



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud

TÍTULO DE LA TESIS:

**“Propuesta de mejoramiento y ampliación de servicios de salud del
Dispensario Médico "San Francisco" de Durán.”**

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

ELABORADO POR:

Juan Luis Aguirre Martínez

Karol Magdalena Yagual Jiménez

Tutora:

Econ. María del Carmen Lapo

Guayaquil, diciembre del 2012



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por el Dr. Juan Luis Aguirre Martínez y la Dra. Karol Magdalena Yagual Jiménez, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de Magíster en Gerencia de Servicios de la Salud.

Guayaquil, a los 27 días del mes de diciembre del año 2012

DIRECTOR DE TESIS

Econ. María del Carmen Lapo

REVISORES:

Ing. Diomedes Rodríguez

Dr. Xavier Landívar Varas

DIRECTOR DEL PROGRAMA

Econ. María del Carmen Lapo



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

NOSOTROS, Juan Luis Aguirre Martínez y Karol Magdalena Yagual Jiménez

DECLARAMOS QUE:

La Tesis “Propuesta de mejoramiento y ampliación de servicios de salud del Dispensario Médico "San Francisco" de Durán” previa a la obtención del Grado Académico de Magíster, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance científico de la tesis del Grado Académico en mención.

Guayaquil, a los 27 días del mes de diciembre del año 2012

LOS AUTORES

Juan Luis Aguirre Martínez

Karol Magdalena Yagual Jiménez



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO

AUTORIZACIÓN

NOSOTROS, Juan Luis Aguirre Martínez y Karol Magdalena Yagual Jiménez

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución de la Tesis de Maestría titulada: “Propuesta de mejoramiento y ampliación de servicios de salud del Dispensario Médico "San Francisco" de Durán”, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 27 días del mes de diciembre del año 2012

LOS AUTORES

Juan Luis Aguirre Martínez

Karol Magdalena Yagual Jiménez

Contenido

| | | |
|------|---|----|
| I. | INTRODUCCIÓN | 7 |
| | Antecedentes | 7 |
| II. | Problemática | 9 |
| | Justificación del estudio | 10 |
| III. | Alcance | 10 |
| IV. | Objetivos | 10 |
| | Objetivo General | 10 |
| | Objetivos específicos | 10 |
| | CAPITULO 1 | 12 |
| | MARCO REFERENCIAL | 12 |
| | 1.1 La Gerencia en las Organizaciones | 12 |
| | 1.2 Contexto político, económico y social | 21 |
| | 1.3 Sistemas de Servicios de Salud | 25 |
| | Indicadores de salud | 29 |
| | 1.4 La Reforma de salud | 34 |
| | 1.5 Situación actual de la salud en el cantón Durán | 35 |
| | CAPITULO 2 | 39 |
| | SERVICIOS DE SALUD EN EL DISPENSARIO MÉDICO SAN FRANCISCO . | 39 |
| | 2.1 Reseña histórica del Dispensario | 39 |
| | 2.2 Estructura Organizacional | 40 |
| | 2.3 Infraestructura | 45 |
| | 2.4 Servicios de Salud | 46 |
| | 2.5 Convenios con el Ministerio de Salud Pública | 48 |
| | 2.6 Rol de la Iglesia | 48 |
| | 2.7 Actividades de los voluntarios de Physician for Humanity. | 49 |
| | 2.8 Aspectos Financieros | 50 |
| | CAPITULO 3 | 53 |
| | DIAGNÓSTICO DE LOS SERVICIOS DEL DISPENSARIO MÉDICO “SAN FRANCISCO” | 53 |
| | 3.1 Objetivos | 53 |
| | 3.2 Metodología de la investigación | 53 |
| | 3.3 Población y muestra | 55 |

| | |
|--|-----|
| 3.3.1 Población..... | 55 |
| 3.3.2 Tipo de muestreo..... | 58 |
| 3.3.3 Muestra | 59 |
| 3.4 Instrumentos de investigación..... | 59 |
| 3.5 Resultados | 60 |
| 3.7 Conclusiones de la encuesta..... | 67 |
| 3.8 Análisis contextual FODA | 68 |
| 3.8.1 Introducción..... | 68 |
| 3.8.2 Formulación de la Visión y Misión..... | 70 |
| CAPITULO 4..... | 71 |
| DISEÑO DE UNA PROPUESTA DE MEJORAS PARA EL DISPENSARIO MÉDICO SAN FRANCISCO | 71 |
| 4.1 Formulación de políticas..... | 71 |
| 4.2 Propuesta y Objetivos Estratégicos..... | 71 |
| 4.4 Plan operativo | 75 |
| 4.4.1 Plan de producción de servicios..... | 75 |
| El presupuesto de Costos se muestra en la tabla anterior, con la aclaración de que se trata de un resumen costo total, luego de ejecutar el costo de servicios en el detalle de costos directos e indirectos de la operación. | 82 |
| 4.5 Factibilidad Financiera del Proyecto..... | 82 |
| 4.5.1 Presupuesto de resultados | 82 |
| 4.5.2 Análisis de punto de equilibrio | 82 |
| 4.5.3 Flujo de caja..... | 83 |
| 4.5.4 Análisis de rentabilidad..... | 85 |
| 4.6 Políticas de calidad y atención a los pacientes del Dispensario médico San Francisco de Durán. | 86 |
| Conclusiones..... | 89 |
| Recomendaciones | 90 |
| ANEXO 1 | 92 |
| Encuesta realizada a los usuarios del Dispensario Médico “San Francisco”..... | 92 |
| ANEXO 2 | 94 |
| Tipología de los Establecimientos de salud | 94 |
| BIBLIOGRAFÍA | 106 |

I. INTRODUCCIÓN

Antecedentes

La prestación de servicios de salud exige un fortalecimiento constante de las instituciones, una actualización que permita brindar servicios de calidad a bajo costo. Esto requiere acciones organizadas bajo conceptos profesionales para alcanzar estos fines. Es aquí donde el personal de salud se convierte en actor clave para la ejecución de las funciones administrativas como previsión, organización, dirección, coordinación y control. Se ha debido adaptar los modelos de gestión empresariales al contexto de lo que se denomina empresa de salud. Las empresas de servicios de salud aplican los mismos principios administrativos para vender un “producto” principal: la salud. Apuntan al mejoramiento de los procesos de atención, a conocer el mercado en que se desenvuelven, a qué precio deben proveer los servicios y a conocer mejor a sus clientes. Un aspecto adicional se suma al complejo sanitario y es el del financiamiento de las instituciones, formando un mapa en el que la mayoría de servicios, los de atención primaria, son financiados por el estado y a medida en se tornan más complejos es mayor la participación del financiamiento privado. La complejidad y dinámica social obliga entonces a los responsables de la gerencia de servicios de salud a estudiar y acoger diversos modelos de gestión.

Existen diferentes modelos de sistemas de servicios de salud, los éxitos, problemas y fracasos de los distintos modelos permiten observar que no hay un modelo ideal que funcione en todas las latitudes y culturas, sino que hay experiencias exitosas que permiten un análisis e invitan a replicarse, adaptándose a otras realidades (Joner, 2007).

Los servicios de salud en el Ecuador carecen de una adecuada implementación en cuanto a cobertura, calidad y eficiencia; esta situación se

agrava por las consecuencias de una crisis económica, social y política que engloba toda la estructura organizativa de la nación.

La realidad refleja un deteriorado nivel de vida y de salud de las clases populares, como consecuencia del desgaste sufrido en los servicios de salud que ofrece nuestro país, esto ha mermado la confianza de los usuarios del sector.

En el Ecuador existe un limitado aporte financiero al sector salud y es evidente la falta de recursos disponibles para enfrentar las necesidades crecientes, esto ha determinado que se mantengan a perpetuidad problemas estructurales crónicos tales como la desigualdad y la falta de acceso a un servicio de calidad, de tal manera que la población con más necesidades, es la que tiene mayor riesgo de contraer enfermedades y morir, tiene poco acceso a servicios de salud o cuando puede acceder a éstos, la prestación deja mucho que desear en cuanto a la calidad ofrecida.

“Todo ser humano tiene derecho a un nivel de vida que le permita al mismo y a su familia gozar de salud y bienestar que incluya la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. Tiene, asimismo, derecho a seguridad en caso de desempleo, enfermedad, viudez y vejez...” (ONU , 1948).

En la actualidad existe una creciente preocupación el mundo por la necesidad de una reforma profunda a los sistemas de salud que aborde integralmente los problemas de insuficiente cobertura con calidad y a precios razonables.

Por tal motivo, siguiendo principios rectores de equidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social es menester buscar mejorar varios aspectos en el desempeño del sistema y los servicios de salud.

El presente trabajo se basa en evaluar las actividades administrativas y operativas que se desarrollan en el Dispensario Médico San Francisco de Durán, DMSF, el mismo que cuenta y con el auspicio de la Iglesia Católica y la fundación “Physicians for Humanity”. Se realizará un diagnóstico situacional con

el propósito de presentar un plan estratégico para incrementar la eficiencia de los servicios ofrecidos, y así mejorar la calidad de vida de la comunidad en la cooperativa “Derecho de los pobres” y otras áreas de influencia.

II. Problemática

Los usuarios del DMSF pagan precios muy bajos por una consulta médica (\$1), pero toda persona que paga por recibir un servicio despierta una sensibilidad frente a lo que recibe, y evalúa factores como el tiempo/costo de una atención, y sobre todo la calidad de lo que recibe. Es entonces que el apreciar la infraestructura y las condiciones físicas del centro médico adquiere una importancia fundamental, es lo primero que la dirección debe atender para ofrecer condiciones justas a los usuarios, como parte de la calidad de los servicios que ofrece a la comunidad.

El segundo aspecto a mencionar es el relacionado con la organización, de forma que garantice un mínimo de soporte a las funciones de los profesionales que prestan atención directa a los pacientes. Se puede argumentar esta afirmación con conceptos académicos de gerencia: los distintos profesionales deben dedicarse a cumplir tareas relacionadas con la formación que tienen, y la gerencia debe aportar con el soporte administrativo como la gestión de la información, de inventario, de programación de actividades, entre otras.

Adicionalmente las organizaciones exitosas, de cualquier naturaleza, generalmente ofrecen perspectivas de desarrollo sea institucional o personal para sus colaboradores. Esto hace que se forme un nivel de compromiso mutuo entre servidores y la institución, como un resultado de un plan de desarrollo organizacional. El DMSF necesita de un plan de desarrollo que establezca metas alcanzables y comprometan a todos los miembros de la institución.

Uno de los medios para alcanzar un mayor nivel como organización es el ampliar la oferta de servicios, con un enfoque de integralidad en la oferta, esto debido a que se percibe una oferta muy limitada, que no alcanza a resolver los problemas de salud que motivan a los usuarios a ser clientes del dispensario.

Justificación del estudio

La presente investigación servirá al Centro Médico San Francisco como una guía para lograr un desarrollo institucional planificado y obtener mejores resultados, medidos en un mejor grado de sostenibilidad y más servicios de salud demandados por la comunidad. De esta manera se podrá cumplir con las metas institucionales a corto y largo plazo.

III. Alcance

Debido a las facilidades presentadas por los directivos del centro médico, y al interés de los representantes de la fundación “Physicians for Humanity”, se ha podido acceder a la información médica y administrativa disponible en el centro médico, y realizar un análisis que permite la elaboración del Plan estratégico.

La planificación estratégica es un método que permitirá obtener una perspectiva de los aspectos fundamentales para lograr primero un mejor posicionamiento en el cantón Durán, en el primer año de ejecución, y un enfoque más amplio para los siguientes cinco años.

El estudio se concentrará en el desarrollo del plan estratégico, que incluye una propuesta de mejora financiera del centro médico, con los presupuestos respectivos, sometidos a una evaluación.

