58% o sea 28 personas no opinan. En un porcentaje de 55,84% de personas expresaron estar bien atendidos en el Centro de Salud; el 35,58% de encuestados opinaron que mal. Se deben considerar varios aspectos como atención en sí, si fue solucionado su problema o incluso fueron rechazados. El 8,58% simplemente no opina.

Pregunta N° 2 ¿El personal le brindó confianza para expresar su problema de salud?

Cuadro N° 17. Confianza brindada al usuario

Categoría	Número	Porcentaje
Si	95	29,14%
No	172	52,76%
No Opina	59	18,10%
Total	326	100%

Fuente: Encuestas a los Usuarios de la red de Salud Guano Penipe.

Elaborado por: Lilian Collaguazo

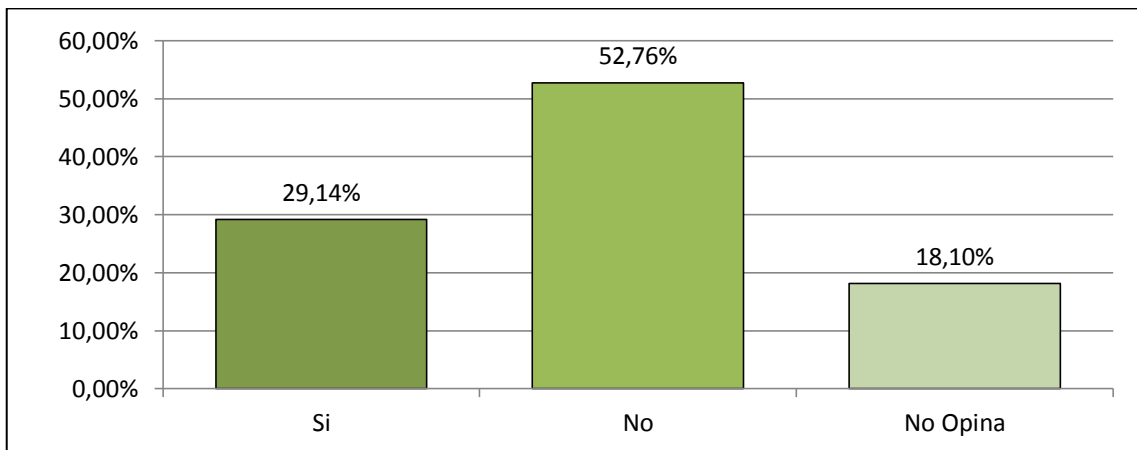


Gráfico N° 8. Confianza brindada al usuario

Fuente: Cuadro N° 17.

Elaborado por: Lilian Collaguazo.

Análisis e Interpretación.- Se puede notar en base al cuadro N° 17 que de 326 encuestados, 95 personas que representan el 29,14% responden que si existe confianza en un Centro de Salud para expresar el problema de salud mientras que 172 personas, más de la mitad 52,76% aseguran que definitivamente el Centro de Salud no presenta la confianza necesaria para expresar el problema, y 59 el 18,10% las que se limitan a opinar. De acuerdo al cuadro puede afirmarse que 95 personas, es decir el 29,13% presentan familiaridad con dicho centro como para poder exponer su problema; sin embargo, el 52,76% que podríamos hablar de un doble opinan que los centros médicos no brindan la confianza necesaria como para poder presentar un problema; mientras que a un mínimo porcentaje 18,10 % no les interesa, sino que simplemente acuden al establecimiento y presentan su problema.

Pregunta N° 3. ¿Considera que durante la consulta médica le hicieron un examen completo?

Cuadro N° 18. Examen completo en la consulta médico.

Categoría	Número	Porcentaje
Si	84	25,77%
No	221	67,79%
No Opina	21	6,44%
Total	326	100%

Fuente: Encuestas a los Usuarios de la red de Salud Guano Penipe.

Elaborado por: Lilian Collaguazo

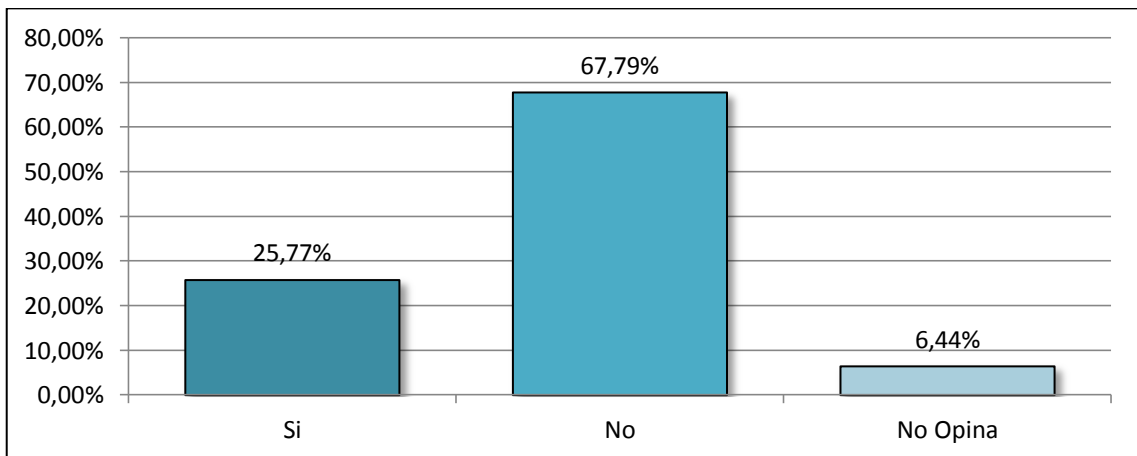


Gráfico N° 9. Examen completo en la consulta médico

Fuente: Cuadro N° 18

Elaborado por: Lilian Collaguazo

Análisis e Interpretación.- De las 326 personas encuestadas, 221 personas 67,69% respondieron que durante la consulta médica no recibieron un examen completo, 84, el 25,77% si lo recibieron y 21 usuarios no opinaron. El cuadro N° 18 muestra que cuando se acude a un Centro de Salud, la mayoría de los pacientes 67,79% no son atendidos con un examen completo en su consulta, que apenas 25,77% dicen haber recibido un examen completo en su consulta y el 6.44% simplemente no opina lo que da a entender que se requiere de una mejor y completa atención a los pacientes.

Pregunta N° 4. ¿El personal que le atendió le explico sobre el examen que le iba a realizar?

Cuadro N° 19. Explicación sobre el examen a realizar.

Categoría	Número	Porcentaje
Si	65	19,94%
No	244	74,84%
No Opina	17	5,22%
Total	326	100%

Fuente: Encuestas a los Usuarios de la red de Salud Guano Penipe.

Elaborado por: Lilian Collaguazo

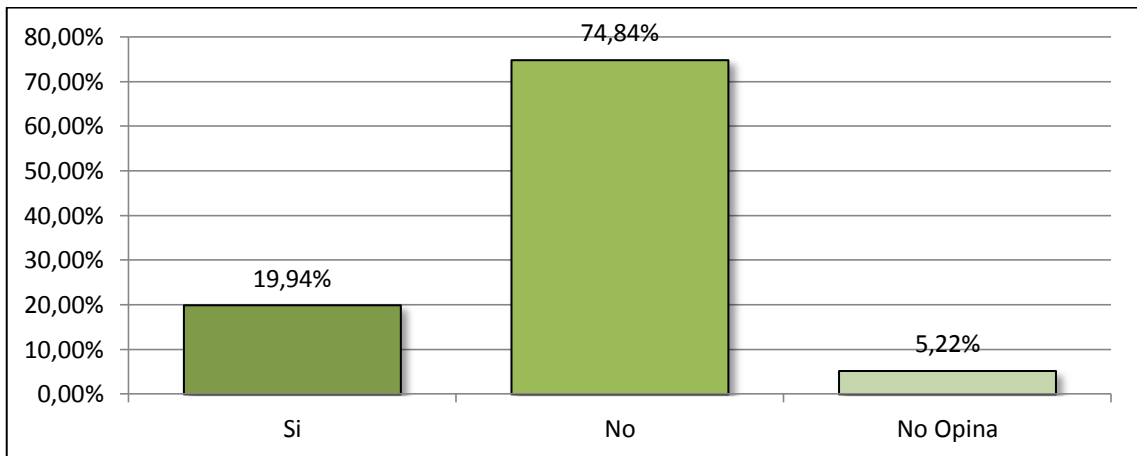


Gráfico N° 10. Explicación sobre el examen a realizar.

Fuente: Cuadro N° 19

Elaborado por: Lilian Collaguazo

Análisis e Interpretación.- En el cuadro N° 19 se evidencia la falta de explicación del examen que va a realizar el paciente en el Centro de Salud, ya que el 74,84% de los encuestados dijeron que no y apenas el 19,94 % dijeron que si y el 5,22% simplemente no opinan. La no explicación conjuntamente con una mala orientación hacia el éxito del examen en un Centro de Salud, le da la apertura al paciente de no regresar por no ser bien atendido o simplemente a no tener confianza suficiente como para satisfacer su necesidad en este caso casi nunca se recibe un examen a satisfacción y tranquilidad del paciente.

Pregunta N° 5. ¿El personal que le atendió le explicó con palabras fáciles de entender cuál es su problema de salud o resultado de la consulta?

Cuadro N° 20. Explicación fácil del problema de salud o resultado de la consulta.

Categoría	Número	Porcentaje
Si	87	26,69%
No	225	69,02%
No Opina	14	4,29%
Total	326	100%

Fuente: Encuestas a los Usuarios de la red de Salud Guano Penipe.

Elaborado por: Lilian Collaguazo.

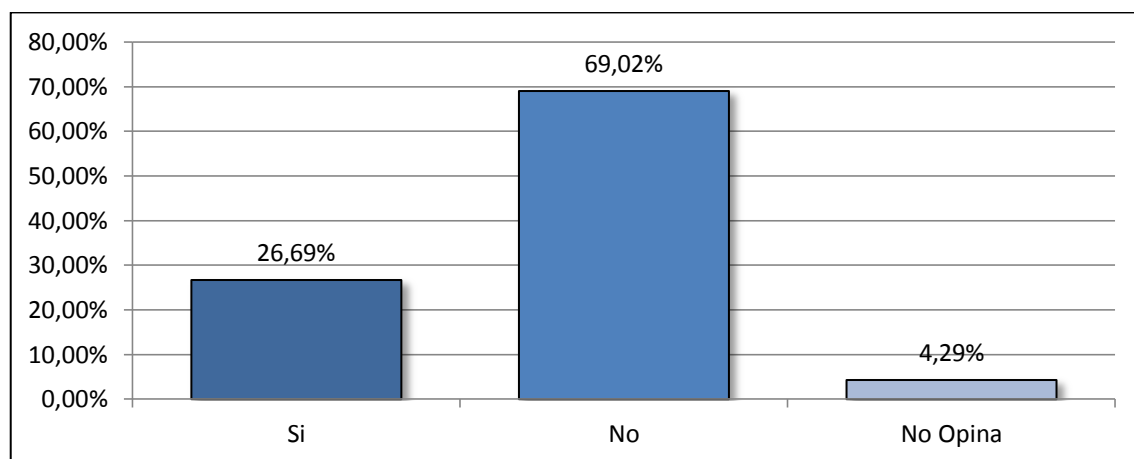


Gráfico N° 11. Explicación fácil del problema de salud o resultado de la consulta.

Fuente: Cuadro N° 20

Elaborado por: Lilian Collaguazo

Análisis e Interpretación.- El cuadro N° 20 refleja que el 69,02% de la población dada no entiende la explicación que le da el personal que lo atendió en un Centro de Salud sobre el problema o resultado de la consulta, el 26,69% lo entiende y el 4,29% no opina. Aparte de un problema con la explicación, orientación del examen a realizar en una consulta médica en un Centro de Salud está fundamentalmente el gran problema de entender de lo que se trata dicho problema, esto quiere decir que falta de capacitación del personal para efectivizar el servicio entregado en dicho Centro de Salud.

Pregunta N° 6. Si le dieron indicaciones en una receta; ¿están escritas en forma clara para Usted?

Cuadro N° 21. Recetas Claras

Categoría	Número	Porcentaje
Si	52	15,95%
No	256	78,53%
No Opina	18	5,52%
Total	326	100%

Fuente: Encuestas a los Usuarios de la red de Salud Guano Penipe.

Elaborado por: Lilian Collaguazo

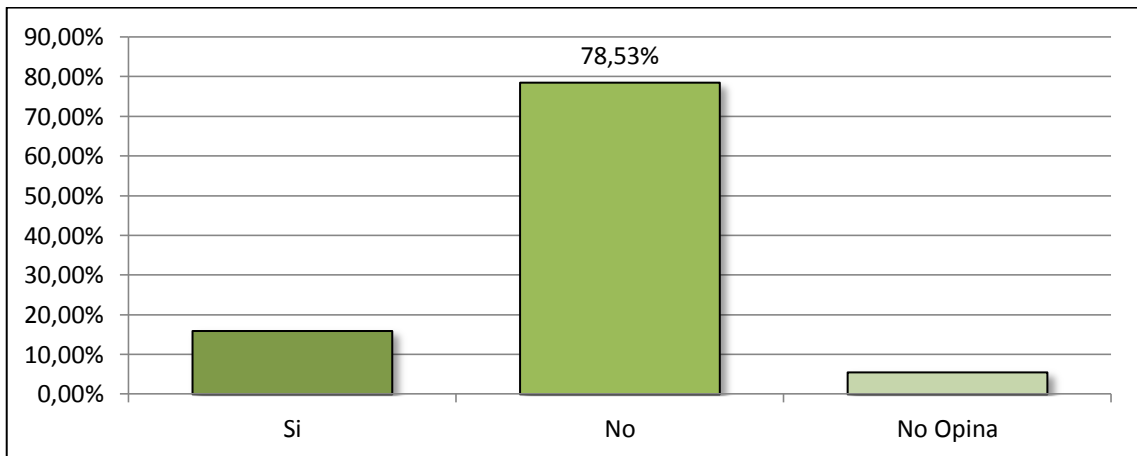


Gráfico N° 12. Recetas Claras

Fuente: Cuadro N° 21

Elaborado por: Lilian Collaguazo

Análisis e Interpretación.- Muy claramente se puede apreciar en el cuadro N° 21 que las recetas dadas en un centro médico por los tratantes no son claras, correspondiendo a esto el 78,53%, el 20,86% dice entender.

Generalmente los médicos no son claros con los pacientes al escribir una receta, mientras que un reducido número de personas si lo hacen o no les interesa entender solo buscan que se solucione su problema de salud. El grado de comprensión de las indicaciones en la receta médica puede tener relación con el nivel de educación de los usuarios.