IV. Objetivos

Objetivo General

Diseñar un Plan estratégico para mejorar la calidad de los servicios y un desarrollo institucional del Dispensario Médico San Francisco del cantón Durán.

Objetivos específicos

- Revisar la fundamentación teórica de la gestión de los servicios de salud

- Diagnosticar la percepción de los sistemas de salud en el Dispensario Médico San Francisco de Durán, en relación a la demanda de servicios de salud de los usuarios.
- Elaborar una propuesta para mejorar la gerencia del Dispensario Médico san Francisco, que permita ofrecer más y mejores servicios.
- Establecer la factibilidad financiera para el plan estratégico, mejorando la oferta de servicios de salud en el Dispensario Médico san Francisco de Durán.

CAPITULO 1

MARCO REFERENCIAL

1.1 La Gerencia en las Organizaciones

Crosby define a la Gerencia como “el arte de hacer que las cosas ocurran”. Krygier la describe como un cuerpo de conocimientos aplicable a la dirección efectiva de una organización. En la actualidad, muchos autores, la definen como un proceso que implica la coordinación de todos los recursos disponibles en una organización (humanos, físicos, tecnológicos, financieros), para que a través de los procesos de: planeación, organización, administración de recursos humanos, dirección y control se logren objetivos previamente establecidos. De esta manera se pueden distinguir tres aspectos claves al definir la Gerencia como un proceso: en primer lugar, la coordinación de recursos de la organización; segundo, la ejecución de funciones gerenciales o también llamadas administrativas como medio de lograr la coordinación y tercero, establecer el propósito del proceso gerencial, es decir el dónde se quiere llegar o qué es lo que se desea lograr. Por consiguiente, la gerencia responsable del éxito o fracaso de una empresa, es indispensable para dirigir los asuntos de la misma.

Para que un gerente sea eficaz y eficiente debe realizar actividades consideradas como básicas en su gestión las cuales son conocidas como las funciones tradicionales de la administración. (Bateman 2004). La planeación es la función administrativa de tomar decisiones de forma sistemática sobre las metas y actividades de una organización; según Bateman los planes preparan el escenario para la acción y logros importantes; entonces la planificación se refiere al establecimiento de objetivos, definición de estrategias para lograr esos objetivos, planes para integrar y coordinar las actividades, es decir, lo que se debe hacer y cómo se debe hacer.

La organización, según Bateman, es la función administrativa de ensamblar y coordinar los recursos de la organización que son necesarios para lograr las metas establecidas, se define las tareas que se necesitarán para lograr los planes y que tales tareas estén asignadas a personas que la puedan realizar mejor. Se debe realizar aquellas actividades que atraigan personal valioso a la organización, determinar cuáles son las responsabilidades que desempeñara cada trabajador de una organización, de ser necesario habría que agrupar tareas o actividades para unidades de trabajo, dirigir y distribuir los recursos; además mediante la organización se deben crear las condiciones necesarias para que las personas y las cosas funcionen en conjunto para llegar el éxito.

La administración de recursos humanos se encargará de proveer en el personal idóneo para que realicen las tareas asignadas. Este proceso de atraer, desarrollar y mantener una fuerza laboral talentosa, y llena de energía. Este proceso en la actualidad ha cobrado mucha importancia y ha acumulado experiencias y conocimientos que han merecido estudios completos para la profesionalización de quienes se dedican exclusivamente a esta gestión, de esta forma la empresa se vuelve más productiva.

La dirección, es la función administrativa que comprende los esfuerzos del gerente para estimular un desempeño elevado por parte de los trabajadores tanto de manera individual como colectiva. Es el proceso por medio del cual se influye o despierta el entusiasmo de la gente para trabajar y dirigir sus esfuerzos hacia el logro de las metas organizacionales. Para ello el gerente desarrolla habilidades de liderazgo, motivación y comunicación para lograr conductas apropiadas de las personas de la organización (Blanco, 2005).

El control, según Bateman debe ser comprendido como la monitorización del progreso de las actividades de la organización así como la realización de cambios necesarios para el correcto desempeño de las mismas, significa vigilar las actividades y corregir las desviaciones con el fin de asegurarse que se realicen de acuerdo a lo planificado y esperado por la organización.

Los servicios de salud son ayudas que ofrecen y reciben las personas para satisfacer necesidades relacionadas con la protección y mejora de los procesos vitales, y con la prevención y control de aquellos daños que los afectan desfavorablemente. Los criterios para clasificar los servicios de salud son variados y se apoyan en su objetivo, el tipo de respuesta social que reflejen, su complejidad o tipo de recursos que involucren y su objetivo de interés.

Según su objetivo, los servicios de salud se clasifican en servicios preventivo-asistenciales (dirigidos a evitar un daño) y servicios de promoción de la salud (dirigidos a fortalecer la capacidad de la gente para controlar el ecosistema, la condiciones socioeconómicas, el estilo de vida y los servicios de salud la). Según el tipo de evento que se pretenda evitar, los servicios preventivo-asistenciales se clasifican en Primaria (dirigido a personas sanas con el fin de evitar, posponer o mitigar su exposición a una situación potencialmente nociva denominada noxa). Secundaria (dirigida a personas enfermas o expuestas a la acción de una noxa, para evitar la expansión del daño, con un diagnóstico precoz y acertado y con un tratamiento o temprano y efectivo). Terciaria (dirigidas a personas afectadas por las consecuencias del daño con el fin de reducir la incapacidad y la invalidez y evitar la muerte prematura asociada).

Según el tipo de respuesta social, los servicios de salud se clasifican en sistema populares, sistema de beneficencia, sistema privados, sistemas estatales y sistemas de seguridad social.

Con base a la división del trabajo, los servicios de salud se han dividido en servicios de atención a las personas (organizados en tres áreas: ambulatorios, internación y extramurales) y los de atención al ambiente (comprende el saneamiento básico y control sanitario).

Según Blanco (2005) la complejidad de la tecnología disponible, los servicios de salud se clasifican en primer nivel (atención básica y medicina General). Segundo nivel (lo que cuentan con especialidades médicas básicas como obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía) y tercer nivel (los que cuentan con su especialidades médicas y quirúrgicas).

Toda organización que realiza sus actividades dentro del sector salud, requiere de herramientas gerenciales con las cuales debe buscar permanentemente la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo organizacional. El marketing es una ciencia integradora, dinámica y de alto Valor agregado, con lo cual se pretende que la entidad de salud y/o el profesional (quien maneja su profesión como su propia empresa) se oriente siempre hacia el cliente (paciente), hacia el mercado (comunidad) y logre un excelente reconocimiento, en base a los beneficios de sus servicios bajo el principio de la calidad de los mismos.

Una organización orientada hacia el mercadeo integral, investigar y reconoce lo que necesitan y desean sus clientes, las tendencias del mercado, de los competidores, y cumple su misión y la proyecta a la sociedad, por lo que ofrece servicios según necesidades y lo que el mercado desea, es proactiva y se anticipa a las tendencias, puede fallar el sistema de trabajo pero el recurso humano es lo más importante, porque valora mucho trabajo en equipo y agregar valor al capital intelectual.

Si medir la calidad de un producto es sencillo, cuando se trata de un servicio es todo lo contrario. La calidad es una posición racional de búsqueda de una rentabilidad más estable, a largo plazo, para la organización (International Service Marketing Institute, 2001). Las expectativas de los clientes no surgen de la nada ni son un capricho. Suelen ser razonables y lógicas: los clientes esperan ser atendidos en un lapso adecuado, recibir respuestas precisas a sus preguntas, la solución rápida y correcta de un problema, y similares. Significa que es necesario atender la calidad de los servicios desde los mismos procesos de atención, siendo que una de las medidas de calidad a poder implementarse es el grado de aumento de servicios de calidad exitosos que se brindan a los individuos y a la población. Estos instrumentos son utilizados para promover la calidad, efectividad y economía de los servicios de salud.

Los servicios de salud deben dar respuesta a cinco factores básicos que conforman la percepción de la calidad de los servicios, según los planteamientos de Parasuraman, y que tiene peso para los distintos factores con lo que se

relacionaba la salud. Estos factores son fiabilidad, garantía, elementos tangibles, consideración e interés y es la atención indicó es empatía.

Se entiende por fiabilidad, prestar un servicio con capacidad de manera competente y cuidadosa. Para el paciente significa obtener un diagnóstico y tratamiento correcto, para el gerente, recibir informes sistemáticamente bien realizados, y para el cliente interno (profesional), es recibir su remuneración puntual y correctamente.

La garantía se traduce por la capacidad para inspirar confianza. Como elementos tangibles, se valoran en función de aspectos como el cuidado de la infraestructura, la uniformidad, el cuidado y el aseo personal de los profesionales.

La consideración de interés es la voluntad de ayuda, el servicio rápido por parte de los profesionales (Rangel, 2006). La empatía es la atención individualizada a los usuarios.

Recientemente las organizaciones se ven enfrentadas a la necesidad de mejorar continuamente para lograr competir en un mercado dinámico y cambiante, por lo cual el principal desafío de la administración de recursos humanos es lograr el mejoramiento de las organizaciones, haciéndolas más eficientes y eficaces. Es el manejo eficiente del recurso humano de la empresa, requiere de conocimientos técnicos, administrativos, conceptuales y de relaciones humanas, que permitirán una gestión adecuada del mismo, conducente a la obtención de los objetivos de la empresa y los objetivos personales de los miembros de una organización.

Es por esto que las organizaciones de salud actualmente deben observar no solamente la planificación y organización estratégica, sino además trabajar con enfoques de segmentación, selección y atracción de mercados, estudiar la mejor combinación de servicios, herramientas propias del marketing.

La responsabilidad de la gestión del talento humano la tiene cada jefe, todos los gerentes de área debe participar en procesos de reclutamiento, selección, entrevistas y capacitación.

Para mantener una fuerza laboral de calidad, las organizaciones deben trabajar arduamente para lograrlo. Para ello se hace necesario innovar en sistemas de incentivos, prestaciones, sueldos y salarios y demás métodos que satisfacen las necesidades del empleado y de esta forma el prefiera continuar colaborando con la empresa y no buscar otras opciones laborales, de esa manera se incrementa el capital intelectual de la organización.

La Administración Científica, denominada también Ciencias de Gerencia ha avanzado rápidamente en las últimas décadas, y en lo relacionado con la prestación de servicios de salud, este avance se ajusta a diferentes escuelas de pensamiento tratando de superar las complejidades y desafíos propios de la evolución del conocimiento humano, más aún si existe la necesidad de asignar eficientemente recursos siempre escasos. La consecuencia de este progreso se conforma de una contribución acumulativa de muchos antecesores que fueron desarrollando y generalizando sus obras y teorías, según Lemus. La gerencia utiliza conceptos matemáticos, estadísticos, económicos, de las ciencias del comportamiento humano, entre otros, para ayudar a alcanzar los objetivos de las organizaciones de salud. Estas, además, históricamente se han desarrollado bajo influencias de organizaciones que van desde el campo militar hasta órdenes de carácter religioso, y de distintas escuelas del pensamiento económico.

La escuela de la administración científica originalmente por Frederick Taylor, defendía una perspectiva más científica y menos empírica, apuntaba únicamente a un rendimiento máximo de los factores, especialmente el recurso humano, y el desarrollo individual en términos de eficiencia y prosperidad económica. Estos fundamentos buscaban medios para su aplicación en los patrones de producción de las empresas, especialmente manufactureras que eran las que prevalecían en ese momento histórico, la estandarización de procesos, planificación de actividades, especialmente con el objetivo de disminuir el tiempo de operación, es decir, racionalizar y sistematizar los procesos. Estos conceptos de administración prevalecieron hasta los años 20.

En esa misma época en Europa, más precisamente en Francia otra escuela surgía con la denominación de Administración General (Fayol), la misma que se

orientaba en la estructura de la organización, y esta visión estructuralista empezó a desdeñar la teoría de Taylor. Lo que se proponía básicamente era hacer una descomposición funcional de una organización: funciones técnicas, financieras, de comercialización, administrativas, y aun actualmente se encuentran como legado de esta escuela de pensamiento gerencial la costumbre de establecer un Manual de Funciones para cada una de las actividades, especialmente de jefatura o mandos medios de la organización. Otra herencia visible en nuestros días de esta escuela de gerencia son los elementos básicos de la administración: Planificar, Organizar, Dirigir y Controlar.

Hasta aquí se puede observar como deficiencia el que ambas escuelas soslayaban el lado humano de las organizaciones, por lo que no se hacía una observación de la conducta de las personas, eran consideradas únicamente como un recurso a explotar mediante una dirección autoritaria. Las consecuencias de las condiciones laborales precarias no importaban a los dueños de los medios de producción.

En los años 30 se empezaron a desarrollar fuertemente las ciencias sociales, especialmente en los Estados Unidos. Esto tuvo una influencia en las disciplinas dedicadas a la administración, se empezó el análisis profundo del aspecto humano de las empresas. Al principio se trataba de crear máquinas y herramientas para que puedan ser utilizadas de mejor manera, atendiendo a las dimensiones del cuerpo humano, se fusionaron conceptos técnicos, antropométricos, biológicos, formales, con los psicológicos y sociológicos, fue el inicio de lo que se conoce como Psicología Laboral. Pero esta conjunción de disciplinas del conocimiento no significó que se dejara de atender la búsqueda de eficiencia, al contrario, se unieron consideraciones como la fatiga del personal durante las horas de trabajo, las condiciones de las unidades productivas tales como iluminación, temperatura, humedad y se descubrió que el medio ambiente influía directamente en el rendimiento de las personas, se entendió que las organizaciones debían considerar el lado humano para ser más eficientes en la búsqueda de sus objetivos. Desde esa época se suman a la administración conceptos de relaciones humanas, de comunicación, todo esto para lograr el máximo desempeño de las empresas, un

legado de esa escuela de gerencia se puede encontrar ahora en conceptos relacionados con el Liderazgo, Técnicas de negociación para el manejo de conflictos y especialmente características relacionadas con la comunicación en las organizaciones.

Luego, en el constante avance de la ciencia nacieron teorías que trataban de racionalizar el manejo de las empresas, el objetivo era adecuar los medios a las metas, además de hacer que la estructura organizacional pueda relacionarse mejor con la sociedad, significa que se pasó de una la visión interna de la organización a una más amplia, al entorno en que se desenvuelve. Esta escuela se dio en llamar Estructuralista, y se basa en establecer una organización burocrática para garantizar la influencia de la autoridad en todos los niveles operativos de una empresa. Es en esta época en que aparecen estudios que reflexionan a cerca de los distintos tipos de autoridad, como un reflejo de la sociedad, del crecimiento del Estado y la modernización en el manejo de las instituciones públicas, era necesario profesionalizar la gestión. Esta escuela se fundamenta en normas, en la jerarquía, en procedimientos formales, normalizados, se empezó a considerar los méritos de las personas, y en procurar la especialización de los miembros de una organización. Esto causó uno de los efectos que se observan en la actualidad, y es el exceso de formalismo y de trámites, había que cumplir para todo con un camino rígido en todo el manejo de los procesos, como consecuencia adicional se observa instituciones cuyos miembros tienen una tendencia a no cambiar, es común encontrar instituciones cuyos miembros hacen las cosas de la misma manera durante mucho tiempo, siendo la excesiva normativa lo que impide que se puedan hacer las cosas mejor.

Las décadas de los 70 y 80 vieron a la luz serios trabajos que relacionaban la parte psicológica con la conducta en las empresas. Parecía que la Economía como ciencia debía considerar aspectos más allá de los cuantitativos y matemáticos para lograr una mejor explicación de los fenómenos sociales en general y en el desempeño empresarial en particular. Herbert Simon, en una de sus obras buscó la relación del comportamiento del ser humano con el proceso de toma de decisiones, y fue la base para lo que se ha denominado la Escuela del

Comportamiento. Esta escuela reprocha a sus antecesoras, en especial a la Estructuralista, por el exceso de normativa, y demuestra que es necesario tener como fundamento a las personas, estudia y propone la motivación como un eje central de la gerencia, y liderar las organizaciones.

La Teoría de Maslow estudia el comportamiento humano y explica que cuando un nivel inferior de necesidades es satisfecho, surge la motivación para satisfacer necesidades superiores. Maslow sintetiza cinco niveles de necesidades en las personas: Fisiológicas, de Seguridad, Sociales, de Ego y las de Autorrealización. Señala que solamente cuando un nivel está bien satisfecho, las necesidades de un nivel inmediatamente superior guían su comportamiento.

La gerencia debe contar entonces con que en toda organización las personas se esfuerzan más ven resueltas sus necesidades básicas, de seguridad personal y sociales, interactuando mejor entre colegas, jefes y subordinados. Este cúmulo de conclusiones está vigente y se puede comprobar realizando observaciones en cualquier dependencia en una empresa, y se puede encontrar que las necesidades de las personas y los objetivos institucionales no son divorciados, y que para las empresas resultan más eficiente potenciar el desarrollo de sus colaboradores.

La Teoría del Desarrollo Organizacional es posteriormente otro aporte de las ciencias sociales a las ciencias de gerencia, el impulso por las transformaciones sociales y los derechos humanos en la década de los 60, se sumaron a las ideas de cambio con respecto al hombre, la preocupación por el medio ambiente, y el papel que juegan las empresas. Los conceptos que aparecen apuntan a describir las empresas como responsables del daño al medio cambiante, se comienza a tratar el asunto de la Responsabilidad Social, abriendo un amplio debate sobre los límites de esta responsabilidad que desde otro punto de vista tiene un impacto alto en los costos de producción, tanto que ilustres pesadores como Milton Friedman llegan a sentenciar firmemente: “la mayor responsabilidad social de las empresas es generar utilidades”. Cambiar, revisar los paradigmas que mueven a las personas empezó a ser un enfoque de desarrollo para las empresas, y

la gerencia debía aceptarlo como desafío para lograr la supervivencia, en una sociedad en la que la información juega un rol importante: ahora las personas están más informadas, y es necesario contar con ello. La Teoría de Desarrollo Organizacional está vigente, muchos de sus principios fueron aportes de científicos sociales aplicados a la gerencia como Edgard Schein (1980), quien desde el MIT (Massachusetts Institute of Technology) en los años 80, aportó con lo que se denomina Modelo de la Cultura Organizacional, o Comportamiento Organizacional, CO que *“investiga el impacto de los individuos, grupos y estructuras sobre el comportamiento dentro de las organizaciones, con el propósito de aplicar los conocimientos adquiridos en la mejora de la eficacia de una organización”*(Robbins).

Paralelamente las ciencias de gerencia sumaron lo que se denomina el Enfoque Sistémico, vigente en la gerencia actual, nace de la Teoría General de Sistemas como una forma científica de analizar y modelar la realidad, en sus aspectos más relevantes. Un modelo es una abstracción de la realidad, una representación simplificada del mundo real.

La gerencia aplicada a los servicios de salud encuentra en este acervo de teorías científicas un soporte que sumado a la tecnología procura el desarrollo, no solamente de una organización, sino de toda la sociedad, uniendo intereses públicos y privados con el objetivo de servir a las personas, de mejorar su calidad de vida.

1.2 Contexto político, económico y social

El Ecuador es un estado constitucional, de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico el. Se organiza en forma de república y se gobierna de manera descentralizada. En 2010 reportó 14 millones 200 mil habitantes, de los cuales el 50.1% son hombres y el 49.9% son mujeres (INEC, 2010). El país se caracteriza por ser multiétnico y pluricultural, compuesto por población indígena, afro descendiente, mulata, mestiza y blanca.

Administrativamente se divide en 24 provincias, cada provincia tiene un gobernador designado por el Presidente de la República y un perfecto elegido por votación popular, y se divide en municipios, con alcaldes y concejales electos también por votación popular. Desde 1979, el gobierno de Ecuador es democrático, siguiendo la máxima autoridad sanitaria el Ministerio de Salud Pública, MSP, quien dicta las políticas de salud.

La evolución política del país en los últimos quince años se ha caracterizado por una gran inestabilidad de las instituciones y un alto grado de conflictividad social, lo que ha generado una profunda crisis de gobernabilidad. Entre 1992 y el año 2006 se han sucedido ocho gobiernos, generando problemas políticos, o violencia social, incremento de la percepción de la corrupción, inestabilidad administrativa y falta de continuidad en la gestión pública. Estos problemas afectaron la dinámica del sector salud y sus reformas. Los reiterados cambios de autoridades (nueve ministros de salud entre 2001 y 2005) y la inserción de planes y programas propios en cada administración debilitaron la autoridad sanitaria nacional, limitando el desarrollo y la sostenibilidad de procesos de cambio más coherentes.

El actual gobierno propone nuevos modelos de organización, los que esperan eliminar la fragmentación, promover la articulación funcional institucional y sectorial. El plan nacional de desarrollo incorpora dentro de una propuesta de inclusión social, objetivos y líneas estratégicas, con las políticas necesarias para alcanzarlos. Cabe destacar que, en base a la estructura actual del sistema de salud en el Ecuador, estos objetivos difícilmente serán alcanzados. En la gestión se planteaba viabilizar y al ser factible la desconcentración y descentralización, en el financiamiento mejorar el uso y la disponibilidad de los recursos económicos, además en la atención se quiere promover un modelo integral e integrado de salud con servicios que generen prestaciones de calidad, y brindadas oportunamente a través de una red de plural de servicios de salud.

A partir del 2007, inició la gestión gubernamental el actual gobierno en un contexto de estabilidad política y financiera, lo cual ha sido altamente benéfico para los sectores sociales, en especial para el sector de la salud. El mayor logro del

segundo año de gobierno ha sido tener una nueva Constitución, aprobada por mayoría el 28 de setiembre de 2008, que señalar el norte y establecer el marco de referencia dentro del cual ejercen los ecuatorianos su derechos y practican sus obligaciones cívicas. La constitución de 2008 es un marco jurídico legal para instituir el sistema nacional de inclusión y equidad social, en el que se encuentra salud, para asegurar los objetivos del régimen de desarrollo.

Los textos constitucionales de salud establecen que la misma es un derecho, señalan las características del sistema nacional de salud que funcionarán dentro de los principios de universalidad y equidad, con una república integral y bajo la rectoría de la autoridad sanitaria nacional. En este sentido, los artículos de la nueva constitución favorecen la reforma del sector, que en el país ha tomado el nombre de Transformación Sectorial de Salud del Ecuador (TSSE). Es a partir del año 2008 que el Ministerio Salud Pública revisa continuamente los planes de emergencias, provinciales y hospitalarios y se levantan los índices de seguridad en algunos hospitales de la sierra y la costa, con este índice se determina el nivel de seguridad y vulnerabilidad y se busca establecer un plan para reducción de esta última.