Pregunta N° 7. ¿El personal que le atendió le explicó los cuidados a seguir en su casa?

Cuadro N° 22. Explicación sobre cuidados de la salud en la casa

Categoría	Número	Porcentaje
Si	235	72,09%
No	68	20,86%
No Opina	23	7,05%
Total	326	100%

Fuente: Encuestas a los Usuarios de la red de Salud Guano Penipe.

Elaborado por: Lilian Collaguazo

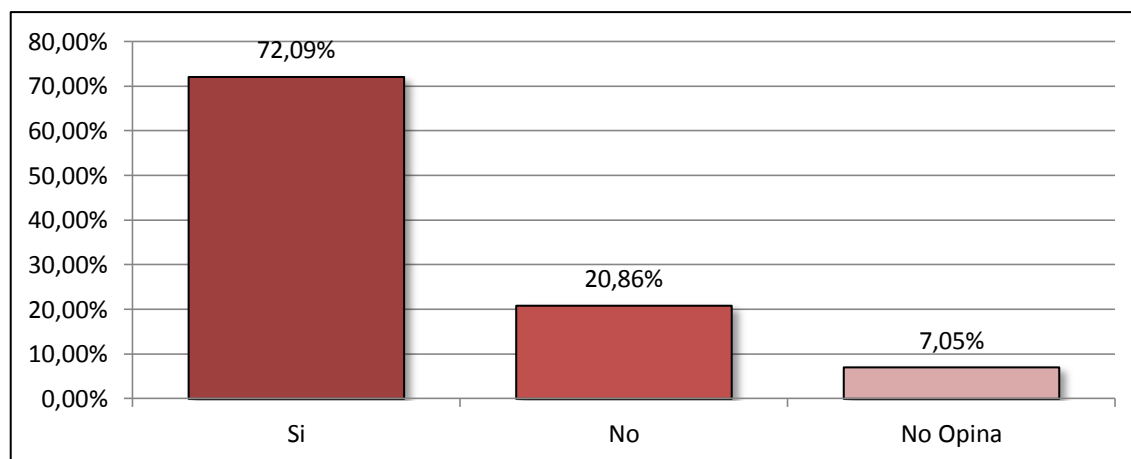


Gráfico N° 13. Explicación sobre cuidados de la salud en la casa

Fuente: Cuadro N° 22.

Elaborado por: Lilian Collaguazo

Análisis e Interpretación.- En cuadro N° 22 se detalla que un 72,09% de los encuestados recibió una explicación respecto de los cuidados de la salud que debe tener en casa para su recuperación, 20,86% asegura que no le explicaron y 7,05% no responde. El personal que atiende en un Centro de Salud al explicar los cuidados que se debe considerar en la casa del paciente, el 72,09% de los encuestados lo recibió para ejecutarlo y apenas el 20,86% no lo hacen, tal vez por tiempo, no cuentan con lo necesario o simplemente no les interesa.

Pregunta N° 8 ¿El personal del establecimiento respeta sus creencias en relación a la enfermedad y su curación?

Cuadro N° 23. Aceptar creencias

Categoría	Número	Porcentaje
Si	32	9,82%
No	281	86,19%
No Opina	13	3,99%
Total	326	100%

Fuente: Encuestas a los Usuarios de la red de Salud Guano Penipe.

Elaborado por: Lilian Collaguazo

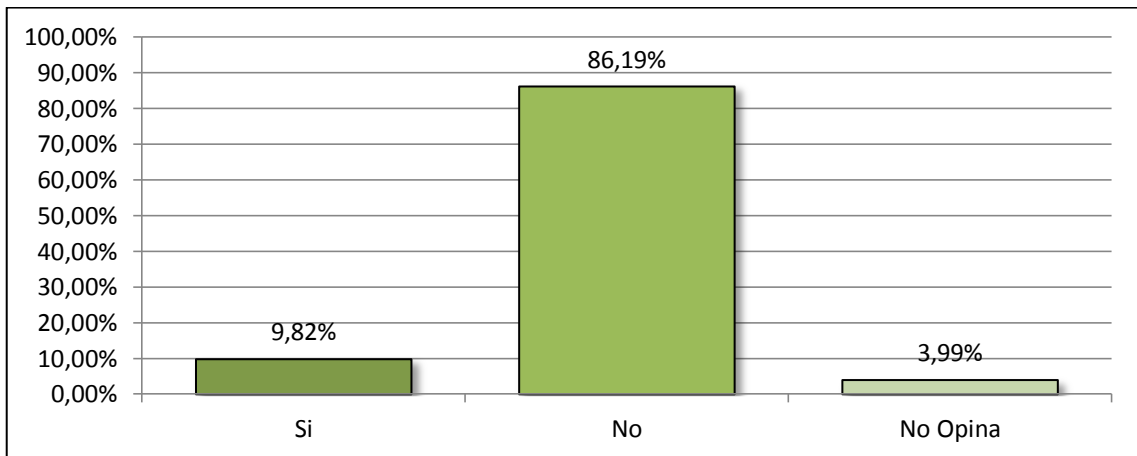


Gráfico N° 14. Aceptar creencias

Fuente: Cuadro N° 23.

Elaborado por: Lilian Collaguazo

Análisis e Interpretación.- Al inicio de la encuesta se había considerado que el paciente busca un Centro de Salud donde le brinden confianza principalmente para poder compartir el problema en el cuadro N° 23 se puede apreciar que el 86,19% de encuestados no son respetadas sus creencias en relación a la enfermedad y su curación y apenas el 9,82% que sus creencias si son respetadas. Se debe considerar mucho el nivel de creencias en relación a la enfermedad y al mismo tiempo, respetarlas. Se apreciar que el 86,19% de los encuestados no son respetadas en este sentido; por tanto, se debe afianzar la relación paciente Centro de Salud para, de una manera adecuada llegar a un acuerdo mutuo.

Pregunta N° 9 ¿El horario de atención del establecimiento le parece conveniente?

Cuadro N° 24. Horario de atención

Categoría	Número	Porcentaje
Si	75	23,01%
No	217	66,56%
No Opina	34	10,43%
Total	326	100%

Fuente: Encuestas a los Usuarios de la red de Salud Guano Penipe.

Elaborado por: Lilian Collaguazo

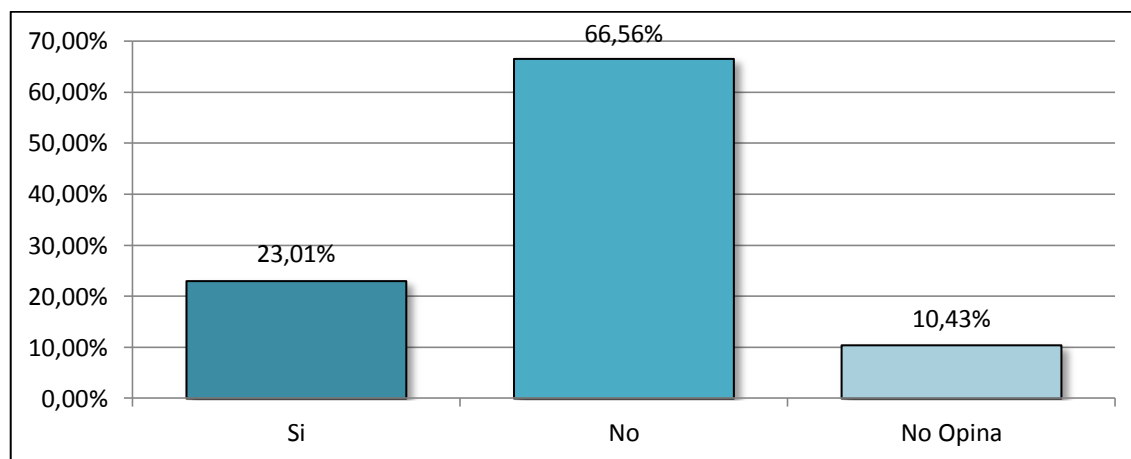


Gráfico N° 15. Horario de atención

Fuente: Cuadro N° 24

Elaborado por: Lilian Collaguazo

Análisis e Interpretación.- En cuanto a un centro de salud en su horario de atención el cuadro nos refleja que 66,56% no tienen horarios convenientes de atención en un 23,01% que sí y el 10,43% no opinan. Para la mayoría de los pacientes (66,56% del total) el horario de atención del Centro de Salud no es el adecuado, por lo que se recomienda propiciar el acercamiento de los Centros de Salud con el sistema comunal mediante la relación horizontal entre el personal de los establecimientos de salud, los agentes comunales de salud y la misma población, disminuyendo las brechas existentes.

Pregunta N° 10 El tiempo que usted esperó para ser atendido fue:

Cuadro N° 25. Tiempo de espera

Tiempo	Número	Porcentaje
Mucho	146	44,79%
Adecuado	119	36,50%
Poco	61	18,71%
Total	326	100%

Fuente: Encuestas a los Usuarios de la red de Salud Guano Penipe.

Elaborado por: Lilian Collaguazo

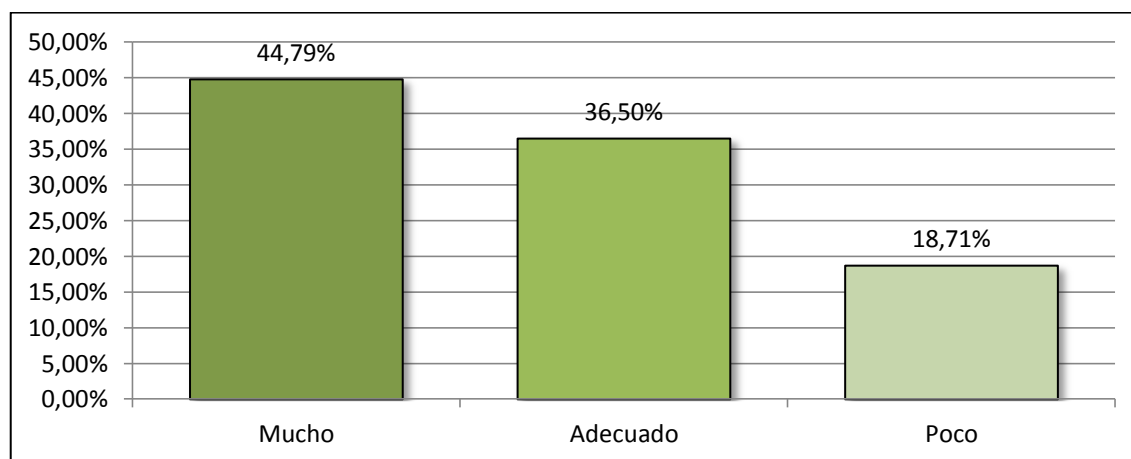


Gráfico N° 16. Tiempo de espera

Fuente: Cuadro N° 25

Elaborado por: Lilian Collaguazo

Análisis e Interpretación.- Se Puede apreciar en el cuadro N° 25 que el 44,79% de los encuestados han esperado mucho tiempo para ser atendidos, 36,50 un tiempo adecuado y el 18,71% poco tiempo. El trato es un elemento más que, el usuario del servicio de salud vincula con la imagen y a la calidad percibida en la atención de salud lo que es evaluado desde que la persona entra al consultorio hasta que se va. Por tal motivo, al tener el 44,79% de los encuestados en espera por atención demasiado demora, deben buscarse unos resultados que demuestren que en la consulta los pacientes y tratantes tengan en cuenta y valoren el trabajo que se hace y tanto pacientes como tratantes valoren de forma muy positiva el trato personal, sin embargo pueden incidir otros factores como la cantidad de pacientes que demanda atención y del suficiente personal médico que atiende.

Pregunta N° 11 ¿Le parecieron cómodos los ambientes del establecimiento?

Cuadro N° 26. Comodidad en el establecimiento.

Categoría	Número	Porcentaje
Si	196	60,12%
No	86	26,38%
No Opina	44	13,49%
Total	326	100%

Fuente: Encuestas a los Usuarios de la red de Salud Guano Penipe.

Elaborado por: Lilian Collaguazo

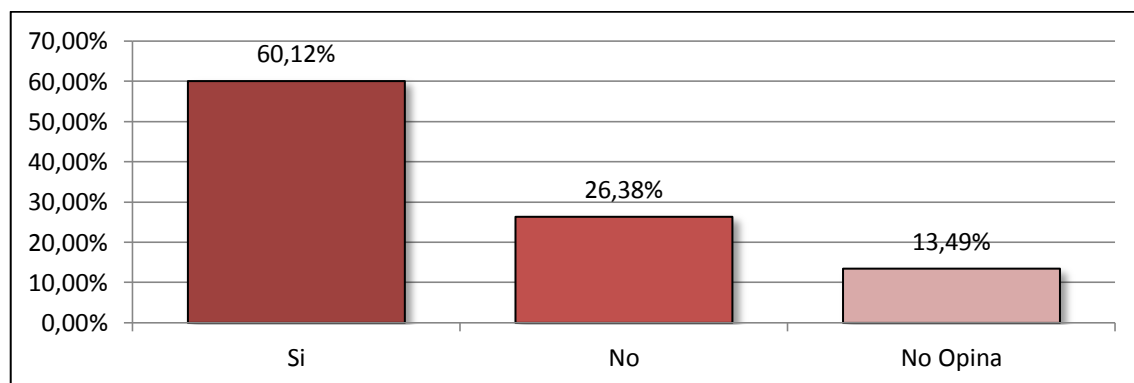


Gráfico N° 17. Comodidad en el establecimiento.

Fuente: Cuadro N° 26

Elaborado por: Lilian Collaguazo

Análisis e Interpretación.- El cuadro N° 26 demuestra una aceptación mayoritaria y favorable al hablar de la comodidad que presenta el establecimiento de salud con un 60,12% y no cómodo con un 26,38%. Este análisis refleja que la mayoría de personas (60,12%) que acuden al Centro de Salud de Penipe están conformes con la comodidad del establecimiento, siendo el paso a seguir, el que se llegue al ciento por ciento, es decir, sea un local muy cómodo y seguro capaz de acoger al paciente y que experimente una confianza plena para exponer su problema. Se puede estimar que las instalaciones son adecuadas y funcionales, así como la atención que recibe el paciente por parte del personal médico que representan las principales características de comodidad de los Servicios de Salud.

Pregunta N° 12 El establecimiento se encuentra limpio?

Cuadro N° 27. Limpieza del establecimiento.

Categoría	Número	Porcentaje
Si	189	57,98%
No	132	40,49%
No Opina	5	1,53%
Total	326	100%

Fuente: Encuestas a los Usuarios de la red de Salud Guano Penipe.

Elaborado por: Lilian Collaguazo

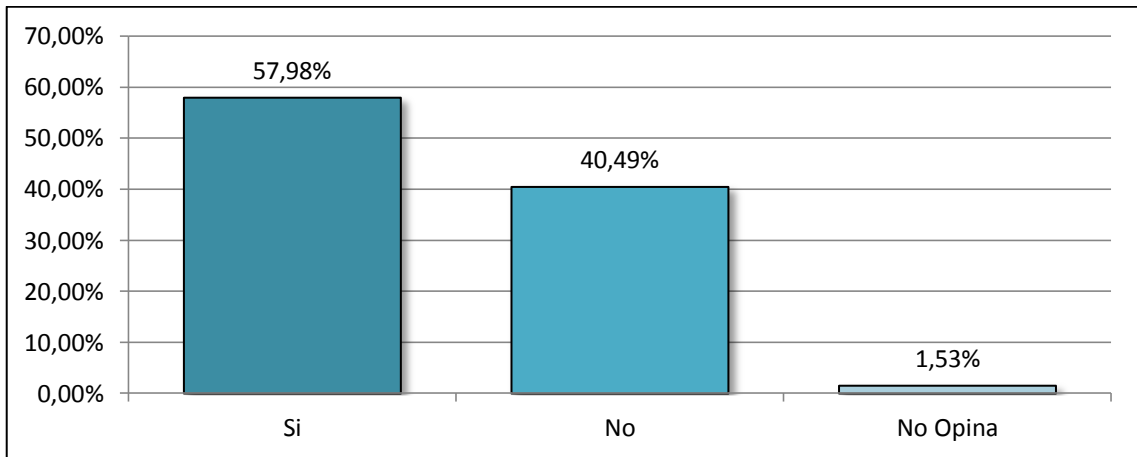


Gráfico N° 18. Limpieza del establecimiento

Fuente: Cuadro N° 27.

Elaborado por: Lilian Collaguazo

Análisis e Interpretación.- Según la encuesta el 57,98% de los usuarios ven el Centro de Salud limpio, y el 40,49% no lo ven limpio y apenas el 1,53% no opina. Los servicios de limpiezas e higienización hospitalaria revisten una especial relevancia ya que es la imagen de la Salud Pública y de los hospitales, en tal virtud al contemplar que el 57,98% de encuestados está conforme con la limpieza se debe aplicar mecanismos para incrementar este porcentaje a niveles de limpieza optima y el 40,49% de personas no conformes disfruten de la limpieza del centro de Salud de Penipe.

Pregunta N° 13 ¿Durante la consulta se respetó su privacidad?

Cuadro N° 28. Privacidad durante la consulta

Categoría	Número	Porcentaje
Si	211	64,72%
No	97	29,75%
No Opina	18	5,52%
Total	326	100%

Fuente: Encuestas a los Usuarios de la red de Salud Guano Penipe.

Elaborado por: Lilian Collaguazo

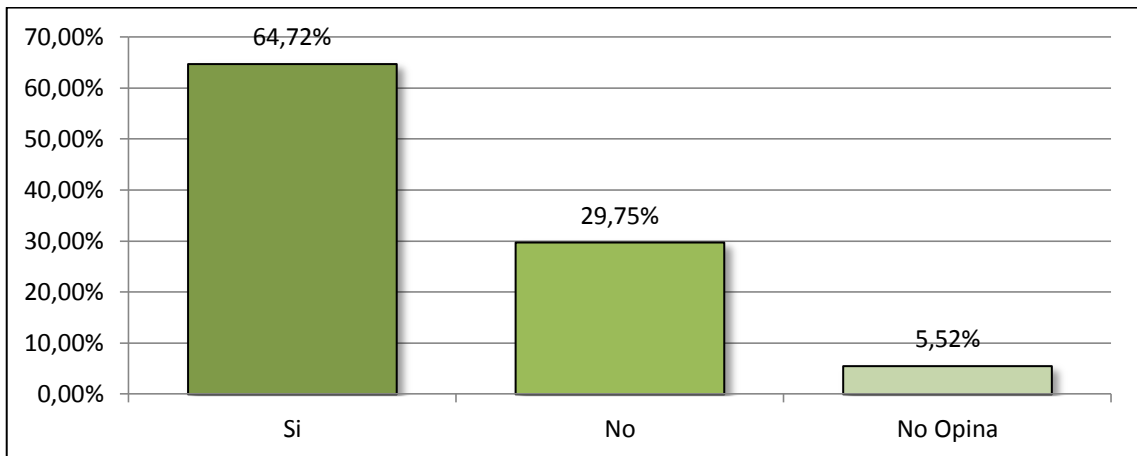


Gráfico N° 19. Privacidad durante la consulta

Fuente: Cuadro N° 28

Elaborado por: Lilian Collaguazo

Análisis e Interpretación.- En el cuadro N° 28 se evidencia que el 64,72% reflejan que es respetada la privacidad y el 29,75% no, 5,52% no dan a conocer su opinión. Durante una consulta realizada en un Centro de Salud, se debe respetar la privacidad. En el caso de Penipe, el 64,72% de los encuestados opino que se respeta la privacidad. El 29,75% indico que no se respeta su privacidad siendo necesario establecer las estrategias y medidas para que en su totalidad los usuarios accedan a una atención médica que respete el principio de privacidad.

Pregunta N° 14 En términos generales ¿Ud. siente que le resolvieron el problema de salud motivo de búsqueda de atención?

Cuadro N° 29. Percepción del Usuario sobre la solución de su problema

Categoría	Número	Porcentaje
Si	123	37,73%
No	162	49,69%
No Opina	41	12,58
Total	326	100%

Fuente: Encuestas a los Usuarios de la red de Salud Guano Penipe.

Elaborado por: Lilian Collaguazo

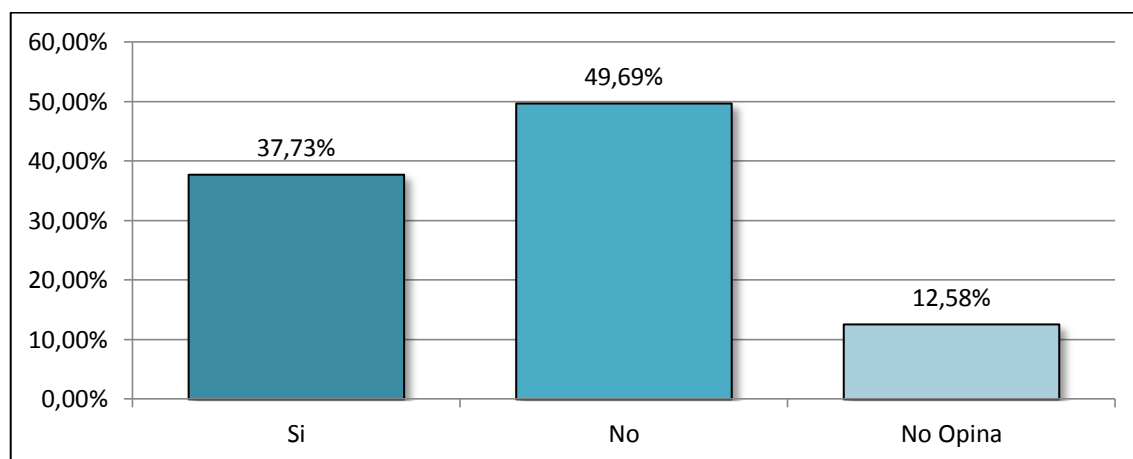


Gráfico N° 20. Percepción del usuario sobre la solución de su problema de salud

Fuente: Cuadro N° 19.

Elaborado por: Lilian Collaguazo

Análisis e Interpretación.- En el cuadro N° 19 se demuestra que la percepción de los usuarios sobre la solución de su problema de salud se ha solucionado en un 37,73%, el 49,69% no y el 12,58% no opina. Casi el 50% de los encuestados señala que su problema de salud no fue resuelto, lo cual puede estar relacionado con la presencia de cuadros patológicos que requieren de atención especializada, a la falta de insumos médicos y medicamentos que a pesar de que el Estado tiene la como política la gratuidad de la atención de salud se puede presentar desabastecimiento de estos recursos, que resulta en un tratamiento insuficiente para la recuperación del paciente.

Pregunta N° 15 En términos generales ¿Ud. se siente satisfecho con la atención recibida?

Cuadro N° 30. Satisfacción por el servicio

Categoría	Número	Porcentaje
Si	135	41,41%
No	148	45,39%
No Opina	43	13,19%
Total	326	100%

Fuente: Encuestas a los Usuarios de la red de Salud Guano Penipe.

Elaborado por: Lilian Collaguazo

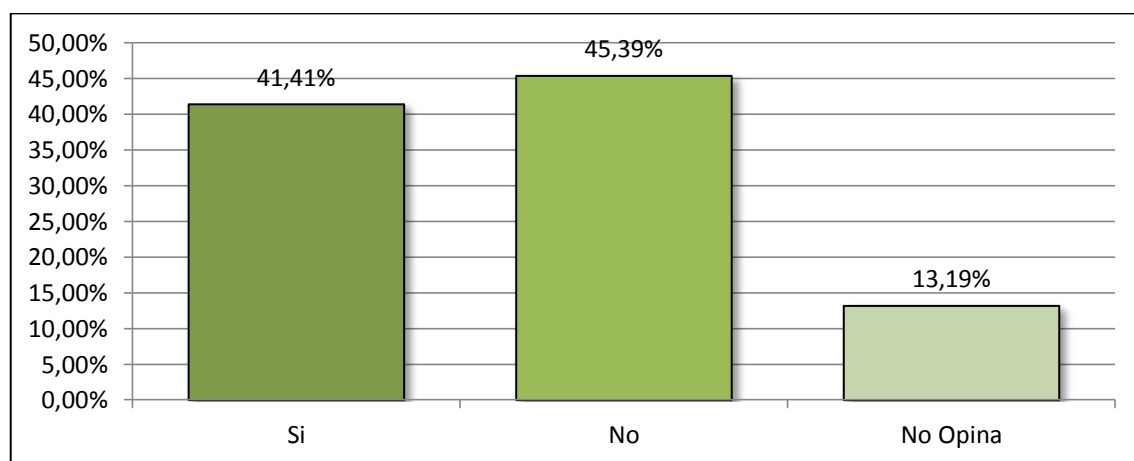


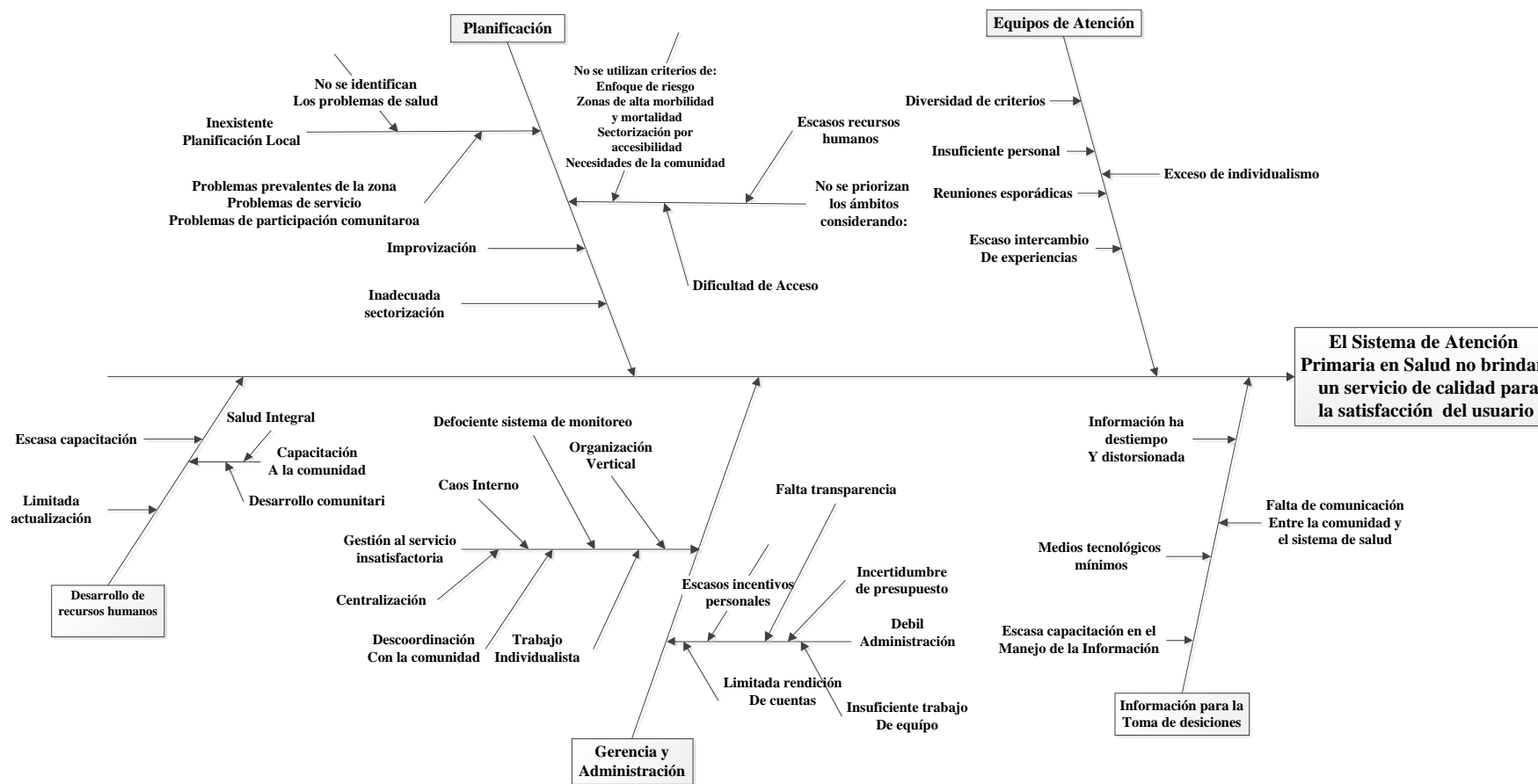
Gráfico N° 21. Satisfacción por el servicio.

Fuente: Cuadro N° 30.

Elaborado por: Lilian Collaguazo

Análisis e Interpretación.- De acuerdo a la atención recibida en el Centro de Salud de Penipe el 45,39% de encuestados no están de acuerdo ni satisfechos con la atención recibida y el 41,41% si lo están. Con los resultados expuestos en el cuadro N° 4.19 es claro observar que el Centro de Salud de Penipe no cuenta con buena atención del personal hacia los pacientes, por lo que se será necesario mejorar los procesos que de manera integral se enfoque hacia una atención de calidad y con calidez que determine el incremento sustancial del nivel de satisfacción de los pacientes atendidos en este centro de salud.