Debido a la crisis económica de 1999, en el año 2000 el Ecuador adoptó el dólar estadounidense como moneda oficial. Entre 2001 y 2005, la economía del país registró una tasa de crecimiento promedio de 4.9 %. El desempeño de la economía se tradujo en el incremento del producto interno bruto, PIB, per cápita, que creció 3.5 % anual en el mismo período, alcanzando \$ 2,743 en el 2005. Por otra parte, la inflación se redujo significativamente pasando de un promedio anual de 40.26 % en el 2001, a 2.28 % en el 2007. En cuanto al salario mínimo, en términos reales, registró un incremento promedio de 10 % entre los años 2001 y 2005. El desempleo también disminuyó: la tasa de desempleo urbano pasó del 10.9 % en el 2001 al 7.9 % (Condiciones de vida de los Ecuatorianos, 2006). Según el INEC, en diciembre del 2010 el salario unificado es de \$ 264 y el desempleo de la población total de 6.1 %, con una inflación anual de 3.3 %.

En el año 2004 aproximadamente el 56 % de las mujeres de 20 a 49 años de edad no realizaba trabajo remunerado, siguiendo un poco menor este porcentaje

en la sierra (51%) y en la zona insular (54%). Las mujeres representan alrededor del 40% de la población económicamente activa y sus tasas de desempleo duplican o triplican las masculinas. La segmentación del mercado laboral ubica a las mujeres en sectores específicos generalmente relacionados con su rol tradicional de cuidado o como proveedora secundaria en los sectores de menor productividad, ingresos y protección social. Como consecuencia de la crisis económica de 1999 – 2000, en el período 2001 – 2005 aproximadamente un millón de personas abandonaron el país en busca de mejores condiciones de vida y oportunidades económicas.

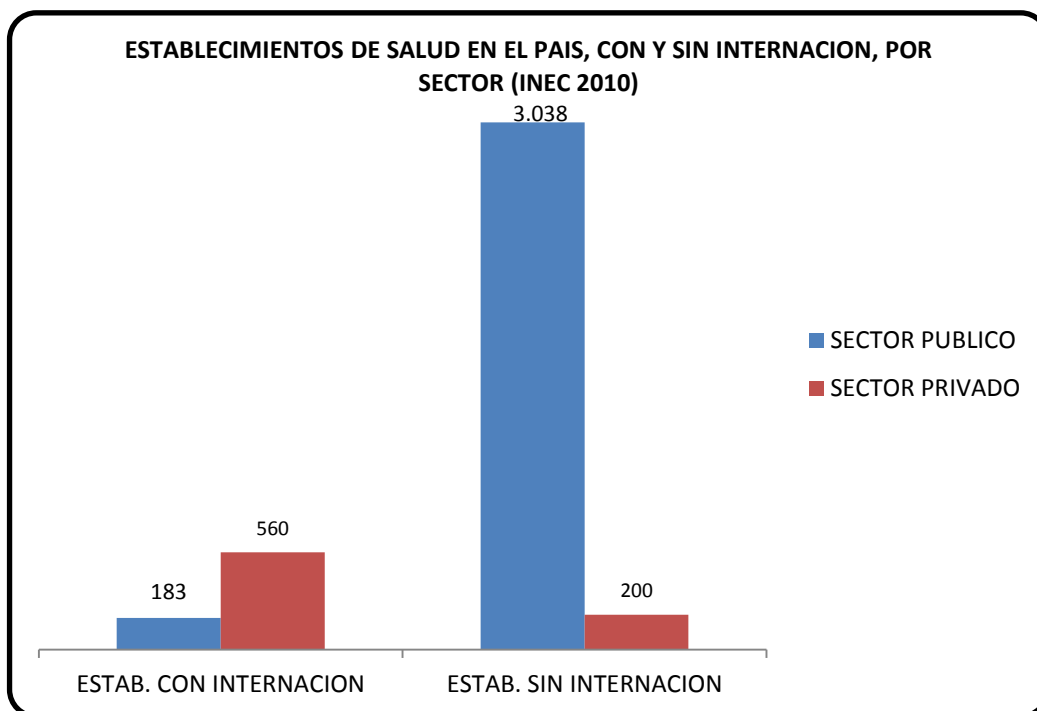
Las inequidades sociales y particularmente en salud, se han profundizado en el Ecuador debido a la grave crisis económica de los últimos años. Los principales problemas sociales que afectan la situación de salud, incluyen los altos niveles de pobreza y el aumento significativo de la indigencia. Se observa un incremento de la pobreza y la extrema pobreza en la segunda mitad de la década de los 90 (del 39% en 1995 al 52% en 1999) debido principalmente al fenómeno natural “El niño” ocurrido en 1998, a la crisis bancaria de 1999 y a la crisis financiera mundial.

En el año 2003, el 42% de las personas vivían en situación de pobreza y el 9% en pobreza extrema, mientras que en el año 2004, los porcentajes eran 52% y 14% respectivamente. Para el período 2005 – 2006, la proporción de pobreza registrada para la población rural fue del 62% y para la urbana del 25% (SIISE, 2006). En la primera mitad de esta década hubo una reducción de la pobreza y la extrema pobreza en relación a la última década del pasado siglo. Esto no se debe a transformaciones estructurales dirigidas a generar empleo y a reducir la desigualdad, sino más bien a un incremento en la inversión petrolera y a las remesas de los emigrantes. Los estudios de pobreza por consumo realizados en el país en el año 2006, demostraron que el 46% de la población no disponía de ingresos suficientes para satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, educación y salud. La tasa de pobreza por consumo al 2010 fue de 38%.

1.3 Sistemas de Servicios de Salud

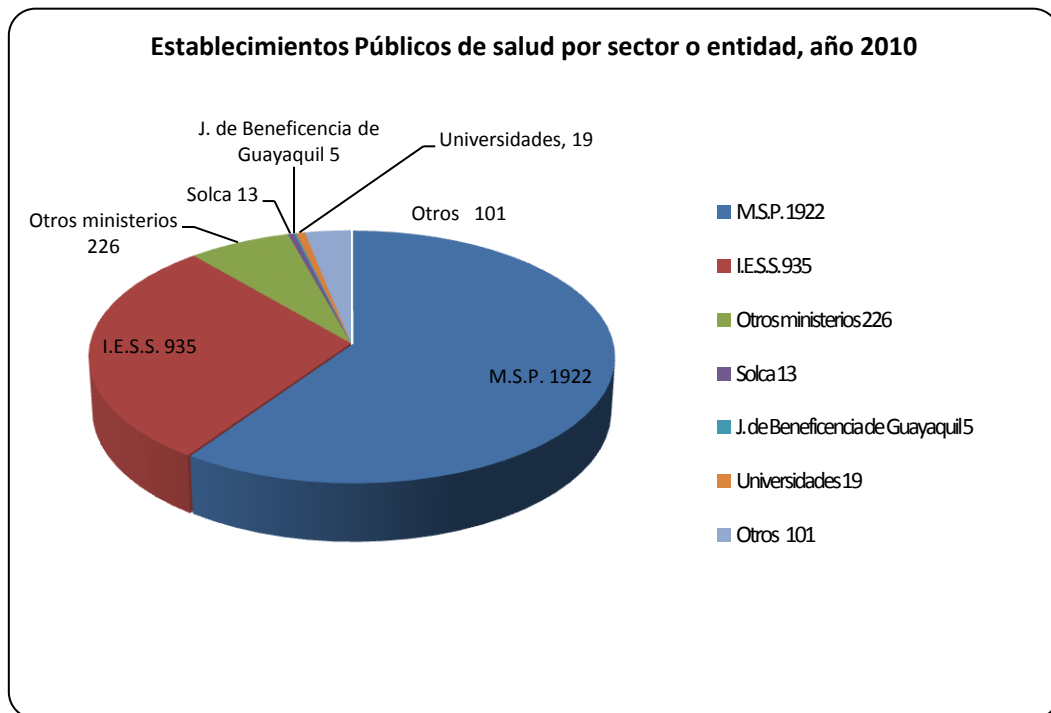
El sistema de servicios de salud en el Ecuador se caracteriza por la fragmentación y segmentación, no existiendo coordinación entre actores ni separación de funciones entre sub sistemas. Cada uno de ellos cuenta con una población adscrita o beneficiaria con acceso a servicios diferenciados. Un autor menciona que cada institución del sector salud mantiene un esquema de organización, gestión y financiamiento propio (Martínez).

En los registros del INEC del año 2010 se registraron 3981 establecimientos de salud, de los cuales 3238 sirven para servicios ambulatorios, y 743 cuentan con servicios de internamiento. Entre los que tienen facilidades de internación 560 pertenecen al sector privado y 183 al sector público, mientras que los que no cuentan con servicios de internación 3038 son públicos y 200 privados.



Esta distribución señala que la gran mayoría de establecimientos de atención básica, la de responsabilidad frente a la primera necesidad de salud, está en manos del estado.

Otra distribución relevante es la de las instituciones estatales que tienen a su cargo los establecimientos de salud, en que el Ministerio de Salud Pública registra 1922 establecimientos, el mayor y la Junta de Beneficencia, 5.



El sub sector público está conformado por los servicios del Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Instituto o de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), el Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL) y los servicios de salud de algunos municipios. La junta de beneficencia de Guayaquil (JBG), la sociedad protectora de la infancia de Guayaquil, la sociedad de lucha contra el cáncer (SOLCA) y la Cruz Roja ecuatoriana son entes privados que actúan dentro del sector público.

El MSP maneja la regulación, dirección y control del sector, y cuenta con una dirección de salud en cada provincia, y, al interior de cada una de ellas, con áreas de salud que son circunscripciones geopoblacionales, en su mayoría, incidentes con el ámbito político administrativo del cantón o municipio (MSP-CONASA; 2006). (Anexo 2, Tipología de los establecimientos de salud).

El MSP también lleva a cabo una serie de programas de promoción y protección de la salud y coordina con el ministerio de educación el desarrollo de la iniciativa de escuelas saludables.

Los servicios de salud del MSP están organizados por niveles de complejidad:

- Nivel I (complejidad baja). Puestos de salud, sub centros y centros de salud, ofrecen atención ambulatoria, promoción y fomento de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud. Todos promueven y acciones básicas de saneamiento ambiental y participación comunitaria, y los sub centros también ofrecen atención del parto, emergencias y atención odontológica.
- Nivel II (complejidad alta). Hospitales especializados y de referencia para la atención de la población local, regional y nacional, también realizan actividades de docencia de investigación en salud.

El IESS mantiene con régimen de afiliación personal, orientada básicamente a proteger a los trabajadores dependientes tanto o del sector público como del privado, el esquema de seguro social incluye prestaciones económicas y de atención médica, con la que cubre acerca del 20% de la población. El seguro social campesino afiliar a los trabajadores del área rural y su cobertura es de carácter familiar, incluye prestaciones sociales como servicios mortuorios, invalidez y vejez, así como servicios de atención médica primaria que se proyectan a la población rural del país (que representa el 37% de la población nacional), de la cual se estima cubre a 9%.

La sanidad de las fuerzas armadas y de la policía dispone de servicios ambulatorios y de hospitalización. La junta de beneficencia de Guayaquil (JBG) es una entidad autónoma de servicio social cuyo financiamiento o proviene principalmente de la Lotería Nacional y que cuenta con cuatro hospitales, dos de medicina General y dos especializados localizados en la ciudad de Guayaquil. SOLCA es una entidad sin fines de lucro, con subsidio del estado, que cubre parte

de la demanda nacional de diagnóstico y tratamiento del cáncer, cuenta con tres unidades de nivel I y nueve hospitales especializados.

Los servicios de salud municipales tienen a su cargo las direcciones de higiene para atender problemas de salud ambiental y de control sanitario, a excepción de los de Quito y Guayaquil, que incluye algunos servicios ambulatorios y hospitalarios privados.

El sector privado (que representa 15% de los establecimientos de salud del país) está integrado tanto o por entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina pre pagada), como por diversas ONG, asociaciones de servicio social y otras. Para su funcionamiento, los entes privados deben estar registrados y autorizados por el MSP. Las empresas de medicina pre pagada cubre menos de 3% de la población de los estratos de ingreso o mediano y alto.

En el campo de la salud tan sólo el 23% de los ecuatorianos gozar de un seguro médico, los dispensarios del Ministerio de Salud Pública cuentan con capacidad para atender tan sólo al 50% pero funcionalmente sólo se atiende un 30%, por lo tanto, del 100% el 20% se atiende a través de un seguro médico (IESS, ISSFA, ISSPOL), el 30% se atiende en las unidades del Ministerio de Salud Pública y el 50% de los ecuatorianos debe recurrir a servidores privados cuyo costos están casi siempre por encima de lo contemplado en sus presupuestos.

La seguridad social en el país está legalmente asignada al estado como único proveedor, a través de IESS, el ISSPOL y el ISSFA, sin embargo únicamente alrededor de la quinta parte de la población está cubierto.



Estas cifras, en miles, corresponden a las que registra el censo de población y vivienda del año 2010. Se observa claramente la cantidad de personas que no aportan a la seguridad social, constituyendo más de la mitad de la población total del país.

Indicadores de salud

Instituciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud monitorean permanentemente las actividades realizadas por todos los países, haciendo énfasis en las que resultan como insumo para el cálculo de indicadores que definen una situación de salud en aspectos específicos. Es la forma como establecer cuál es el estado de salud de la población en un momento dado, y poder realizar comparaciones, análisis de factores ya sea de mejora o no del estado de salud, y así apuntar a corregir el desempeño de las instituciones responsables de brindar servicios de salud.

Es así como nuestro país en este observatorio global, presenta indicadores como “Menores de 5 años con insuficiencia ponderal” con una ubicación que llama a un detenido análisis. De 35 países que la OMS monitorea en nuestro continente, Ecuador se ubica en el puesto 18, superado por países como Colombia, Perú, Nicaragua, El Salvador, y superando a otros como Honduras, Guatemala y Haití.

| Tabla 1. Menores de 5 años con insuficiencia ponderal (%) | |
|---|------|
| País | % |
| Chile | 0,5 |
| Estados Unidos de América | 1,3 |
| Brasil | 2,2 |
| Jamaica | 2,2 |
| Argentina | 2,3 |
| Cuba | 3,4 |
| República Dominicana | 3,4 |
| México | 3,4 |
| Venezuela (República Bolivariana de) | 3,7 |
| Nicaragua | 4,3 |
| Trinidad y Tabago | 4,4 |
| Bolivia (Estado Plurinacional de) | 4,5 |
| Belice | 4,9 |
| Colombia | 5,1 |
| Perú | 5,4 |
| Uruguay | 6 |
| El Salvador | 6,1 |
| Ecuador | 6,2 |
| Suriname | 7,5 |
| Honduras | 8,6 |
| Guyana | 10,8 |
| Guatemala | 17,7 |
| Haití | 18,9 |
| Fuente: OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2011. Elaborada por el Dr. Juan Luis Aguirre y Dra. Karol Yagual | |

Es importante observar la ubicación relativa entendiendo que el impacto en la calidad de vida de la población es negativo: para el caso de nuestro país de cada 16 niños menores de 5 años, uno sufre de insuficiencia en el peso, mientras que en Chile es uno por cada 200 niños.

Un indicador que se puede mostrar adicionalmente es el relacionado con la mortalidad infantil, en menores de 5 años, el que se define como la probabilidad de morir en niños de 5 años por cada 1000 nacidos vivos.

| Tabla 2. Tasa de mortalidad de menores de 5 años | |
|---|------|
| Probabilidad de morir antes de cumplir 5 años por cada 1000 nacidos vivos | |
| País | Tasa |
| Canadá | 6 |
| Cuba | 6 |
| Chile | 8 |
| Estados Unidos de América | 8 |
| Dominica | 10 |
| Barbados | 11 |
| Costa Rica | 11 |
| Antigua y Barbuda | 12 |
| Bahamas | 12 |
| San Vicente y las Granadinas | 12 |
| Uruguay | 13 |
| Granada | 14 |
| Argentina | 15 |
| Saint Kitts y Nevis | 15 |
| El Salvador | 17 |
| México | 17 |
| Venezuela (República Bolivariana de) | 17 |
| Belice | 18 |
| Colombia | 19 |
| Santa Lucía | 20 |
| Brasil | 21 |
| Perú | 21 |
| Panamá | 23 |
| Paraguay | 23 |
| Ecuador | 24 |
| Nicaragua | 26 |
| Suriname | 26 |
| Honduras | 30 |
| Jamaica | 31 |
| República Dominicana | 32 |
| Guyana | 35 |
| Trinidad y Tabago | 35 |
| Guatemala | 40 |
| Bolivia (Estado Plurinacional de) | 51 |
| Haití | 87 |

Fuente: OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2011. Elaborada por el Dr. Juan Luis Aguirre y Dra. Karol Yagual

El promedio de la región se ubica entre 18 y 19, Ecuador está muy arriba, con 24, que comparativamente hablando supera a países como Nicaragua, Bolivia, Haití, siendo superados por Costa Rica, Perú, Colombia, y reflejando realidades como que en nuestro país es tres veces más probable que en Chile que un niño muera antes de cumplir 5 años.

La razón de mortalidad materna en nuestro país tampoco muestra un panorama muy halagador, la OMS elabora este indicador relacionando el número de muertas (al momento del parto o cesárea) de madres por cada 100 mil nacidos vivos.

| Tabla 3. Razón de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos | |
|--|-------|
| País | Razón |
| Canadá | 12 |
| Estados Unidos de América | 24 |
| Chile | 26 |
| Uruguay | 27 |
| Costa Rica | 44 |
| Bahamas | 49 |
| Cuba | 53 |
| Trinidad y Tabago | 55 |
| Brasil | 58 |
| Barbados | 64 |
| Venezuela (República Bolivariana de) | 68 |
| Argentina | 70 |
| Panamá | 71 |
| Colombia | 85 |
| México | 85 |
| Jamaica | 89 |
| Belice | 94 |
| Paraguay | 95 |
| Perú | 98 |
| República Dominicana | 100 |
| Nicaragua | 100 |
| Suriname | 100 |
| El Salvador | 110 |
| Guatemala | 110 |
| Honduras | 110 |
| Ecuador | 140 |
| Bolivia (Estado Plurinacional de) | 180 |
| Guyana | 270 |
| Haití | 300 |

Fuente: OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2011.
Elaborada por el Dr. Juan Luis Aguirre y Dra. Karol Yagual

El promedio de la región es 66, nuestro país supera ese promedio en 2.12 veces, relacionándolo nuevamente con Chile, Ecuador tiene una cifra 5.38 veces mayor. Supera a Bolivia, y es superado por todo el resto de países de Sudamérica.

Un problema de salud muy sensible en nuestra sociedad es el embarazo precoz en la población adolescente, las cifras indican que es necesario apuntar a

disminuir rápidamente el número de casos de maternidad temprana en el grupo de edad de los 15 a 19 años, debido a que se limita el desarrollo personal especialmente en las mujeres, que deben dejar de estudiar, buscar medios precarios para sobrevivir económicamente y en definitiva perder oportunidades de crecimiento individual.

Tabla 4. Tasa de fecundidad de las adolescentes por cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años

| País | Tasa |
|--------------------------------------|------|
| Canadá | 14 |
| Trinidad y Tabago | 33 |
| Estados Unidos de América | 41 |
| Bahamas | 44 |
| Cuba | 44 |
| Dominica | 47 |
| Santa Lucía | 50 |
| Chile | 51 |
| Barbados | 53 |
| Granada | 54 |
| Brasil | 56 |
| Perú | 59 |
| Antigua y Barbuda | 60 |
| Jamaica | 60 |
| Uruguay | 60 |
| Argentina | 65 |
| Paraguay | 65 |
| Saint Kitts y Nevis | 66 |
| Suriname | 66 |
| El Salvador | 68 |
| Costa Rica | 69 |
| Haití | 69 |
| San Vicente y las Granadinas | 72 |
| Panamá | 83 |
| Bolivia (Estado Plurinacional de) | 89 |
| Guyana | 90 |
| México | 90 |
| Ecuador | 92 |
| Guatemala | 92 |
| Belice | 96 |
| Colombia | 96 |
| República Dominicana | 98 |
| Venezuela (República Bolivariana de) | 101 |
| Honduras | 108 |
| Nicaragua | 109 |

Fuente: OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2011.
Elaborada por el Dr. Juan Luis Aguirre y Dra. Karol Yagual

El promedio en la región se ubica entre 60 y 65, Ecuador presenta una tasa de 92, igual que Guatemala, y un poco menor que Colombia, que tiene 96.

Un indicador que muestra el Ecuador ubicándolo con buena posición es la esperanza de vida al nacer: a nivel mundial es de 68 años, en el continente americano es de 76, y en nuestro país es de 75, cifras que se refieren a personas en general, de ambos sexos, mostradas en las Estadísticas Sanitarias Mundiales del año 2012.

1.4 La Reforma de salud

No ha existido en el país un proceso real de reforma del sector salud relacionado con cambios profundos y sostenidos en la estructura del sector, pese a las múltiples iniciativas surgidas en el período 1995 – 2005, y cuyos enfoques fluctuaron desde el aseguramiento, el marco legal y la aplicación parcial o focalizada, programas para la extensión de la cobertura, nuevos modelos de atención de salud con enfoque familiar y comunitaria, en base a la atención primaria. También se intentó desarrollar un programa de aseguramiento universal. El consejo nacional de salud, CONASA, se consolidó en el año 2002 como el artífice para la generación de la política nacional de salud en base a la promulgación de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, LOSNS.

Los artículos de la nueva constitución del 2008 favorecen la reforma del sector, que en el país ha tomado el nombre de transformación sectorial de salud del Ecuador, TSSE, proceso está orientado a garantizar la equidad y el acceso universal, progresivo y gratuito a servicios públicos de salud de calidad a toda la población, a través del establecimiento de una red de prestadores públicos, promoviendo un modelo de atención integral que priorice la promoción, prevención y atención primaria, evitando la duplicación de actividades entre los principales prestadores y garantizando la eficiencia del sistema (Velasco, 2009). Está sustentada en el desarrollo de los siguientes ejes:

1. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria nacional
2. Administración y gestión del sistema nacional de salud

3. República de servicios de salud y modelo de atención
4. Financiamiento del sistema nacional de salud
5. Control y monitoreo del sistema nacional de salud
6. Sistema de gestión de información de salud
7. Participación ciudadana y control social

El modelo de atención integral, familiar y comunitaria permite además enfocar con una visión pluricultural las aspiraciones y necesidades de los diferentes grupos sociales que habitan en el país, extendiendo la cobertura y cubriendo las necesidades de salud de la población más vulnerable desde un enfoque de solidaridad (Varighan, 1997).

1.5 Situación actual de la salud en el cantón Durán

Ubicado frente a la ciudad de Guayaquil, a orillas del río Guayas, se encuentra el cantón Durán, su cabecera cantonal se llama General Eloy Alfaro. Se encuentra a una altura de 11 m.s.n.m., su temperatura promedio es de 25°C.

El cantón Durán cuenta con una población de 202 mil habitantes, tiene una superficie territorial de alrededor de 160 Km², y una densidad poblacional de 1234 habitantes/Km². La población menor de cinco años corresponde a 20000 habitantes y la población mayor de quince años es de ciento 144 mil habitantes, de los cuales, en los dispensarios del Ministerio de Salud Pública en el año 2010 se atendieron 42 mil.