4.1.2. Diagrama de Causa Efecto de la Atención Primaria en la Comunidad



Fuente: Informaciones tomadas al procesar los resultados de los instrumentos de la investigación.

Elaborado por: Lilian Collaguazo

Interpretación: Como resultado del diagnóstico situacional realizado en el Centro de Salud Penipe N° 6, se determinaron los aspectos que limitan la calidad de la Asistencia Primaria de Salud (APS).

En lo que se refiere al equipo de atención, se ha detectado insuficiente personal para atender los requerimientos del Centro de Salud, asimismo en la toma de decisiones se da una gran diversidad de criterios, las reuniones son muy esporádicas y, sobre todo, existe un exceso de individualismo que no permite llegar a consenso.

La falta personal puede afirmarse por lo establecido en la disposición que emite la Ley para la creación del Personal de Salud, que para los Centros de I Nivel está conformado por tres profesionales: 1 médico, 1 Enfermera y 1 trabajador de atención primaria en salud (TAPS) por cada 1500 a 2500 habitantes, que es lo que corresponde al Centro de Penipe; pero dado que ese personal tiene que salir a las comunidades y en ese tiempo no pueden atenderse usuarios en el Centro, sería conveniente el trabajo de 2 médicos, 2 enfermeras y 2 TAPS, a los efectos de cubrir las necesidades de la afluencia de usuarios al Centro. Con respecto a la información que se necesita, llega siempre a destiempo y generalmente distorsionada, los medios tecnológicos son mínimos y necesitan ser renovados, existe escasa comunicación entre los miembros del equipo, de la comunidad con el centro y desde la red con el centro, lo que dificulta la transferencia y contratransferencia de pacientes.

La planificación del centro como tal es escasa, por lo que las actividades se realizan con un alto grado de improvisación y una inadecuada sectorización, teniendo como efecto que no se identifican los problemas relacionados con la prevalencia de enfermedades en la zona, que por encontrarse afectada por el proceso eruptivo del volcán Tungurahua, se manifiesta una incidencia variada de cuadros clínicos. Por otro lado, se evidenciaron problemas de servicio y problemas de participación comunitaria, de ahí que no se prioricen los ámbitos de intervención considerando el enfoque de riesgos, las zonas de alta morbilidad y mortalidad, la sectorización por accesibilidad, las necesidades prioritarias de la comunidad, la dificultad de los accesos y el escaso recurso humano. Con respecto a la gerencia y a la administración del centro como factores clave del buen funcionamiento, se puede afirmar

que existen problemas internos, se da una organización de corte vertical, que solapa el trabajo individualista, un deficiente sistema de monitoreo, descoordinación en las acciones con la comunidad, lo que provoca una gestión de servicios insatisfactoria.

En la parte administrativa se ha detectado una incertidumbre permanente por los presupuestos, insuficiente trabajo en equipo, escasos incentivos personales, limitada rendición de cuentas y falta de transparencia para con la comunidad, lo que hace que la administración sea débil. Se detectó que la capacitación que recibe el personal médico es escasa y tiene una limitada actualización por la redundancia en los temas, que se orientan específicamente a formulismos burocráticos; con respecto a la comunidad no se han realizado desde el centro campañas de salud integral y desarrollo de la comunidad con enfoque de familia. Los aspectos detectados son los más relevantes y se tomaron como base para la construcción de los lineamientos alternativos y las matrices EFE, EFI y DAFO y en la elaboración de las estrategias que se proponen.

4.1.3. Percepción de los Actores Clave – Representantes de las Comunidades.

Como producto de las entrevistas realizadas se obtuvo:

- 1) El cumplimiento de los objetivos y la comprobación de las hipótesis, pueden servir de antecedente a otras investigaciones similares.
- 2) Los directivos y trabajadores del Centro de Salud No. 6 Penipe, deberán tomar las medidas necesarias para satisfacer cada uno de los 15 elementos que componen la satisfacción de los usuarios y que sirvan de base para el mejoramiento continuo.
- 3) Se deberán incluir en los planes anuales del Centro las acciones necesarias para influir en mayor medida en la capacidad organizativa de las comunidades y en la mejora de las relaciones entre ambas partes.

- 4) Los métodos, técnicas e instrumentos utilizados, pueden ser aplicados para la ejecución de investigaciones que necesiten caracterizar problemas, deficiencias e inconformidades de los usuarios o clientes.
- 5) El Centro de Salud No. 6 Penipe, debe aplica, a la mayor brevedad posible, las 16 estrategias diseñadas en la presente investigación, a fin de solucionar los problemas e inconformidades con el MAIS, para una atención de calidad.

Representantes de las Comunidades sobre su percepción acerca el funcionamiento en general del Centro de Salud, se obtuvieron los resultados que se exponen a continuación. En la columna izquierda del Cuadro, aparecen las preguntas guías elaboradas y en las dos de la derecha el resumen sintetizado de las opiniones expresadas.

Cuadro N° 31. Percepción de los actores clave – Representantes de las Comunidades.

N°	Pregunta	SI	NO
1	Es integral la atención a las personas y a las familias de las comunidades	23	6
2	La atención es integral en todo el territorio	24	5
3	Se trabaja coyunturalmente con otras institucionales para mejoramiento de la salud de los pobladores	17	12
4	La Comunidad Participa en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud	19	10
5	Se apoya la conformación y/o fortalecimiento de grupos u organizaciones comunitarias vinculadas con el cuidado de la salud.	16	13
6	Se Fortalecen los procesos de capacitación tanto a nivel comunitario como institucional,	18	11
7	El Sistema de Referencia y contra referencia, funciona adecuadamente	26	3
8	Se han fortalecido las redes de vigilancia epidemiológica comunitaria para mejorar la atención que se brinde a la población.	24	5
9	Los Servicios de Salud están en función de las necesidades de la población.	21	8
10	Se Maneja el enfoque de género de forma adecuad.	26	3
11	Se respetan e integran a la APS, los conocimientos ancestrales en salud	17	12
		231	88

Fuente: Entrevistas a los actores clave del Cantón Penipe.

Elaborado por: Lilian Collaguazo.

Como se puede apreciar en el Cuadro N° 31, la mayoría de los dirigentes están de acuerdo en que el trabajo realizado es adecuado y se integra favorablemente a las necesidades y problemas de salud que tienen las comunidades.

4.2 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

4.2.1 Comprobación de la hipótesis específica No. 1.

a) Planteamiento de la Hipótesis.

Ho = Los usuarios del Centro de Salud Penipe N° 6 encuentran satisfacción en los servicios.

Hi = Los usuarios del Centro de Salud Penipe N° 6 no encuentran satisfacción en los servicios.

b) Tablas de contingencia

Para la comprobación de esta hipótesis, es necesario tomar el resultado de las preguntas que inciden en la satisfacción de los usuarios en los servicios de la Encuesta aplicada, Sección II: Percepción del usuario respecto a la atención recibida, que son las que aparecen en la Tabla No. 4.21.

Cuadro N° 32. Frecuencia Observada hipótesis N° 1

Preguntas	SI	NO	No opina	Total
Pregunta 2	95	172	59	326
Pregunta 3	84	221	21	326
Pregunta 7	235	68	23	326
Pregunta 10	146	119	61	326
Pregunta 11	196	86	44	326
Pregunta 12	189	132	5	326
Pregunta 13	211	97	18	326
Pregunta 15	123	162	41	326
Total	1279	1057	272	2608

Elaborado por: Lilia Collaguazo

Cuadro N° 33. Frecuencia Esperada hipótesis N° 1

Preguntas	SI	NO	No opina	Total
Pregunta 2	159,87	132,12	34	326
Pregunta 3	159,87	132,12	34	326
Pregunta 7	159,87	132,12	34	326
Pregunta 10	159,87	132,12	34	326
Pregunta 11	159,87	132,12	34	326
Pregunta 12	159,87	132,12	34	326
Pregunta 13	159,87	132,12	34	326
Pregunta 15	159,87	132,12	34	326
Total	1279	1057	272	2608

Elaborado por: Lilia Collaguazo

c) Nivel de Significancia y grados de libertad

Nivel de significancia $\alpha = 0,05$ con Grados de Libertad

$$GL. = (F-1) (C-1)$$

Donde

F = Número de filas

C = Número de columnas

$$GL. = (8-1) (3-1)$$

$$GL. = (7) (2)$$

$$GL. = 14$$

$$X^2_{Tabla} = 23,7$$

d) Resultados hipótesis específica N° 1

Para el análisis estadístico se ha escogido el estadístico Inferencial de Chi cuadrado donde:

X^2 = Chi Cuadrado

O = Frecuencia Observada

E = Frecuencia Esperada

ΣX^2 = Sumatoria de Chi Cuadrado

Cuadro N° 34. Chi cuadrado Hipótesis Específica N° 1

Frecuencia Observada	Frecuencia esperada	(O - E)	(O - E) ²	(O - E) ² /E
95	159,87	-64,87	4208,1169	26,3221173
84	159,87	-75,87	5756,2569	36,0058604
235	159,87	75,13	5644,5169	35,3069175
146	159,87	-13,87	192,3769	1,20333333
196	159,87	36,13	1305,3769	8,16523988
189	159,87	29,13	848,5569	5,30779321
211	159,87	51,13	2614,2769	16,352517
123	159,87	-36,87	1359,3969	8,50313943
172	132,12	39,88	1590,4144	12,0376506
221	132,12	88,88	7899,6544	59,7915107
68	132,12	-64,12	4111,3744	31,1184862
119	132,12	-13,12	172,1344	1,30286406
86	132,12	-46,12	2127,0544	16,0994127
132	132,12	-0,12	0,0144	0,00010899
97	132,12	-35,12	1233,4144	9,33556161
162	132,12	29,88	892,8144	6,75760218
59	34	25	625	18,3823529
21	34	-13	169	4,97058824
23	34	-11	121	3,55882353
61	34	27	729	21,4411765
44	34	10	100	2,94117647
5	34	-29	841	24,7352941
18	34	-16	256	7,52941176
41	34	7	49	1,44117647
			$\sum X^2$	358,610115

Fuente: Cuadros 33 y 34

Elaborado por: Lilian Collaguazo

e) Gráfico

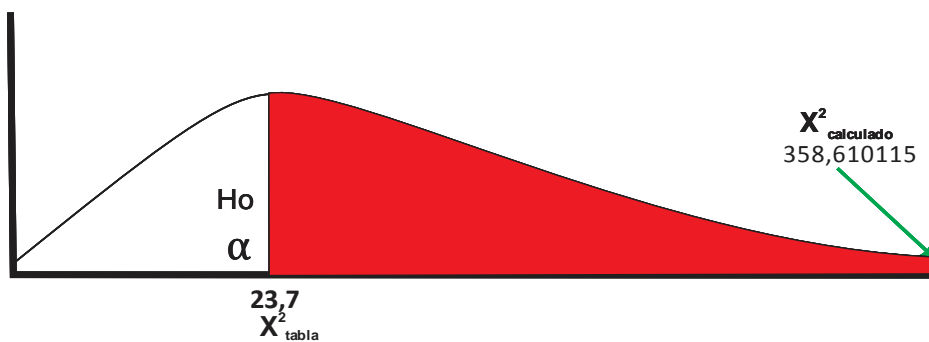


Gráfico N° 22 Prueba de Chi Cuadrado Hipótesis específica N° 1

Elaborado por: Lilian Collaguazo

f) Regla de decisión hipótesis específica N° 1

$X^2_{\text{calculado}} > X^2_{\text{Tabla}}$ se acepta la hipótesis del Investigador y se rechaza la hipótesis Nula

$X^2_{\text{calculado}} < X^2_{\text{Tabla}}$ se rechaza la hipótesis del Investigador y se acepta la hipótesis Nula

$$X^2_{\text{calculado}} = 358,61011$$

$$X^2_{\text{Tabla}} = 23,7$$

Por lo que la hipótesis del investigador (H_i) que dice: Los usuarios del Centro de Salud Penipe N° 6 no encuentran satisfacción en los servicios, es aceptada; no obstante opinar el 56% de los encuestados en la pregunta No. 1 de la Parte II: Percepción del usuario respecto a la atención recibida de la encuesta aplicada, que el trato en el establecimiento fue buena, pues ese es uno de los elementos que determinan la satisfacción de los usuarios.

4.2.2 Comprobación de la hipótesis específica No. 2

a) Planteamiento de la Hipótesis.

H_0 = La capacidad organizativa de las comunidades permite su integración a las redes del Sistema Nacional de Salud.

H_i = La capacidad organizativa de las comunidades no permite su integración a las redes del Sistema Nacional de Salud.

b) Tablas de contingencia

Para la comprobación de esta hipótesis, es necesario tomar el resultado de las preguntas de la Encuesta aplicada, Sección II: Percepción del usuario respecto a la atención, relacionadas con la capacidad organizativa de las comunidades para su integración a las redes del SNS, que son las que aparecen en la Tabla No. 4.24.