Las enfermedades más frecuentes en Durán para el año 2010 fueron:

1. IRA. Infección respiratoria aguda
2. Faringo amigdalitis aguda
3. EDA enfermedad diarreica aguda
4. Hipertensión arterial

5. Parasitosis intestinal
6. Diabetes mellitus
7. Vaginitis
8. Síndrome gripal
9. Infección de vías urinarias
10. Dermatitis

El área de salud 17 (a la que pertenece Durán) cuenta con nueve unidades operativas para la atención de los pacientes de su área de influencia, la mayoría son sub centros y centros de salud que atienden en jornadas de ocho horas diarias. Además cuentan con un Centro Materno-Infantil (CMI) que ofrece atención primaria de salud así como atención de partos normales; éste CMI no cuenta con un área de quirófanos que permita realizar intervenciones quirúrgicas como una cesárea segmentaria, lo que hace necesario que toda mujer con un embarazo buen trabajo de parto de alto riesgo deba ser trasladada a la ciudad de Guayaquil. Esta deficiencia de un área quirúrgica General gastos y crea incertidumbre tanto en los usuarios como ven los profesionales que prestan sus servicios en esta unidad, es evidente una baja cobertura de atención en determinadas áreas.

Ante tal situación, en el cantón Durán ciertas fundaciones e instituciones como la iglesia católica, han creado dispensarios médicos donde se ofrecen servicios de salud a muy bajo precios y en ciertas ocasiones de forma gratuita. Tal gestión sin fines de lucro, trata de mejorar un poco la accesibilidad a servicios de salud, para así mejorar las condiciones de vida de los habitantes de esta ciudad.

La Cooperativa Derecho de los Pobres, está ubicada en una zona urbano marginal, en esta cooperativa habitan cerca de 100 familias, en el sector no existen redes de distribución de agua potable, ni tampoco servicio de alcantarillado, la calles son de tierra y el transporte urbano tiene frecuencias de cada quince minutos, solamente hasta las ocho p.m.

La población de la cooperativa está conformada por personas de bajos recursos económicos, el nivel de instrucción de los moradores es, en su mayoría, primaria y en pocas ocasiones secundaria, actualmente hay un grupo pequeño de jóvenes que ha optado por la educación superior.

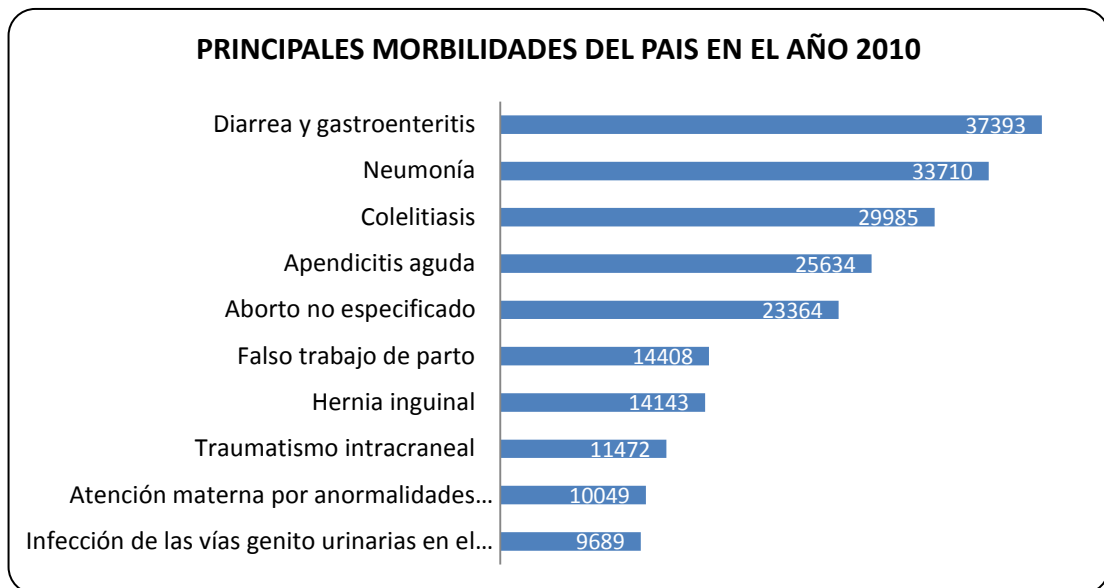
Usualmente los hogares están conformados por alrededor de cinco o más personas, en donde el Padre se dedica a trabajos artesanales, informales o eventuales, con un ingreso promedio de \$400 al mes. La mayoría de las madres son beneficiarias del Bono de Desarrollo Humano (BDH) y se dedican a tareas domésticas y a la crianza de los hijos. Por otra parte, en el sector se ha observado un importante número de madres adolescentes.

En el sector se ha detectado un alto número de casos de problemas respiratorios, que se refleja en el índice de servicios de terapia respiratoria que demandan los usuarios del DMSF.

Las principales morbilidades que registró el INEC en el 2010 a nivel de todo el país, son las siguientes:

| <i>Tabla 5. Diez principales morbilidades del país en el año 2010</i> | | |
|---|----------|----------|
| MORBILIDAD | CANTIDAD | TASA (*) |
| Diarrea y gastroenteritis | 37.393 | 26.3 |
| Neumonía | 33.710 | 23.7 |
| Colelitiasis | 29.985 | 21.1 |
| Apendicitis aguda | 25.634 | 18.0 |
| Aborto no especificado | 23.364 | 16.4 |
| Falso trabajo de parto | 14.408 | 10.1 |
| Hernia inguinal | 14.143 | 10.0 |
| Traumatismo intracraneal | 11.472 | 8.1 |
| Atención materna por anomalías conocidas o presuntas de los órganos pelvianos de la madre | 10.049 | 7.1 |
| Infección de las vías genito urinarias en el embarazo | 9.689 | 6.8 |
| Tasa (*) por 10 mil habitantes | | |
| Fuente INEC, 2010, elaboración Dr. Juan Luis Aguirre y Dra. Karol Yagual | | |

Gráficamente estas cifras muestran claramente una prevalencia mayúscula de las enfermedades de tipo infecciosas:



Un grave problema constituyen las Infecciones de transmisión sexual ITS, son el principal factor que facilita la transmisión sexual del VIH, y del virus de papiloma humano VPH, enfermedades a la que la población en general está expuesta, sin embargo los jóvenes corren un riesgo especialmente alto de contraerlas. Por el lado de la oferta de servicios de salud se debe apuntar que el único hospital público es el del IESS, que brinda servicios a los afiliados al seguro social. Solamente este cuadro indica sobre la necesidad de ofrecer servicios de salud, es por esto que la mayoría de casos cuando se trata de mediano nivel de complejidad, los pacientes deben ser llevados a Guayaquil.

En lo relacionado con servicios ambulatorios, el panorama tampoco es mucho mejor para la población, el Ministerio de Salud Pública tiene siete unidades de atención primaria con horarios de atención de 8 de la mañana a 4 de la tarde, y un centro materno infantil que atiende 24 horas, con una mayor capacidad de resolución, cuenta con laboratorio clínico, ecografías, farmacia, a más de las consultas médicas, especialmente general y ginecológica. Este centro materno infantil atiende alrededor de 200 consultas diarias. Los servicios son gratuitos, y proveen de medicinas a los pacientes que así lo requieren.

CAPITULO 2

SERVICIOS DE SALUD EN EL DISPENSARIO MÉDICO SAN FRANCISCO

2.1 Reseña histórica del Dispensario

En 1997, gracias a la acción de miembros de la cooperativa, ayuda de voluntarios nacionales y extranjeros, y al apoyo económico de la Iglesia Católica se pudo construir una casa comunal llamada “San Francisco”, este lugar se creó con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los moradores del sector, mediante la realización de varias actividades como: celebración de la Santa Misa, catequesis para niños y adultos, reuniones de la directiva de la comunidad, charlas educativas, cursos prácticos y reuniones sociales.

Basados en un sondeo realizado entre los moradores del sector, se llegó a la conclusión de que existían dos necesidades importantes en la Cooperativa Derecho de los Pobres, la primera era la implementación de una guardería para el cuidado integral de la gran cantidad de niños del sector, y la segunda la creación de un dispensario médico que se encargaría de atender los problemas de salud de la comunidad. Al final se optó por la creación de un dispensario médico para beneficio de la población del sector.

En el mes de febrero del año 2001, el párroco del sector contactó con un médico general para que asista de manera regular a ofrecer atención primaria de salud. Durante 3 meses se realizó una visita cada 7 días (los días sábados) con un horario de atención a pacientes desde las 8 de la mañana hasta la 1 de la tarde. Gracias a la activa participación de muchas personal, se aprovechó el entusiasmo y receptividad para dictar charlas de medicina preventiva, debido a la alta incidencia de enfermedades respiratorias y digestivas que había en el sector. El número de pacientes fue creciendo de manera sostenida y eso motivó a que se

propusiera el incremento del número de visitas por semana, a partir de junio del mismo año, las visitas del médico a la comunidad se establecieron con una frecuencia de 3 veces por semana. Como resultado de este aumento en el número de visitas, la atención que se ofrecía requirió contar con otros servicios complementarios, tales como toma de muestra para la realización de exámenes de laboratorio clínico, atención de un pequeño botiquín, atención ginecológica y servicio de terapia respiratoria (nebulizaciones).

Hasta el año 2002 se contó con el apoyo de la Iglesia católica y la Fundación “Rostro de Cristo”, a partir del año 2003 hasta la actualidad la Fundación “Physicians for Humanity” (PFH), cuya sede principal está en McMurray en Pennsylvania, U.S.A, es quien brinda apoyo económico e institucional al desarrollo de las actividades del Dispensario Médico San Francisco (DMSF).

2.2 Estructura Organizacional

Una de las responsabilidades administrativas es la de diseñar la organización, que incluye la definición de las tareas que se van a desarrollar, quien debe realizarlas, cómo deben agruparse, a quienes se supervisará y en que lugar se van a desarrollar las actividades. La estructura establece relaciones formales entre los miembros de la organización, habilita canales de comunicación y ayuda a controlar el comportamiento entre los miembros de la empresa.

El Dispensario Médico San Francisco es una unidad de salud donde se brindan servicios de atención primaria (APS), como lo clasifica el autor Barkin (2004). Su organización actual es similar a la de un Sub centro de salud del Ministerio de Salud Pública. En el dispensario colaboran cuatro personas. Un resumen de las actividades principales de cada colaborador se muestra a continuación, en las que el símbolo de las actividades es el siguiente:

| | | |
|------------------|------------------|----------------|
| (CV) Cada Visita | (M) Mensuales | (A) Anuales |
| (P) Periódicas | (T) Trimestrales | (E) Eventuales |
| (S) Semanales | (SM) Semestrales | (O) Ocasional |

El director del dispensario, se encarga de realizar las gestiones administrativas, es responsable de la formulación de proyectos de salud, de planear, desarrollar y supervisar las actividades de los extranjeros que visitan de manera periódica el dispensario; debe representar al dispensario ante las instituciones con las cuales se mantienen lazos de amistad y es a su vez médico tratante encargado de ofrecer las consultas.

| <i>Tabla6. Actividades del Médico / Director</i> | |
|---|-------------------|
| Actividades | Frecuencia |
| Ofrecer consulta médica general | CV |
| Brindar charlas de salud preventiva | O |
| Elaborar reportes consolidados de producción | SM |
| Gestionar visitas de voluntarios extranjeros | P |
| Coordina y supervisa actividades de voluntarios extranjeros | P |
| Designa y supervisa familias anfitrionas para voluntarios extranjeros | P |
| Trabaja con los voluntarios extranjeros en brindar consultas | P |
| Lidera, coordina y supervisa actividades de los colaboradores del dispensario | CV |
| Realiza reportes estadísticos | SM |
| Gestiona convenios de colaboración con organismos pertinentes | O |
| Supervisa a: Personal del dispensario médico | |
| Supervisado por: Director de Fundación Physicians for Humanity | |