Cuadro N° 35. Frecuencia Observada hipótesis N° 2

Preguntas	SI	NO	No opina	Total
Pregunta N° 5	87	225	14	326
Pregunta N° 6	52	256	18	326
Pregunta N° 8	32	281	13	326
Pregunta N° 9	75	217	34	326
Pregunta N° 14	123	162	41	326
Total	369	1141	120	2608

Elaborado por: Lilia Collaguazo

Cuadro N° 36. Frecuencia esperada hipótesis N° 2

Preguntas	SI	NO	No opina	Total
Pregunta N°5	46,125	142,625	15	326
Pregunta N° 6	46,125	142,625	15	326
Pregunta N° 8	46,125	142,625	15	326
Pregunta N° 9	46,125	142,625	15	326
Pregunta N° 14	46,125	142,625	15	326
Total	369	1141	120	326

Elaborado por: Lilia Collaguazo.

c) Nivel de Significancia y grados de libertad

Nivel de significancia $\alpha = 0,05$ con Grados de Libertad

$$GL. = (F-1) (C-1)$$

Dónde:

F = Número de filas

C = Número de columnas

$$GL. = (5-1) (3-1)$$

$$GL. = (4) (2)$$

$$GL. = 8$$

$$X^2_{Tabla} = 15,51$$

d) Resultados hipótesis específica N° 2

Para el análisis estadístico se ha escogido el estadístico Inferencial de Chi cuadrado donde:

χ^2 = Chi Cuadrado

O = Frecuencia Observada

E = Frecuencia Esperada

$\Sigma \chi^2$ = Sumatoria de Chi Cuadrado

Cuadro N° 37. Chi cuadrado hipótesis específica N° 2

Frecuencia Observada	Frecuencia esperada	(O - E)	(O - E) ²	(O - E) ² /E
87	46,125	40,875	1670,76563	36,222561
52	46,125	5,875	34,515625	0,74830623
32	46,125	-14,125	199,515625	4,32554201
75	46,125	28,875	833,765625	18,0762195
123	46,125	76,875	5909,76563	128,125
225	142,625	82,375	6785,64063	47,5767967
256	142,625	113,375	12853,8906	90,1236854
281	142,625	138,375	19147,6406	134,251643
217	142,625	74,375	5531,64063	38,7845092
162	142,625	19,375	375,390625	2,63201139
14	15	-1	1	0,06666667
18	15	3	9	0,6
13	15	-2	4	0,26666667
34	15	19	361	24,0666667
41	15	26	676	45,0666667
			$\Sigma \chi^2$	570,932941

Fuente: Cuadros 36 y 37

Elaborado por: Lilian Collaguazo

d) GRÁFICO

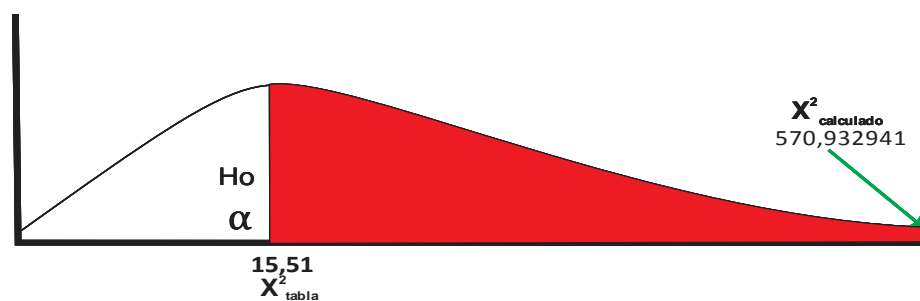


Gráfico N° 23. Prueba de Chi Cuadrado hipótesis específica N° 2.

Elaborado por: Lilian Collaguazo

e) Regla de decisión hipótesis específica N° 2

$X^2_{\text{calculado}} > X^2_{\text{Tabla}}$ se acepta la hipótesis del Investigador y se rechaza la hipótesis Nula

$X^2_{\text{calculado}} < X^2_{\text{Tabla}}$ se rechaza la hipótesis del Investigador y se acepta la hipótesis Nula

$X^2_{\text{calculado}} = 570,932941$

$X^2_{\text{Tabla}} = 15,51$;

Por lo que la hipótesis del investigador (Hi) que dice: La capacidad organizativa de las comunidades no permite su integración a las redes del Sistema Nacional de Salud, es aceptada.

4.2.3 Comprobación de la hipótesis específica No. 3

a) Planteamiento e la Hipótesis.

Ho = La gestión comunitaria no se articula con los programas de las redes del sistema nacional de salud.

Hi = La gestión comunitaria se articula con los programas de las redes del sistema nacional de salud.

b) Tablas de contingencia

Cuadro N° 39. Frecuencia Observada hipótesis N° 3

Preguntas	SI	NO	Total
Pregunta N° 1	23	6	29
Pregunta N° 2	24	5	29
Pregunta N° 3	17	12	29
Pregunta N° 4	19	10	29
Pregunta N° 5	16	13	29
Pregunta N° 6	18	11	29
Pregunta N° 7	26	3	29
Pregunta N° 8	24	5	29
Pregunta N° 9	21	8	29
Pregunta N° 10	26	3	29
Pregunta N° 11	17	12	29
Total	231	88	319

Elaborado por: Lilia Collaguazo

Cuadro N° 40. Frecuencia Esperada hipótesis N° 3

Preguntas	SI	NO	Total
Pregunta N° 1	21	8	29
Pregunta N° 2	21	8	29
Pregunta N° 3	21	8	29
Pregunta N° 4	21	8	29
Pregunta N° 5	21	8	29
Pregunta N° 6	21	8	29
Pregunta N° 7	21	8	29
Pregunta N° 8	21	8	29
Pregunta N° 9	21	8	29
Pregunta N° 10	21	8	29
Pregunta N° 11	21	8	29
	1279	1057	2608

Elaborado por: Lilia Collaguazo

c) Nivel de Significancia, y grados de libertad

Nivel de significancia $\alpha = 0,05$ con Grados de Libertad

$$GL. = (F-1) (C-1)$$

Donde

F = Número de filas

C = Número de columnas

$$GL. = (11-1) (2-1)$$

$$GL. = (10) (1)$$

$$GL. = 10$$

$$X^2_{Tabla} = 18,31$$

d) Resultados hipótesis específica N° 3

Para el análisis estadístico se ha escogido el estadístico Inferencial de Chi cuadrado donde:

X^2 = Chi Cuadrado

O = Frecuencia Observada

E = Frecuencia Esperada

ΣX^2 = Sumatoria de Chi Cuadrado.

Cuadro N° 41. Chi cuadrado Hipótesis Específica N° 3

Frecuencia Observada	Frecuencia esperada	(O - E)	(O - E) ²	(O - E) ² /E
23	21	2	4	0,1905
24	21	3	9	0,4286
17	21	-4	16	0,7619
19	21	-2	4	0,1905
16	21	-5	25	1,1905
18	21	-3	9	0,4286
26	21	5	25	1,1905
24	21	3	9	0,4286
21	21	0	0	0,0000
26	21	5	25	1,1905
17	21	-4	16	0,7619
6	8	-2	4	0,5000
5	8	-3	9	1,1250
12	8	4	16	2,0000
10	8	2	4	0,5000
13	8	5	25	3,1250
11	8	3	9	1,1250
3	8	-5	25	3,1250
5	8	-3	9	1,1250
8	8	0	0	0,0000
3	8	-5	25	3,1250
12	8		16	2,0000
			ΣX^2	24,5119

Fuente: Cuadros 4.21 y 4.22

Elaborado por: Lilian Collaguazo

d) Gráfico

Gráfico N° 23 Prueba de Chi Cuadrado Hipótesis específica N° 3

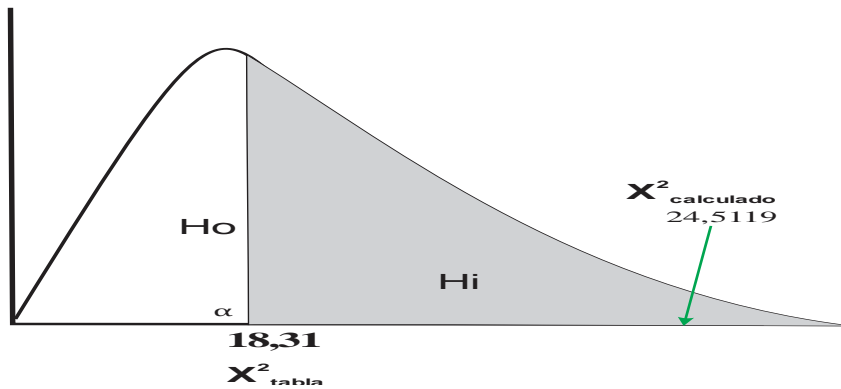


Gráfico N° 24. Prueba de Chi Cuadrado Hipótesis específica N° 3

Elaborado por: Lilian Collaguazo

e) Regla de decisión hipótesis específica N° 1

$X^2_{\text{calculado}} > X^2_{\text{Tabla}}$ se acepta la hipótesis del Investigador y se rechaza la hipótesis Nula

$X^2_{\text{calculado}} < X^2_{\text{Tabla}}$ se rechaza la hipótesis del Investigador y se acepta la hipótesis Nula

$X^2_{\text{calculado}} = 358,61011$

$X^2_{\text{Tabla}} = 23,7$

Por lo que la hipótesis del investigador (Hi) que dice, La gestión comunitaria se articula con los programas de las redes del sistema nacional de salud, es aceptada.

4.2.4. Comprobación de la Hipótesis General.

Los resultados obtenidos en la comprobación de las hipótesis específicas dan validez a lo propuesto por el investigador; por lo tanto, se establece que la hipótesis general planteada por el investigador que dice: “Las Redes del Sistema Nacional de Salud tienen implicaciones positivas en la gestión comunitaria” es aceptada.

CAPÍTULO V.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

El desarrollo de esta investigación ha permitido establecer las siguientes conclusiones en relación con objetivos, las hipótesis y los métodos aplicados.

- 1) Se determinó que existe implicación positiva de las Redes del SNS en la gestión comunitaria en la zona de influencia del Centro de Salud Penipe del Área N° 6, por lo que se cumplió el objetivo fijado y se comprobaron las hipótesis planteadas.
- 2) Los elementos de mayor importancia que determinaron la satisfacción del usuario en el Centro de Salud Penipe del Área N° 6 fueron: Explicación sobre cuidados de la salud en la casa, privacidad durante la consulta, comodidad en los ambientes del centro, limpieza del establecimiento y trato en el establecimiento.
- 3) Se estableció la capacidad organizativa de las comunidades mediante las entrevistas realizadas a los 29 actores claves o representantes, quienes manifestaron estar de acuerdo con el trabajo realizado y que se integran favorablemente a las necesidades y problemas de salud de las comunidades.
- 5) La aplicación de las Matrices EFE, EFI y FODA, permitieron diseñar las estrategias para la solución de los problemas e inconformidades con el MAIS, para una atención de calidad en el Centro de Salud No. 6 Penipe, las mismas que se fundamentó en la opinión de los usuarios optimizando recursos y tiempos.

5.2 RECOMENDACIONES

- 1) El cumplimiento de los objetivos y la comprobación de las hipótesis, pueden servir de antecedente a otras investigaciones similares.
- 2) Los directivos en conjunto con Equipo de Salud deberán tomar las medidas necesarias para satisfacer cada uno de los 15 elementos que componen la satisfacción de los usuarios en especial los siguientes: Aceptar creencias, recetas claras, explicación sobre el examen a realizar, explicación fácil del problema de salud o resultado de la consulta, examen completo en la consulta médica y en el horario de atención.
- 3) Se deberán incluir en los planes anuales del Centro las acciones necesarias para influir en mayor medida la mejora en la capacidad organizativa de las comunidades y de las relaciones entre ambas partes.
- 4) El Centro de Salud No. 6 Penipe, debe aplica, a la mayor brevedad posible, las 16 estrategias diseñadas en la presente investigación, a fin de solucionar los problemas e inconformidades con el MAIS-FCI, para una atención de calidad.

BIBLIOGRAFÍA.

- Armijo, M. (2009). Manual de Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el sector público. ILPES/CEPAL.
- Bonilla , G., & Otros. (2013). Análisis situacional de la salud en la provincia de Chimborazo. Riobamba: ICITS.
- Boulding , K. (1989). La Economía Futura de la Tierra como un envío Espacial. México DF: H Daly.
- Carreto, J. (2013). Planeación Estratégica. Recuperado el 2015, de <http://planeacion-estrategica.blogspot.com/>
- Chiavenato , I., & Atayde, A. (1993). Iniciación a la organización y técnica comercial. México: Mcgraw Hill.
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). Constitución de la República del Ecuador. Quito: Ecuador.
- Gideón, U., Villar, M., & Ávila, A. (2010). Los Sistemas de Salud de Latinoamérica y el Papel del Seguro Privado. Madrid: Fundación MAPRE.
- INEC. (2010). Censo de población y Vivienda. Quito: INEC.
- Ixtacuy, O. (2004). Estrategias de la Gestión comunitaria. Academia grupos Indígenas: Dialogos para unja nueva relación.
- Lenin, V. (1986). Materialismo y empiriocritisismo. Planeta Agostini.
- Ley Orgánica de Salud. (2010). Ley Orgánica de Salud.
- Lucio, R., Villacrés, N., & Enríquez, R. (2011). Sistema de Salud de Ecuador. Quito: Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social. Quito, Ecuador.
- Malo, M., & Malo, N. (2014). Reforma de salud en Ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, Versión Digital.
- MSP. (2012). Manual del Modelo de Atención Integral e Salud (MAIS). Quito: SENPLADES.
- Murray, C., & Frenk, J. (2000). Sistemas de salud Un marco para evaluar el desempen o de los sistemas de salud. OMS.

- OPS. (2008). Perfil de los Sistemas de Salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Washinton DC: OPS.
- OPS. (2014). Organización Panamericana de la Salud. Recuperado el 2014, de <http://www.paho.org/hq/?lang=es>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). El lugar de la salud en la agenda para el desarrollo después de 2015. OMS.
- Piqueres, V. (2011). Introducción a la Gestión. Obtenido de personales.upv.es/
- Ponce, H. (2007). La Matriz FODA: Alternativa de diagnóstico y determinación de estrategias de intervención en diversas organizaciones. Recuperado el 2015, de cneip.org/documentos/revista/CNEIP_12-1/Ponce_Talancon.pdf
- PREDACAN. (2008). Desarrollo territorial del Cantón Penipe. Riobamba: Comunidad Andina.
- Real Academia de la Lengua. (2008). Diccionario de la Lengua Española. Madrid: Espasa Calpe.
- Russell, B., & Iñigo, E. (1928). Los Problemas de la Filosofía. Labor.
- Saavedra, M. M. (2012). Atina Chile. Recuperado el 30 de mayo de 2012, de <http://www.atinachile.cl/content/view/45748/Gestion-Comunitaria.html>
- SENPLADES. (2013). Plan Nacional del Buen Vivir 2013 - 2017. Quito: SENPLADES.
- SSM. (2013). Análisis FODA. Recuperado el 2015, de www.cca.org.mx/funcionarios/cursos/ap089/apoyos/m3/analisis.
- Tobar, F. (1999). Modelos de Gestión: La encrucijada de la reconversión. Enfoque management, 1 - 14.

ANEXOS

Anexo 1. Proyecto



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
VICERRECTORADO DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
INSTITUTO DE POSGRADO
PROGRAMA DE GESTIÓN EMPRESARIAL
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

TEMA

**LAS REDES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y SU IMPLICACIÓN EN LA
GESTIÓN COMUNITARIA CASO CENTRO DE SALUD PENÍPE
DEL ÁREA Nº 6 GUANO / PENIPE, PERÌODO OCTUBRE DEL 2011 A JUNIO DEL
2012.**

AUTOR:

LILIAN ALCIRA COLLAGUAZO GUEVARA

TUTOR:

RIOBAMBA – ECUADOR

2012

1. TEMA

Las Redes del Sistema Nacional de Salud y su implicación en la Gestión Comunitaria
Caso Centro de Salud Penipe del Área N° 6 Guano / Penipe, Octubre del 2011 a Junio del 2012.

2. PROBLEMATIZACIÓN

2.1. Ubicación del sector donde se va a realizar la investigación.

Provincia de Chimborazo.

Cantón Penipe.