La Obstetra, acude únicamente los días sábados, es responsable del dispensario cuando no se encuentra el director, tiene la responsabilidad de la atención obstétrica y el desarrollo de charlas educativas.

| <i>Tabla 7. Actividades de la Obstetra</i> | |
|---|-------------------|
| Actividades | Frecuencia |
| Ofrecer consulta obstétrica | CV |
| Brindar charlas de salud preventiva | O |
| Elaborar reportes consolidados de producción | SM |
| Colabora y supervisa actividades de voluntarios extranjeros | P |
| Supervisa y colabora con los asistentes de estadística y del Botiquín | CV |
| Trabaja con los voluntarios extranjeros en brindar consultas | P |
| Realiza reportes estadísticos | SM |
| Supervisa a: Asistentes del Dispensario Médico | |
| Supervisado por: Director del Dispensario Médico | |

Encargado del Botiquín, a más de dispensar medicamentos y mantener el cuidado del stock, que incluye vender primero los medicamentos más próximos a caducarse, colabora con la toma de muestras para los exámenes de laboratorio clínico.

| <i>Tabla 8. Actividades del Asistente del Botiquín y Laboratorio</i> | |
|---|-------------------|
| Actividades | Frecuencia |
| Dispensa medicinas a los pacientes en general | CV |
| Brindar charlas de salud preventiva | O |
| Elaborar reportes consolidados de producción | SM |
| Colabora con actividades de voluntarios extranjeros | P |
| Trabaja con los voluntarios extranjeros en brindar atención | P |
| Toma muestras para análisis clínicos de los pacientes | CV |
| Realiza reportes de ingresos y egresos de medicamentos | S |
| Realiza el cobro de venta de medicinas a los pacientes | CV |
| Realiza reportes de ingresos y egresos económicos por la venta de medicinas | S |
| Entrega muestras y recibe informes de resultados de exámenes de los pacientes | CV |
| Supervisa a: Usuarios del Dispensario Médico | |
| Supervisado por: Director del Dispensario Médico | |

Encargado de Estadística y preparación de pacientes, realiza además el cobro de las consultas que se ofrecen en el dispensario, registra el número de consultas de forma manual.

| <i>Tabla 9. Actividades del Asistente de Estadística</i> | |
|---|-------------------|
| Actividades | Frecuencia |
| Prepara la atención a los pacientes en general | CV |
| Brindar charlas de salud preventiva | O |
| Elaborar reportes consolidados de producción | M |
| Colabora con actividades de voluntarios extranjeros | P |
| Archiva, organiza y custodia las Historias clínicas de los pacientes | CV |
| Trabaja con los voluntarios extranjeros en brindar consultas | P |
| Realiza reportes de ingresos y egresos económicos por las actividades del dispensario | S |
| Realiza el cobro de los valores correspondientes a las actividades del dispensario | CV |
| Supervisa a: Usuarios del Dispensario Médico | |
| Supervisado por: Director y Obstetra del Dispensario Médico | |

Voluntario. Es la persona que brinda asistencia en todas las áreas, como soporte básico de información a los pacientes y de comunicación entre los servidores del dispensario.

| Tabla 10. Actividades del Voluntario | |
|---|-------------------|
| Actividades | Frecuencia |
| Asiste en las atenciones a los usuarios | CV |
| Brindar charlas de salud preventiva | O |
| Coopera con las actividades de los colaboradores del dispensario | P |
| Trabaja con los colaboradores del dispensarios en las actividades comunitarias | CV |
| Elabora actividades deportivas o educativas con los niños del área de influencia | E |
| Realiza actividades relacionadas con servicios de salud con las instituciones que tienen acuerdo con el dispensario | P |
| Supervisa a: Usuarios del Dispensario Médico | |
| Supervisado por: Director y colaboradores del Dispensario | |

Todos los colaboradores responden por el buen desempeño de sus áreas y por el correcto uso de los recursos a su cargo, muestran compromiso con la institución y expresan deseo de mejorar el dispensario médico.

El organigrama actual del Dispensario Médico San Francisco se muestra en la Figura 1:

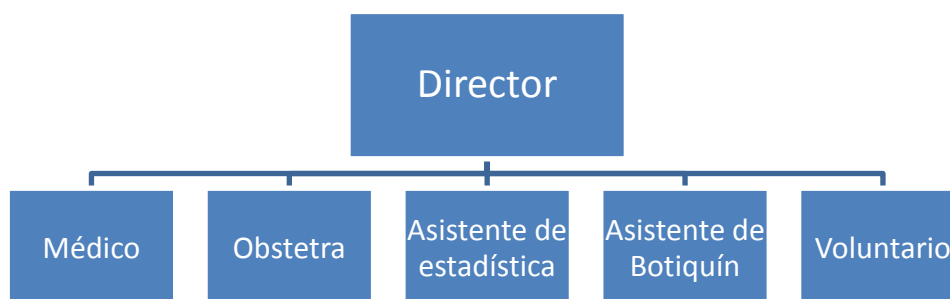


Figura 1: Organigrama del Dispensario Médico San Francisco

El dispensario es una institución pequeña, tanto por el número de colaboradores como por el número de actividades que realiza y el volumen de ingresos que genera. Siendo una organización poco compleja, se observa una figura que representa una división por servicio, de jerarquía simple en la que el director debe supervisar al resto de colaboradores, y medir el desempeño de cada uno. Este tipo de estructuras generalmente es débil en cuanto al aprovechamiento de recursos, pero en cambio es de fácil adaptación para el personal, además de que es excelente para asignar responsabilidades.

2.3 Infraestructura

El edificio donde funciona el dispensario médico, es una construcción de cemento asentada en un terreno de 150 m² que fue construida con la ayuda de albañiles del sector, se la realizó sin estudios formales de ingeniería o arquitectura para su diseño, tiene dos pisos donde se han distribuido las siguientes áreas:

- Planta baja: tres cubículos que funcionan como consultorios (medicina general y pediatría; gineco obstetricia y odontología). Un ambiente de estadística y preparación, un área de usos múltiples (sala de espera, de lectura, de charlas, oficina de farmacia, baño para pacientes, área de cocina.
- Planta alta: área de reuniones y eventos, baño, altar para la imagen de la Virgen del Cisne.

La casa comunal “San Francisco”, sitio donde funciona el Dispensario Médico, no presenta un diseño adecuado para las actividades que en ella se realizan debido a la falta de estudios profesionales para su construcción. En el año 2010 se logró contar con la ayuda de la Fundación “Rotary Club” Guayaquil Occidente y se restauró la distribución de los ambientes con lo que se mejoró la funcionalidad del dispensario. En ese mismo año el Municipio de Durán realizó una obra de relleno de calles que dejó el edificio con una diferencia de 60 cm por debajo del nivel de la calzada, lo que produjo un cambio radical en la zona de ingreso a la casa comunal.

En el dispensario, al igual que en toda la cooperativa Derecho de los Pobres, no existe el servicio de agua potable por tuberías, el abastecimiento de agua se hace por medio de tanqueros de manera que el agua con que se cuenta no es agua segura, no hay servicio de alcantarillado, los baños drenan su contenido a un pozo séptico, no hay servicio de telefonía convencional y no hay una buena ventilación, ni facilidades para el ingreso apropiado de luz natural.

2.4 Servicios de Salud

El principal servicio que se ofrece a la comunidad es la atención, prevención, promoción y fomento de la salud. Las consultas médicas se brindan los días lunes, miércoles y viernes de 9 am a 1 pm; las consultas obstétricas los días sábados de 8 am a 1 pm.

De manera complementaria se ofertan los servicios de botiquín, terapia respiratoria y toma de muestras para exámenes de laboratorio, estos servicios se brindan de lunes a sábado, de 8 am a 1 pm.

Preparación de pacientes: una vez que ha llegado al dispensario, el paciente es atendido por la asistente de estadística y preparación, si es la primera visita se crea un expediente clínico nuevo al cual se le asigna un número (actualmente hay más de 2 mil historias clínicas). Para la creación de una nueva historia clínica se realiza un pequeño interrogatorio donde se obtienen datos de filiación del paciente, tales como nombres y apellidos completos, fecha y lugar de nacimiento, dirección actual, nombre del representante en el caso de menores de edad. Si el paciente que acude es por una visita subsecuente, que ya tiene historia clínica, se busca su expediente según el número que ha sido asignado en su primera visita, cada paciente tiene número diferente según el orden en que se van creando los expedientes, existe un libro donde se registran los números de las historias clínicas con los nombres correspondientes. Una vez creada la carpeta o localizado el expediente se procede a la toma y registro de los parámetros antropométricos y de los signos vitales del paciente. Se anota el nombre del paciente y la historia clínica en el parte diario de consultas, se cobra el servicio

(\$1 por consulta) y habiendo cumplido con estos pasos el paciente pasa a la sala de espera hasta que sea llamado a consulta.

Consulta médica u obstétrica: el médico o la obstetra reciben las historias clínicas o carpetas de los pacientes que serán atendidos en esa visita, se sigue el orden de llegada de los pacientes al dispensario, sin embargo, se da preferencia a casos especiales o a situaciones de emergencia; el paciente ingresa al consultorio y es recibido por el profesional, se realiza el interrogatorio pertinente relacionado con el motivo de la consulta, la evolución de la enfermedad y otros datos de interés; luego se procede al examen físico; posteriormente se explican los hallazgos y posibles causas de la enfermedad, se emite el diagnóstico probable o definitivo; se recomiendan exámenes de laboratorio y/o de imágenes según sea necesario; se prescriben las medicinas recomendadas en un recetario y se explican las indicaciones de la medicina que se empleará así como la manera en que deberán ser administradas; se agenda una cita subsiguiente según el caso amerite.

Toma de muestras para laboratorio clínico: el paciente a quien previamente en una consulta se le ha emitido una orden de realización de exámenes de laboratorio clínico asiste al área de toma de muestras; en esta área entrega las muestras de orina y/o heces y se le extrae una muestra de sangre o se obtiene algún otro tipo de muestra según la naturaleza del o los exámenes que se han solicitado. El paciente realiza el pago del 100% del total del costo de los exámenes según un tarifario ya establecido. La toma de muestras se realiza desde las 8 hasta las 12 horas. A las 12 horas se llevan al laboratorio clínico, con el que el DMSF tiene un acuerdo, las muestras recibidas durante la mañana para que sean procesadas y al día siguiente se retiran los informes impresos de los resultados. Los resultados que se entregan a los pacientes tienen la firma de respaldo de la química farmacéutica responsable del laboratorio clínico.

Terapias respiratorias: los pacientes que necesitan realizarse nebulizaciones acuden al área de preparación, donde el asistente de estadística (que también colabora preparando las nebulizaciones) para recibir el servicio según las indicaciones del médico que ha recomendado. No se brinda el servicio si este no ha sido recetado por un médico, y presente una receta actualizada en la

que conste la medicación y la frecuencia con que deben hacerse las nebulizaciones.

Atención de Botiquín: después de la consulta, quienes lo estimen adecuado, pueden acercarse al botiquín donde se cuenta con una pequeña cantidad de medicinas que está a disposición de ser adquirida por los pacientes; esta área no cuenta con una gran variedad de medicamentos y más bien ayuda para ciertas situaciones de emergencia.

2.5 Convenios con el Ministerio de Salud Pública

El área de salud 17 es la encargada de ofertar servicios de salud al cantón Durán; quien ejerce el cargo de Jefe de Área de Salud es quien representa al Ministerio de Salud en su área de influencia.