Centro de Salud Penipe Área N° 6 Guano – Penipe, Octubre del 2011 a Junio del 2012.

2.2. Situación Problemática

El Sistema Nacional de Salud a través del el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) de acuerdo al Artículo 34 “se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención.”

Y el Artículo 36 en el que manifiesta que “El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutividad las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia. Priorizando la coordinación local, departamental o

regional entre Servicios de Salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios”.

Bajo este marco legal la articulación de los Servicios de Salud tienen estrecha relación con la gestión comunitaria articulándose a los territorios con las diversas iniciativas institucionales, por ejemplo: AIEPI Comunitario, AIEPI Neonatal comunitario, desarrollo infantil, PANN 2000, PAI, Escuelas Promotoras de Salud, Familia Saludable, Comunidades Saludables, Municipios Saludables, Aliméntate Ecuador, INNFA, etc., bajo una sola estrategia de Protección Integral en Salud, a nivel familiar, comunitario e intercultural.

Todos estos programas deberán ser articulados en el nivel local y comunitario con la participación plena en todos los procesos con los propios actores locales, para que estas intervenciones sean concebidas como oportunidades y no como amenazas a los sistemas comunitarios que milenariamente han sobrevivido hasta la actualidad. Este es un rol crucial para los Equipos Básicos de Salud (EBAS), evitando la verticalidad de los Programas.

Involucrar activamente en los EBAS, a los Agentes Comunitarios de Salud tradicionales, Promotores de Salud, Voluntarios comunitarios de salud, no como meros ayudantes del proceso, sino en el marco de la interculturalidad y el derecho a la salud, como verdaderos sujetos, no sólo una articulación de servicios y servidores de salud, sino entre sistemas de salud, tradicionales y el convencional. Este es un desafío, para el Nuevo Modelo de Atención, los EBAS, y también para los propios generadores de las diversas medicinas tradicionales, la medicina popular urbana y otras medicinas alternativas.

Consecuentemente la Gestión comunitaria asume un rol protagónico en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), en el que tendrá que asumir nuevas responsabilidades y en el que como asegura el modelo, deberán revisar sus objetivos y metas planteadas y ajustar sus normas a los criterios de integración de las acciones a través de los servicios, para lograr lo que se conoce como convergencia de programas.

2.3. Formulación del problema

¿Cuál es la implicación de las Redes del Sistema Nacional de Salud en la Gestión Comunitaria en la zona de influencia del Centro de Salud Penipe del área N° 6 Guano – Penipe, Octubre del 2011 a Junio del 2012.

2.4. Problemas derivados

¿Cuáles son los niveles de gestión de las comunidades de la zona de influencia del Centro de Salud Penipe N° 6?

¿Cuáles son los niveles de satisfacción de los usuarios del Centro de Salud Penipe N° 6?

¿Cómo se está integrando la capacidad organizativa de las comunidades a las redes del Sistema Nacional de Salud?

¿De qué manera se está articulando la Gestión Comunitaria a los programas del Sistema Nacional de Salud?

3. JUSTIFICACIÓN

Un Modelo de Atención Integral en Salud a nivel Familiar, Comunitario e Intercultural es la orientación actual del Ministerio de Salud Pública en el marco de la Estrategia de Atención Primaria de Salud renovada (APSr) y algunas reflexiones sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Para poner en pie este modelo, los Equipos Básicos de Salud (EBAS) tendrán un rol protagónico, pero para un trabajo exitoso, no solo requerirán un proceso de capacitación continua, equipamiento y herramientas de campo, sino que deberán reconocer en su trabajo la existencia de sistemas comunitarios de salud, impulsados tradicionalmente por las propias comunidades, y en varios casos apoyadas por organizaciones sociales y organizaciones no gubernamentales.

De acuerdo a lo propuesto por las políticas de estado se busca la integralidad en la participación de la comunidad. “El Modelo de Atención Integral MAIS-FCI promueve la participación comunitaria como un medio y un fin para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, lo cual implica que deben superarse los esquemas de participación basados en la simple colaboración de la comunidad en las tareas institucionales. Este enfoque integrador apunta hacia la creación de espacios de gestión y autogestión, donde los conjuntos sociales y los trabajadores de la salud concentren sobre los procesos de identificación de problemas, el establecimiento de prioridades y la búsqueda de soluciones. Para ello, se debe establecer de manera sistemática en todos los niveles del sistema la relación servicio de salud-población, mediante:

- La participación de las comunidades en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud.
- El apoyo a la conformación y/o fortalecimiento de grupos u organizaciones comunitarias vinculadas con el cuidado de la salud. En esta acción, el Ministerio de Salud Pública desempeña la función de “facilitador” asesorando y promoviendo la organización comunitaria.
- El desarrollo de un proceso educativo, tanto en el nivel comunitario como institucional, que les permita trabajar por la salud desde sus propios conocimientos y experiencias. Para ello se debe capacitar en temas de participación y comunicación social, al mismo tiempo que en promoción, prevención y atención de los problemas de salud.
- El establecimiento de mecanismos de referencia y contra-referencia que incluya como puntos de partida y de llegada a la comunidad. Al respecto se debe trabajar conjuntamente con la comunidad en la conformación de redes que vigilen el flujo de la atención desde la comunidad, pasando por las unidades de salud, hasta su regreso a la localidad de origen.
- La creación y/o fortalecimiento de las redes de vigilancia epidemiológica comunitaria que constituyan elementos operativos indispensables para potenciar la atención que se brinde a la población.

Esta investigación busca a través de un análisis de calidad del servicio determinar si los niveles de sistema de relación de servicio funcionan adecuadamente y si es que existe el empoderamiento suficiente por parte de las comunidades y organizaciones como para asumir de forma permanente y definitiva el reto. Los resultados de la investigación beneficiaran directamente a los centros de salud así como promoverán la reestructuración de los procesos en los puntos álgidos de si aplicabilidad.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Determinar la implicación de las Redes del Sistema Nacional de Salud en la gestión comunitaria en la zona de influencia del Centro de Salud Penipe del Área N° 6 Guano – para el primer semestre Penipe, Octubre del 2011 a Junio del 2012.

4.2. Objetivos Específicos

- Definir los niveles de gestión de las comunidades de la zona de influencia del Centro de Salud Penipe N° 6?
- Determinar los niveles de satisfacción de los usuarios del Centro de Salud Penipe N° 6.
- Establecer la capacidad organizativa de las comunidades para integrarse a las redes del Sistema Nacional de Salud.
- Precisar la articulación de la gestión comunitaria con los programas del Sistema Nacional de Salud.

5. FUNDAMENTACIÓN TEORÍCA

5.1. Antecedentes de investigaciones anteriores.

Luego de haber consultado las bibliotecas de la UNACH y del Vicerrectorado de Posgrado no se han encontrado trabajos relacionados al tema propuesto en esta investigación Las Redes del Sistema Nacional de Salud y su implicación en la Gestión Comunitaria Caso Centro de Salud Penipe del Área N° 6 Guano / Penipe, Octubre del 2011 a Junio del 2012, por lo que se ha utilizado la información proveniente de la bibliografía consultada y de la internet para fundamentar el trabajo.

2. PROBLEMATIZACIÓN

5.2. Fundamentación teórica

5.2.1. El modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e intercultural–MAIS-FCI

5.2.1.1. Definición

De acuerdo al Manual del MAIS – FCI (Ministerio de Salud Pública, 2012), el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) es el conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, permitiendo la integralidad en los tres niveles de atención en la red de salud.

Por tanto el MAIS-FCI define como van a interactuar los actores de los sectores público y privado, los miembros de la red de Servicios de Salud y la comunidad para llevar a cabo las acciones conjuntas que permitan dar soluciones integrales a las necesidades o problemas de salud de la comunidad contribuyendo de esta manera a mejorar su calidad de vida.

5.2.1.2. La integralidad en el Sistema Nacional de Salud

En lo que se refiere a la integralidad en el Sistema Nacional de Salud el Manual del MAIS – FCI (Ministerio de Salud Pública, 2012) se contemplan los siguientes aspectos:

5.2.1.2.1. Integralidad a la persona

Como ser biopsicosocial perteneciente a una familia y a una comunidad, no sólo como el receptor de las acciones diseñadas, ofertadas y brindadas por los Servicios de Salud de la Red de Salud, sino también como un actor social y sujeto que define sus propias metas en la vida y por tanto toma decisiones respecto a su salud de manera consciente y sistemática. Por consiguiente, la atención integral a la salud de las personas y/o grupos poblacionales son todas las acciones realizadas por el Estado y la sociedad civil de manera concertada y negociada tendientes a garantizar que las personas, las familias y los grupos poblacionales permanezcan sanos y en caso de enfermar, recuperen rápidamente su salud evitándoles en lo posible la ocurrencia de discapacidad o muerte.

5.2.1.2.2. Integralidad al territorio

La organización de la atención en un territorio debe estar dispuesta de tal manera que el ciudadano promueva su salud y/o recupere la misma aunque tenga que pasar por varios niveles de complejidad o resolución de los servicios. Por ejemplo, una mujer embarazada complicada con pre eclampsia, captada en un puesto de salud, es referida hasta una Unidad de Salud de segundo nivel donde se le trata la complicación, se le atiende el parto al recién nacido y se le dan consejos sobre lactancia materna y necesidad de espaciar el próximo embarazo siguiendo las normas y protocolos de atención del MSP del Ecuador.

La integración de las unidades de salud en los tres niveles de atención debe dar como resultado una atención continua a las usuarias (os) por medio de una red con organización y tecnología apropiada, jerarquizada para prestar atención racionalizada a los pacientes, de acuerdo al grado de complejidad médica y tecnológica del problema y su tratamiento.

El desarrollo de la Atención Primaria al fortalecer la atención hospitalaria establece la necesidad de promover la salud y prevenir enfermedades con acciones integrales dirigidas a las personas, la familia, la comunidad y su entorno, impulsar la educación higiénico sanitaria para producir cambios en los hábitos y actitudes y orientar los Servicios de Salud para atender las necesidades básicas de la población.

Los hospitales asumen su rol de unidades de referencia asistencial, docente e investigativa, integrándose a la red local de servicios, dirigiendo sus acciones a la población para garantizar su derecho al acceso y cobertura de la atención.

5.2.1.2.3. Integralidad a los programas

El Modelo de Atención Integral conlleva a romper el abordaje tradicional y vertical de los programas de salud, reorientando la atención al logro de resultados de impacto social al fortalecer los resultados institucionales, lo que permite la eficiencia y efectividad programática al dirigir los esfuerzos al apoyo para la solución integral de los problemas de salud, esto significa “asegurar que distintos servicios lleguen al mismo tiempo y se realicen en los territorios donde la población corra más riesgos”.

Para el Modelo de Atención MAIS-FCI se responderá a las necesidades locales, tomando en consideración: el perfil epidemiológico, la situación diferenciada de hombres y mujeres, la estratificación y el enfoque de riesgo, la realidad local de cada zona y distrito por lo que deberán revisar sus objetivos y metas planteadas y ajustar sus normas a los criterios de integración de las acciones a través de los servicios, para lograr lo que se conoce como convergencia de programas.

A partir de la implementación de este nuevo Modelo se obtendrá como resultado la ruptura del concepto vertical de “Programa”, estableciéndose entonces la atención integrada a la población la atención integral requirió por parte del Ministerio de Salud, la revisión de los programas, objetivos y metas planteadas que inciden en el desarrollo de la población, llegándose a la siguiente definición:

Atención integral a la población: Es dirigir los esfuerzos con acciones sistemáticas y coordinadas desde la perspectiva de reconocer el enfoque integral, imponiéndose el abordaje de su problemática con un enfoque de interculturalidad, generacional y de género, que persiga la reducción, neutralización o eliminación de los factores (presentes o potenciales) que incrementan el riesgo de enfermar y morir.

5.2.1.2.3. Integralidad a las acciones intersectoriales

El Sistema Nacional de Salud tiene por objeto mejorar la calidad de vida de la población y no simplemente prestar servicios de asistencia a los enfermos. Los esfuerzos aislados del sector salud no bastan para mejorar la salud de un modo evidente, por lo cual es necesaria la participación de otros actores que pueden influir en el mejoramiento de la salud a veces con más recursos o mayor decisión que el propio sector como el caso del abastecimiento de agua potable o las alternativas nutricionales.

Actualmente el Ministerio de Salud Pública no es la única institución que presta Servicios de Salud. Otras organizaciones públicas y privadas como las organizaciones no gubernamentales, instituciones religiosas, centros de medicina alternativa y complementaria tienen un rol en la prestación de Servicios de Salud, por lo cual se deben establecer coordinaciones de trabajo y discusión de sus planes de salud para hacer coincidir los esfuerzos y recursos.

El Plan Nacional de Salud debe ser preparado y discutido con toda la sociedad civil organizada, para lograr juntar los esfuerzos hacia un objetivo común. El personal debe incluir en la programación de su tiempo de trabajo las actividades de coordinación intersectorial, las actividades en las Zonas, los Distritos y Circuitos deberán realizar la coordinación interinstitucional.

En resumen se deben de promover acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida, mediante actividades de coordinación intra e intersectorial, tendientes a incrementar el acceso al agua la disposición adecuada de excretas, la vivienda, las oportunidades de

trabajo, entre otras priorizando las comunidades urbano marginales, rurales y con mayor vulnerabilidad y riesgo.

5.2.1.2.3. Integralidad en la participación de la comunidad.

El Modelo de Atención Integral MAIS-FCI promueve la participación comunitaria como un medio y un fin para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, lo cual implica que deben superarse los esquemas de participación basados en la simple colaboración de la comunidad en las tareas institucionales.

Este enfoque integrador apunta hacia la creación de espacios de gestión y autogestión, donde los conjuntos sociales y los trabajadores de la salud concreten sobre los procesos de identificación de problemas, el establecimiento de prioridades y la búsqueda de soluciones. Para ello, se debe establecer de manera sistemática en todos los niveles del sistema la relación servicio de salud-población, mediante:

- La participación de las comunidades en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud.
- El apoyo a la conformación y/o fortalecimiento de grupos u organizaciones comunitarias vinculadas con el cuidado de la salud. En esta acción, el Ministerio de Salud Pública desempeña la función de “facilitador” asesorando y promoviendo la organización comunitaria.
- El desarrollo de un proceso educativo, tanto en el nivel comunitario como institucional, que les permita trabajar por la salud desde sus propios conocimientos y experiencias. Para ello se debe capacitar en temas de participación y comunicación social, al mismo tiempo que en promoción, prevención y atención de los problemas de salud.
- El establecimiento de mecanismos de referencia y contra-referencia que incluya como puntos de partida y de llegada a la comunidad. Al respecto se debe trabajar conjuntamente con la comunidad en la conformación de redes que vigilen el flujo de la atención desde la comunidad, pasando por las unidades de salud, hasta su regreso a la localidad de origen.

- La creación y/o fortalecimiento de las redes de vigilancia epidemiológica comunitaria que constituyan elementos operativos indispensables para potenciar la atención que se brinde a la población.

5.2.1.2.3. Integralidad en la gestión institucional del Ministerio de Salud Pública.

El Nivel Central apoyará el desarrollo de las capacidades técnicas de las Zonas, Distritos y circuitos sin crear estructuras paralelas o verticales para cada área de interés, aunque en determinadas circunstancias sean necesarias asesorías especializadas.

La forma y división del trabajo para producir, investigar y normalizar conocimientos no debe tener la misma forma en que estos se entregan a la población. Hay que pasar a una integración de acciones por conjunto de problemas. Las Zonas, Distritos y Circuitos deben organizar sus servicios en función de las necesidades de la población, según los principales problemas de salud y los recursos con que cuenta, desarrollando acciones integrales de atención orientadas a la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, para la satisfacción de las usuarias y usuarios en los tres niveles de atención de la red de Servicios de Salud.

El Manual del MAIS – FCI (2012) concluye la parte de la Integralidad del Modelo argumentando que “El enfoque integral permite a la Autoridad Sanitaria la organización del Sistema Nacional de Salud, así como los programas de salud y los gastos sociales a partir de la creación de arreglos institucionales que garanticen la integración entre sectores, niveles y actores. La ventaja de este enfoque basado en la estrategia de APS-R radica en: términos de costo-efectividad y de impactos”.

5.2.1.3. Propósito del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural.

Orientar el accionar integrado de los actores del Sistema Nacional de Salud hacia la garantía de los derechos en salud y el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de

Desarrollo para el Buen Vivir al mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana a través de la implementación del Modelo Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada, y transformar el enfoque médico biologista, hacia un enfoque integral en salud centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar, comunitaria como un derecho humano.

5.2.1.4. Objetivo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural

Integrar y consolidar la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) en los tres niveles de atención, reorientando los Servicios de Salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, fortalecer el proceso de la recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos para brindar una atención integral, de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y su entorno, con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales.

5.2.1.5. Componentes del modelo de atención integral de salud familiar comunitario e intercultural– MAIS-FCI

Los componentes del MAIS-FCI hacen viable la operación y desarrollo del mismo y son los siguientes:

- Componente de Provisión de Servicios.
- Componente de Organización.
- Componente de Gestión.
- Componente de Financiamiento.

La coherencia entre estos componentes y una actuación coordinada y sinérgica de los actores que forman el SNS, en torno a las necesidades de salud de las personas, sus familias

y la comunidad permite el logro de los objetivos del Modelo de Atención en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural.

5.2.1.5. 1. Componente de Gestión del Sistema Nacional de Salud

El componente de gestión comprende los procesos gerenciales que brindan un soporte a la provisión y organización de los Servicios de Salud, para el logro de resultados sanitarios dentro del contexto del Modelo de Atención Integral.

En concordancia con los cambios estructurales planteados por el MSP, la gestión del modelo se orienta a superar el enfoque centralista hacia una gestión integrada, desconcentrada, de base territorial y participativa.

La desconcentración se sustenta en la nueva división político-administrativa del país, dada por SENPLADES, y se orienta a reorganizar y fortalecer la capacidad de gestión de las nuevas unidades administrativas, el traspaso de competencias y recursos de acuerdo a los requerimientos del MAIS-FC.

La nueva visión de la gestión implica generar condiciones para una articulación intersectorial en función del logro del desarrollo integral y el cuidado de la salud a nivel territorial, el reconocimiento de la diversidad y la implementación de herramientas gerenciales.

La gestión debe sustentarse en el Sistema Único de Información que permita la toma de decisiones de manera oportuna y basada en evidencias.

5.2.2. Gestión

De acuerdo al diccionario de la Real Academia de la Lengua se define gestión de la siguiente manera: Del latín *gestiō*, el concepto de gestión hace referencia a la acción y a la consecuencia de administrar o gestionar algo. Al respecto, hay que decir que gestionar es

llevar a cabo diligencias que hacen posible la realización de una operación comercial o de un anhelo cualquiera. Administrar, por otra parte, abarca las ideas de gobernar, disponer dirigir, ordenar u organizar una determinada cosa o situación. (Real Academia de la Lengua, 2008).

5.2.2.1. Gestión Comunitaria

De acuerdo a (Saavedra, 2012). La gestión comunitaria, está compuesta por una serie de factores complejos. Uno de sus ejes centrales, es que las comunidades sean capaces de administrar, operar y mantener los sistemas con criterios de eficiencia, eficacia y equidad tanto social como de género. Estos entes comunales, toman todas las decisiones, teniendo el control de los recursos (técnicos, financieros, de personal, etc.), y establecen relaciones horizontales con servicios gubernamentales y no gubernamentales que apoyan su gestión.

En esta visión, la gestión comunitaria se consolida en la constitución de una organización cuyos miembros tienen la representación legítima de la comunidad y defienden sus intereses, con una gestión de calidad; con eficacia y eficiencia.

Un aspecto distintivo por excelencia de la gestión comunitaria frente a la gestión privada, está dado por su carácter de representante del interés público. De ahí que, mientras las organizaciones prestadoras de servicios administradores de carácter privado tienen como objetivo principal, la generación de ganancias, en la gestión comunitaria cuando hay “ganancias”, se debe hacer una redistribución social de la misma, beneficiando directamente los problemas reales, que les afectan a los ciudadanos.

En general, la gestión comunitaria puede representarse mediante un esquema en el que intervienen una serie de actores claves, que tienen unos objetivos claramente identificables, que para ser cumplidos requieren el uso de una serie de medios o recursos que generan unos resultados concretos, una de estas son las Alianzas Estratégicas.

Hay un concepto muy poco usado en nuestra sociedad, es la feminización de nuestras necesidades, permitiendo la realización de gestiones que estén directamente relacionadas con nuestra realidad. Porque feminización; a quienes afectan directamente cuando un padre de familia esta cesante o cuando este mismo pasa por un mal momento económico por no existir el sustento necesario. Ahora lo dejo a su percepción, veámoslo como gestión comunitaria, se realizan obras concretas de acuerdo a nuestras necesidades como comunidad, o será que nos hemos puesto populistas.

6. HIPÓTESIS

6.1. Hipótesis de Trabajo de Graduación General

Las Redes del Sistema Nacional de Salud tienen implicaciones positivas en la gestión comunitaria.

6.2. Hipótesis Trabajo de Graduación Específicas

Los usuarios del centro de Salud Penipe N° 6 encuentran satisfacción en los servicios.

La capacidad organizativa de las comunidades permite su integración a las redes del sistema Nacional de Salud

La gestión comunitaria se articula con los programas de las redes del sistema nacional de Salud.

7. OPERACIONALIZACIÓN DE LA HIPÓTESIS

7.1. Operacionalización de las Hipótesis de Trabajo de Graduación General

Las Redes del Sistema Nacional de Salud tienen implicaciones positivas en la gestión comunitaria

Variab les	Definición	Categoría	Indicadores	Técnicas e Instrumentos
Redes del sistema Nacional de Salud	Conjunto de servicios en salud de niveles de atención	Nivel de atención	Calidad	Encuesta Cuestionario de encuesta
			Calidez	
			Eficacia	
			Eficiencia	
Gestión Comunitaria	Conjunto de procesos que posibilitan el desarrollo de las comunidades a nivel administrativo, social y participativo	Nivel administrativo	Eficacia	Encuesta Cuestionario de encuesta
			Eficiencia	
			Solvencia	
		Nivel social	Equidad	
			Solidaridad	
			Compromiso	
		Nivel participativo	Capacidad de convocatoria	

7.2. Operacionalización de las Hipótesis Específicas Trabajo

7.2.1 Hipótesis específica 1

Los usuarios del Centro de Salud Penipe N° 6 están satisfechos con los servicios.

Variables	Definición	Dimensiones	Indicadores	Técnicas e Instrumentos
Usuarios	Es el grupo de personas que recurre o se vale de un servicio para alcanzar un objetivo satisfacer una necesidad o solucionar un problema	Grupo de personas	N° de comuneros	Encuesta Cuestionario de encuesta
Satisfacción en los servicios	Grado de Conformidad con los servicios medidos por el nivel de atención	Nivel de atención	N° de comuneros atendidos Patologías atendidas Respeto al usuario Eficacia en el servicio Información completa Accesibilidad Oportunidad Seguridad Satisfacción Global Prevalencia de patologías	Encuesta Cuestionario de encuesta

7.2.2. Hipótesis específica 2

La capacidad organizativa de las comunidades permite su integración a las redes del Sistema Nacional de Salud.

Variables	Definición	Categorías	Indicadores	Técnicas e instrumentos
Capacidad Organizativa comunitaria.	Sostenibilidad de trabajo en un PERÍODO de tiempo para promover el desarrollo comunitario	Promoción del desarrollo comunitario	Desarrollo comunitario	Encuesta Cuestionario de encuesta
Redes del sistema Nacional de Salud	Conjunto de servicios en salud niveles de atención	Nivel de atención	Calidad Calidez Eficacia Eficiencia	Encuesta Cuestionario de encuesta

7.2.2. Hipótesis específica 3

La gestión comunitaria se articula con los programas de las redes del Sistema Nacional de Salud.

VARIABLES	DEFINICIÓN	CATEGORÍAS	INDICADORES	INDICADORES
Programas de Redes del sistema Nacional de Salud	Conjunto de servicios en salud niveles de atención	Nivel de atención	Calidad Calidez Eficacia Eficiencia	Entrevista Guía de Entrevista
Gestión Comunitaria	Conjunto de procesos que posibilitan el desarrollo de las comunidades a nivel administrativo, social y participativo	Nivel administrativo	Eficacia Eficiencia Solvencia	Encuesta Cuestionario de encuesta
		Nivel social	Equidad Solidaridad Compromiso	
		Nivel participativo	Capacidad de convocatoria	

8. METODOLOGÍA

8.1. Tipo de Investigación

Para realizar la investigación propuesta se tomara como modelos los tipos de investigación descriptiva y explicativa.

La investigación descriptiva que consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno o suceso con establecer su estructura o comportamiento. Los estudios descriptivos miden de forma independiente las variables, y aun cuando no se formulen hipótesis, las primeras aparecerán enunciadas en los objetivos de investigación

En el caso de esta investigación se describirán las formas como están estructuradas las redes de salud y los procesos gestionarias de las comunidades en torno al modelo vigente.

Investigación Explicativa: se encarga de buscar el porqué de los hechos mediante el establecimiento de relaciones causa-efecto.

Los resultados obtenidos a través de los procesos de la investigación explicativa permitirán establecer las relaciones existentes entre los programas de las redes y de las redes con la gestión comunitaria.

8.2. Diseño de la Investigación

El diseño de investigación es la estrategia que adopta el investigador para responder al problema planteado. En esta sección se definirá y se justificará el tipo de según. El diseño o estrategia por emplear, en este sentido se tendrá como modelo de trabajo la investigación documental y la investigación de campo

La investigación documental sustentará el proceso del trabajo guiando a través de los contenidos conocidos los resultados a oponerse a través de la consulta de material bibliográfico, y el Internet. Sobre todo a nivel de estadísticas de salud.

La investigación de campo consiste en la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar variable alguna.

La información se obtendrá en el Centro de Salud y en las comunidades de la zona de influencia del centro.

8.3. Población

De acuerdo a los datos proporcionados en el último Censo de Población y Vivienda (INEC, 2010) la población de la parroquia Penipe es de 2089 habitantes distribuidos de la siguiente manera:

Cuadro N° 1 Población de la parroquia Penipe

Grandes grupos de edad	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
De 0 a 14 años	274	278	552
De 15 a 64 años	522	587	1,109
De 65 años y más	204	224	428
Total	1,000	1,089	2,089

Fuente: (INEC, 2011)

Por lo tanto la población de estudio es de 2089 potenciales usuarios del Centro de Salud Penipe del Área N° 6 Penipe – Guano

8.4. Muestra

Partiendo del total de la población identificada, se ha definido el análisis de muestreo estratificado para la aplicación de una encuesta, teniendo una fórmula de análisis se ha considerado la metodología de CANAVOS (muestreo aleatorio no proporcional simple) para poblaciones finitas:

La fórmula de aplicación que se utilizará será la siguiente:

$$n = \frac{N * (P * Q)}{N - 1 (e/k)^2 + (P * Q)}$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra

N= Universo de estudio (2.089 Usuarios)

P * Q= Probabilidad de ocurrencia del hecho o fenómeno (0.5 * 0.5)

e = Margen de error (5%)

z= Constante de corrección de error (1.96)

$$n = \frac{2.089 * (0.5 * 0.5)}{2.089 - 1 (0.05/1.96)^2 + (0.5 * 0.5)}$$

$$n = \frac{522,25}{1,35 + 0.25}$$

$$n = \frac{522,25}{1,6}$$

$$n = 326$$

Obteniéndose una muestra de 326 potenciales usuarios del centro, quienes corresponderán a la muestra para el análisis de la investigación, datos que serán tabulados y analizados matemática y estadísticamente.

8.5. Métodos de Investigación

8.5.1 Método estadístico

Gracias a este método se puede recoger, elaborar e interpretar datos numéricos, de acuerdo a lo determinado en la muestra obtenida mediante el análisis muestral utilizando el método de muestreo aleatorio no proporcional simple (para poblaciones finitas).

8.5.2 Método inductivo

Este método inductivo es un método científico que obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares. Se trata del método científico más usual, que se caracteriza por cuatro etapas básicas: la observación y el registro de todos los hechos; el análisis y la clasificación de los hechos; la derivación inductiva de una generalización a partir de los hechos; y, la contrastación.

Se empleará el método inductivo en el conocimiento del funcionamiento de las redes y la gestión que realizan las comunidades de forma puntual para cada actividad.

8.5.3 Método deductivo

Este método permitirá buscar alternativas de solución a los problemas, debilidades y amenazas que se evidencien en el desarrollo de la investigación, por lo que se empleará para contrastar los procesos y relación entre las variables. De las redes de salud y la gestión comunitaria

8.5.4 Método descriptivo

Mediante el método descriptivo se llevará a cabo un análisis e interpretación de la naturaleza, composición y procesos actuales de las redes de salud y de los procesos de gestión que realizan las comunidades con relación al modelo propuesto.

8.5.5 Método analítico

Este método se lo utiliza cuando los conceptos se presentan como una totalidad y luego se los va descomponiendo en partes, basándose en los principios para comprender un fenómeno, es necesario conocer las partes que lo componen.

8.6. Técnicas de Instrumentos de recolección de datos

El levantamiento de los datos que se puede obtener de las comunidades y de los procesos de las redes de salud estará delimitado por dos tipos de fuentes:

8.6.1 Fuentes primarias

Estará caracterizada por un trabajo de campo, por lo tanto los datos serán obtenidos mediante la utilización de técnicas como:

Encuesta: La técnica de recolección de información será la encuesta personalizada, el instrumento empleado será el cuestionario que se elaborará con preguntas cerradas y de múltiple elección, tomando en cuenta variables socio económicas, políticas y demográficas, para definir la situación de las comunidades de la zona de influencia del Centro de Salud y las características de funcionamiento de las Redes de Salud.

Observación: Se realizará una observación directa de los usuarios del Centro de Salud, como también de los sistemas y procesos que maneja la Red de Salud.

Entrevista: Con la finalidad de recibir toda clase de información de tipo verbal, es necesario realizar entrevistas personales y personalizadas, las cuales deberán ser primordialmente a los usuarios del Centro de Salud, personal médico y otros involucrados en el proceso y la gestión del Modelo propuesto.

8.7. Técnicas de procedimientos para el análisis de resultados.

La información primaria será sometida a tabulación, sistematización y análisis de los datos obtenidos en la entrevista, encuesta y observación.

La información secundaria corresponderá a un registro, clasificación y actualización de los datos relevantes conforme al presente estudio.

En lo referente al análisis, se definirán las técnicas lógicas (inducción, deducción, análisis, síntesis), o estadísticas (descriptivas o inferenciales), que serán empleadas para descifrar lo que revelan los datos que sean obtenidos.

9. RECURSOS HUMANOS Y FINANCIEROS

Para cumplir con el proceso de investigación se considerado un tiempo de 6 meses en los que se alcanzarán los objetivos de investigación, en este lapso de tiempo se requerirá de recursos, tanto materiales, humanos como financieros, que se detallan a continuación.

Los **recursos materiales** requeridos serán: materiales de oficina y equipos.

Talento humano: Estará constituido por el investigador y un ayudante de apoyo de campo para la realización de las encuestas y acompañamiento en la recolección de la información.

Los **recursos financieros** los recursos financieros necesarios para esta investigación ascienden a \$ 2490,78 dos mil cuatrocientos noventa con setenta y ocho centavos, que

serán financiados exclusivamente con fondos del investigador, a continuación se desglosa el requerimiento financiero de acuerdo a los rubros establecidos.

RECURSOS	UNIDAD	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	FUENTES DE FINANCIAMIENTO
					R. PROPIOS (Investigador)
MATERIALES DE OFICINA					
Hojas de papel bond	Resma	8	3,50	28,00	28,00
Lápiz	Unidad	50	0,35	17,50	17,50
Esferos	Unidad	2	1,30	2,60	2,60
Libreta de campo	Unidad	2	1,25	2,50	2,50
Cd's	Unidad	5	0,35	1,75	1,75
Marcadores permanentes	Unidad	20	0,40	8,00	8,00
Cinta adhesiva	Unidad	3	0,50	1,50	1,50
Copias	Global	1	150,00	150,00	150,00
Anillados	Unidad	5	2,50	12,50	12,50
Empastados	Unidad	6	15,00	90,00	90,00
Subtotal 1				314,35	314,35
EQUIPOS					
Computador	Global	1	1.000,00	1.000,00	1.000,00
Cámara digital	Global	1	150,00	150,00	150,00
Impresora	Global	1	250,00	250,00	250,00
Subtotal 2				1.600,00	1.400,00
REQUERIMIENTOS BÁSICOS					
Movilización	Global	1	250,00	250,00	250,00
Subtotal 3				250,00	250,00
TALENTO HUMANO					
Apoyo de campo	Unidad	1	300,00	300,00	300,00
Subtotal 4				300,00	300,00
TOTAL ANTES DE IMPREVISTOS				2.264,35	2.264,35
Imprevistos 10%				226,43	224,43
TOTAL				2.490,78	2.490,78

10. CRONOGRAMA

	ACTIVIDADES	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6
Anteproyecto	Elaboración del plan de trabajo	■	■				
	Levantamiento de información preliminar		■	■			
Proyecto de investigación	Definir los niveles de gestión de las comunidades de la Zona de Influencia del Centro de Salud Penipe # 6			■	■		
	Determinar los niveles de satisfacción de los Usuarios del Centro de Salud Penipe # 6			■	■		
	Establecer la capacidad organizativa de las comunidades para integrarse a las redes del Sistema Nacional de Salud				■	■	
	Precisar la articulación de la gestión comunitaria con los programas del Sistema Nacional de Salud				■	■	
	Análisis de datos	■	■	■	■	■	■
Propuesta	Generación de las líneas de acción para diversificar emprendimientos.						■
	Presentación del informe provisional						■
	Presentación del informe final						■

11. ESQUEMA DE TESIS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
INSTITUTO DE POSGRADO
INFORME FINAL DEL TRABAJO DE GRADUACIÓN

PORTADA

CERTIFICACIÓN

AUTORÍA

AGRADECIMIENTO

DEDICATORIA

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

RESUMEN

SUMMARY

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I.

MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes

1.2 Fundamentación Teórica

1.2.1 Antecedentes de investigaciones anteriores

1.2.2 Bases teóricas

1.2.2.1 El modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e intercultural– MAIS-
FCI

1.2.2.1.1. Definición

1.2.2.1.2. La Integralidad en el sistema Nacional de Salud

1.2.2.1.3. Integralidad a la persona

1.2.2.1.4. Integralidad al territorio

1.2.2.1.5. Integralidad a los programas

1.2.2.1.6. Integralidad a las acciones intersectoriales

- 1.2.2.1.7. Integralidad en la participación de la comunidad
- 1.2.2.1.8. Integralidad en la gestión institucional del Ministerio de Salud Pública
- 1.2.2.3 Propósito del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural
- 1.2.2.4 Objetivo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural
- 1.2.2.5 Componentes del modelo de atención integral de Salud familiar comunitario e intercultural– MAIS-FCI
- 1.2.2.5.1. Componente de Gestión del sistema nacional de salud
- 1.2.2.6 Gestión
- 1.2.2.7. Gestión Comunitaria

CAPÍTULO II.

MARCO METODOLÓGICO

- 2.1 Diseño de la investigación
- 2.2 Tipo de Investigación
- 2.3 Métodos de investigación
- 2.4 Técnicas e instrumentos para recolección de datos
- 2.5 Población y Muestra
- 2.6 Procedimiento para el análisis e interpretación de resultados

CAPÍTULO III.

LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS (PROPUESTA)

- 3.1.TEMA
- 3.2 PRESENTACIÓN
- 3.3 OBJETIVOS
- 3.4 FUNDAMENTACIÓN
- 3.5 CONTENIDO
- 3.6 OPERATIVIDAD (De ser el caso presentar impreso adjunto y en cd)

CAPÍTULO IV.

EXPOSICIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis e interpretación de resultados

4.2 Comprobación de la hipótesis

4.2.1 Comprobación de la hipótesis específica 1

4.2.2 Comprobación de la hipótesis específica 2

4.2.3 Comprobación de la hipótesis específica 3 de ser el caso)

4.2.4 Comprobación de la hipótesis general

CAPÍTULO V.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

5.2 Recomendaciones

BIBLIOGRAFÍA Norma (APA)

ANEXOS

Anexo 1. Proyecto (Aprobado)

Anexo 2. Instrumentos para la recolección de datos

BIBLIOGRAFÍA

- INEC. (2011). Censo de Población Y vivienda. Recuperado el 20 de Mayo de 2012, de <http://redatam.inec.gob.ec/cgibin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CPV2010&MAIN=WebServerMain.inl>
- Ministerio de Salud Publica, M. (2012). Manual Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS - FCI). Quito: Publicaciones MSP.
- Saavedra, M. M. (2012). Atina Chile. Recuperado el 30 de mayo de 2012, de <http://www.atinachile.cl/content/view/45748/Gestion-Comunitaria.html>

ANEXOS (Marco Lógico)

Marco Lógico

Nombre del Proyecto: Las Redes del Sistema Nacional de Salud y su implicación en la Gestión Comunitaria

Caso Centro de Salud Penipe del Área N° 6 Guano / Penipe

Objetivo del Proyecto: Determinar la Implicación de las Redes del Sistema Nacional de Salud en la Gestión Comunitaria en la zona de influencia del Centro de Salud Penipe del área N° 6 Guano – Penipe en el 2012

Resumen narrativo de objetivos	Indicadores verificables objetivamente	Fuentes de verificación	Supuestos
FIN Mejora la calidad de Vida de los comuneros de la Zona de influencia del Centro de Salud Penipe Área N° 6	Para el año 2013 cuenta con instrumento que permite articular la Red de Salud con el 100% de las comunidades de la zona de Influencia del centro de Salud Penipe	<ul style="list-style-type: none"> - Informe de la Investigación - Opinión de los usuarios - Resoluciones - Cartas de Compromisos 	<ul style="list-style-type: none"> - Existe el apoyo de las instituciones y organizaciones vinculantes.
Propósito Determinar la Implicación de las Redes del Sistema Nacional de salud en la Gestión Comunitaria en la zona de influencia del Centro de Salud Penipe del Área N° 6 Guano – Penipe en el 2012	Para finales del 2012 se establecen las implicaciones de la Red de Salud con el 100% de las comunidades de la zona de influencia del centro de Salud Penipe Área N° 6 permitiendo mejorar el servicio.	<ul style="list-style-type: none"> - Informe de Investigación - Estadísticas - Resoluciones - Acuerdos 	<ul style="list-style-type: none"> - Las instituciones vinculantes apoyan el proceso de investigación
Componente 1			
Definir los niveles de gestión de las comunidades de la Zona de Influencia del Centro de Salud Penipe N° 6	Para el segundo mes de investigación se han determinado los niveles de gestión del 100% de las comunidades vinculadas con el centro de Salud Penipe Área N° 6	<ul style="list-style-type: none"> - Estadísticas - Registro de las encuestas y entrevistas ejecutadas - Informes de encuestas aplicadas 	<ul style="list-style-type: none"> - Las comunidades colaboran con el levantamiento de la información

Componente 2			
Determinar los niveles de satisfacción de los Usuarios del Centro de Salud Penipe N° 6	Para el tercer mes de Investigación se ha logrado establecer el nivel de satisfacción de los usuarios con el 100% de la muestra.	<ul style="list-style-type: none"> - Estadísticas - Registro de las encuestas y entrevistas ejecutadas - Informes de encuestas aplicadas 	<ul style="list-style-type: none"> - El centro de Salud Penipe permite el desarrollo de la Investigación - Los usuarios colaboran con el levantamiento de la información
Componente 3			
Establecer la capacidad organizativa de las comunidades para integrarse a las redes del sistema nacional de salud	Al Finalizar el cuarto mes de investigación se ha establecido la capacidad de integración del 100% de las comunidades para vincularse a las redes del Sistema Nacional de Salud	<ul style="list-style-type: none"> - Estadísticas - Registro de las encuestas y entrevistas ejecutadas - Informes de encuestas aplicadas - Mapa situacional - Diagramas de Flujo 	Las organizaciones y el personal asignado al Centro de Salud Penipe trabajan en talleres participativos
Componente 4			
Precisar la articulación de la gestión comunitaria con los programas del sistema nacional de salud.	Al Iniciarse el quinto mes de investigación se han precisado la articulación de la gestión comunitaria con el sistema nacional de salud en el 80%	<ul style="list-style-type: none"> - Lineamientos de Gestión - Mapa situacional - Diagramas de Flujo - Fotografías 	Las organizaciones y el personal asignado al Centro de Salud Penipe trabajan en talleres participativos
Actividades			Presupuesto
Actividades Componente 1			350,00
A1C1 Elaboración del plan de trabajo			
A2C1 Levantamiento de información preliminar			
A3C1 Aplicación de encuestas y entrevistas			
Actividades Componente 2			735,00
A1C2 Recolección y procesamiento de la información			
A2C2 Análisis de información primaria y secundaria			
Actividades Componente 3			805,78
A1C3 Recolección de Información			
A1 C3 Análisis de información			
Actividades Componente 4			600,00
A1C4 Análisis de la información			
A2 C4 Generación y estructuración de líneas de acción.			
		Total	2490,78

Anexo 2. Instrumentos para la recolección de datos.

ENCUESTA DE OPINIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

Parte I: Aspectos Generales

1; Cuál es su edad?

2. Sexo M F

3; Cuál su grado de Instrucción?

1 = Analfabeto 4 = Superior técnica
2 = Básica 5 = Superior Universitaria
3 = Bachillerato 6 = No sabe/ no opina

4 ¿Por qué escogió Está más cerca
venir a este Es barato
establecimiento de No hay otro establecimiento
salud? adonde acudir

No tengo seguro
Hay buena atención
Otro:

Parte II: Percepción del usuario respecto a la atención recibida

- | | | | | | | |
|---|------|--------------------------|-----|--------------------------|----------|--------------------------|
| 1. ¿Durante su permanencia en el establecimiento cómo lo trataron? | Bien | <input type="checkbox"/> | Mal | <input type="checkbox"/> | No opina | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿El personal le brindó confianza para expresar su problema? | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | No opina | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Considera que durante la consulta médica le hicieron un examen completo? | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | No opina | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿El personal que le atendió le explico sobre el examen que le iba a realizar? | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | No opina | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿El personal que le atendió le explicó con palabras fáciles de entender cuál es su problema de salud o resultado de la consulta? | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | No opina | <input type="checkbox"/> |
| 6. Si le dieron indicaciones en una receta; ¿están escritas en forma clara para Ud.? | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | No opina | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿El personal que le atendió le explicó los cuidados a seguir en su casa? | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | No opina | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿El personal del establecimiento respeta sus creencias en relación a la enfermedad y su curación? | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | No opina | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿El horario de atención del establecimiento le parece conveniente? | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | No opina | <input type="checkbox"/> |

10. El tiempo que usted esperó para ser atendido fue: Mucho Adecuado Poco
11. ¿Le parecieron cómodos los ambientes del establecimiento? Sí No No opina
12. ¿El establecimiento se encuentra limpio? Sí No No opina
13. ¿Durante la consulta se respetó su privacidad? Sí No No opina
14. En términos generales ¿Ud. siente que le resolvieron el problema motivo de búsqueda de atención? Sí No No opina
15. En términos generales ¿Ud. se siente satisfecho con la atención recibida? Sí No No opina

Gracias por su colaboración