Desde el año 2003 se ha establecido acuerdos de colaboración permanente entre el DMSF y el área de salud 17; tales acuerdos implican el uso de las instalaciones de la casa comunal “San Francisco” para el desarrollo de campañas de vacunación humana y de animales; campañas de detección oportuna de cáncer de cérvix uterino; campañas de desparasitación intestinal; charlas de salud preventiva y otras actividades llevadas a cabo por el personal de salud del MSP.

Como contraparte el área de salud 17 permite que los voluntarios extranjeros que asisten al DMSF participen de las actividades médicas que se realizan en sus unidades operativas. De manera periódica se envían oficios que formalizan las actividades que los voluntarios del DMSF realizan en conjunto con el personal del MSP; tal interacción resulta una experiencia muy agradable para ambas partes.

2.6 Rol de la Iglesia

La Iglesia Católica, representada por el sacerdote designado responsable del sector que corresponde a la Parroquia “San Gabriel Arcángel”, permite el uso de la casa comunal “San Francisco”, que es de su propiedad, para el desarrollo de las actividades del dispensario médico; al principio la Iglesia era quien se encargaba

de financiar el pago al médico que ofrecía los servicios, actualmente la responsabilidad fue delegada a la fundación “Physicians for Humanity”, PFH, mientras que los otros gastos operativos se financian mediante la autogestión.

Cada quince días se realiza la Santa Misa en el área destinada a la sala de espera de la casa comunal; para esto se adecua un altar que permite realizar este tipo de actividades.

2.7 Actividades de los voluntarios de Physician for Humanity.

Desde el año 2003 se reciben de forma periódica las visitas de médicos y jóvenes estudiantes de medicina norteamericanos quienes cumplen actividades de voluntariado; las visitas tienen una duración de 4 semanas; en ese tiempo los voluntarios realizan diversas actividades en distintos ámbitos de la salud en Durán, y en algunas instituciones relacionadas con servicios de salud en Guayaquil.

Para ser aceptados como voluntarios, los aspirantes hacen una aplicación en los Estados Unidos de Norteamérica; son evaluados por el director de la fundación “Physician for Humanity” o quien él delegue; tienen una entrevista personal con el comité central de la fundación, quienes les comunican si su aplicación ha sido aceptada o no. Los aspirantes aceptados reciben una inducción por parte de voluntarios que ya han visitado el Ecuador, a través de este programa, y además se los capacita con un curso básico de español.

Antes de su viaje al Ecuador, los voluntarios escogidos realizan diversas actividades para recolectar fondos que les permitan financiar su viaje y colaborar económicamente con la fundación para el sostenimiento de sus actividades.

Durante su estancia en el país, los voluntarios deben cumplir con una agenda que es programada por el Director del DMSF y ha sido aprobada por el Director de la fundación PFH; viven en casa de una familia ecuatoriana en la cooperativa “Derecho de los pobres” que es el sitio donde se encuentra ubicado el dispensario. Cumplen sus actividades de lunes a viernes y tienen libres los fines de semana para dedicarlos al descanso o al turismo.

Dentro de las actividades que los voluntarios realizan están:

- Asistir a las consultas médicas que brindan los médicos tratantes de las instituciones con las que se tiene acuerdos.
- Asistir a las actividades de fomento y promoción de la salud que se realizan en los lugares a donde van a prestar su colaboración.
- Realizar visitas domiciliarias a los pacientes de programas especiales de los centros o sub centros de salud con los que existen acuerdos de colaboración.
- Brindar charlas de salud preventiva dirigidas a los pacientes y acompañantes que asisten a las instituciones que visitan.
- Realizar el paso de visita de los pacientes ingresados de los hospitales con los que se tiene acuerdos de colaboración.
- Acompañar a una guardia al médico rural del Centro Materno Infantil “Oramas Gonzales” de Durán.
- Realizar al menos una actividad educativa o deportiva con los niños del sector donde viven en Durán.

Gracias a la colaboración económica de los voluntarios y a las gestiones que realizan los miembros de la fundación PFH se financia el pago del médico y la obstetra que asisten a dar consultas al DM “San Francisco”.

2.8 Aspectos Financieros

La información disponible indica que en el último año los costos los distribuyen de una manera simple, en los siguientes rubros: costos de personal, gastos indirectos y otros gastos. Son cifras menores que no son registradas con rigor, no existe contabilidad, pero si presentan información condensada de los ingresos y egresos a la fundación PFH. El resumen de los costos del último año, se muestra en la Tabla 11.

| <i>Tabla 11. Costos registrados en el año 2011</i> | | | |
|--|----------------|--------------|----------|
| RUBRO | MENSUAL | ANUAL | % |
| Costos de Personal | \$ 900.00 | \$ 10.800.00 | 95.2% |
| Costos Operativos | \$ 20.00 | \$ 240.00 | 2.1% |
| Costos de Materiales e Insumos | \$ 13.00 | \$ 156.00 | 1.4% |
| Otros Gastos de atención | \$ 13.00 | \$ 156.00 | 1.3% |
| TOTAL | \$ 946.00 | 11.349.00 | 100% |

La estructura de costos dice que más del 95% se relaciona con personal, lo que es característica de un servicio primario, en el que no se suman otros factores de producción que agreguen valor al servicio brindado. Esto es indicativo de que el desarrollo del dispensario médico tiene que apuntar a una estructura distinta, que refleje un mayor nivel de otros elementos como medicinas e insumos que aporten a solucionar las necesidades de salud de los pacientes.

Los ingresos registrados en el mismo período se muestran a continuación:

| <i>Tabla 12. Ingresos en dólares reportados en el último año</i> | | | |
|--|-----------------|----------------------------|--------------------|
| SERVICIOS BRINDADOS EN EL ULTIMO AÑO | CANTIDAD | PRECIO UNITARIO | SUMA |
| Medicina General | 1056 | \$ 1.00 | \$ 1.056.00 |
| Obstetricia | 440 | \$ 1.00 | \$ 440.00 |
| Terapias Respiratorias | 396 | \$ 1.00 | \$ 396.00 |
| Toma de muestras para laboratorio | 15 | \$ 60.00 | \$ 900.00 |
| TOTAL | 1907 | | \$ 2.792.00 |

Vender menos de tres mil dólares en un periodo anual indica el tamaño reducido de una actividad de servicio de salud de financiamiento privado. Existen experiencias que aportan lineamientos claros cuando se revisa una figura de ingresos de un servicio médico de atención primaria, tales como que la venta de servicios de laboratorio y de medicamentos debe triplicar y duplicar a la venta de consultas médicas respectivamente. Aquí se muestra una debilidad en el desarrollo de los servicios.

La ayuda de la fundación PFH cubre los costos relacionados con el personal, información que se incluye en un cuadro de fuentes y uso de fondos, mostrada en la siguiente tabla:

Tabla 13. Fuentes y usos de fondos en el año 2011

| RUBRO | MONTO | % |
|--------------------------------|---------------------|-------------|
| Ingreso por venta de servicios | \$ 2.792.00 | 21% |
| Ingreso por ayuda PFH | \$ 10.800.00 | 79% |
| Suma Ingresos | \$ 13.592.00 | 100% |
| Gastos de personal | \$ 10.800.00 | 79% |
| Gastos indirectos | \$ 552.0.00 | 4% |
| Otros gastos | \$ 2.240.00 | 16% |
| Suma Egresos | \$ 13.592.00 | 100% |

Esto significa que por cada dólar de ingreso por venta de servicios, la fundación PFH debe asignar 79 centavos para mantener operativo el dispensario, originando una fuerte dependencia a esta ayuda.

Los ingresos por venta de servicios cubren el resto de gastos operativos (20%), configurando una estructura de costos distante de la autogestión, debido a que depende en el 79% de los aportes que hace la Fundación PFH.

CAPITULO 3

DIAGNÓSTICO DE LOS SERVICIOS DEL DISPENSARIO MÉDICO “SAN FRANCISCO”

Las necesidades que motivan a los usuarios a ser atendidos en una organización de servicios de salud son el punto de partida para analizar la situación del dispensario médico, debido a que estas necesidades constituyen la demanda a la que se enfrenta. Para ello se necesita conocer el perfil de la población a ser atendida y la frecuencia de servicios que se espera. La gerencia debe alinear su oferta con lo que la población requiere para solucionar sus problemas de salud, brindando las facilidades, organización y planificando la sostenibilidad de los servicios a largo plazo.

3.1 Objetivos

- Conocer las características de los usuarios de servicios de salud en la cooperativa “Derecho de los Pobres” y las cooperativas aledañas, en cuanto a edad, condición marital y número de hijos.
- Identificar las principales necesidades de servicios médicos que tienen los usuarios actuales y potenciales del Dispensario Médico “San Francisco”.

3.2 Metodología de la investigación

Hoy en día la medición es una herramienta que el ser humano utiliza para casi cualquier actividad por muy trivial que ésta sea. En el caso de la gerencia, todas las teorías administrativas que se puedan o quieran implementar en cualquier empresa, sin importar su giro, terminan con la medición de su estructura, de sus procesos o de sus resultados.

Para los servicios de salud, el análisis de los recursos involucrados, los procesos de atención, los costos asociados a la prestación de los servicios, configuran indicadores que sirven para establecer las condiciones de una unidad de salud. Estos indicadores de gestión administrativa se han convertido en una herramienta esencial, porque todo lo que no se mide no puede ser mejorado y por tanto, deja de ser útil para una mejor toma de decisiones. Los indicadores de gestión, así son un instrumento de cambio en la estructura de la institución y miden el cumplimiento de los objetivos institucionales.

El ser humano está acostumbrado a medirlo todo: el tiempo, la temperatura, la distancia, los miligramos de cierto medicamento, el peso y talla de un niño, es decir buscar información relevante de una población motivo de interés. Estas características toman el nombre de variables que ayudan a mejorar la información a cerca una organización y el entorno en el que se desenvuelve. Este entorno se manifiesta muchas veces en forma de necesidades, las mismas que son cambiantes, dependiendo de muchos factores en cada grupo de personas. El objetivo de una investigación en gerencia de salud puede ser el vincular a la organización con su medio ambiente, e involucra la especificación, la recolección, el análisis y la interpretación de la información para ayudar a la gerencia a entender el medio ambiente, a identificar problemas y oportunidades, y a desarrollar y evaluar cursos de acción ya sea para realizar inversiones, cambios en los modelos de atención, mejorar la oferta de servicios o establecer una política de precios que permita sostener a la institución.

En el terreno de las empresas de salud, los gerentes guían sus decisiones con base a información utilizada para predecir cuándo podrían ocurrir variaciones significativas en la demanda de servicios, el tipo de morbilidades de mayor probabilidad de ocurrencia, y tomar medidas oportunas al respecto.

El método de investigación contiene tres fases claramente identificadas: recolección de datos de la institución y del entorno, analizar sistemáticamente esta información y elaborar una propuesta viable y sostenible de mejoras para el dispensario médico San Francisco.

Métodos utilizados

Tipo de estudio:

Se realizó un estudio no experimental, transversal y descriptivo, no se realizó una intervención en la población estudiada, se buscó información de primera mano de las personas entrevistadas con el propósito de conocer características básicas que describan a los usuarios potenciales en la comunidad. Se definió previamente cuales eran las cooperativas a las que se pretende cubrir con los servicios de salud que ofrece el dispensario.

Se utilizó además información secundaria de fuentes oficiales como el INEC relacionada con el censo de población y morbilidades más frecuentes.

3.3 Población y muestra

La investigación científica aplicada a la mejora de unidades de salud implica la estimación de ciertas características de la población objeto. Generalmente es poco probable que todos los miembros de la población fueran incluidos en un estudio o encuesta, tratar de realizar un censo es poco eficiente, por lo que la metodología estadística señala que lo conveniente es realizar un muestreo.

La finalidad del muestreo, es obtener información acerca de una población, esto hace importante la identificación adecuada de la misma. Si una población se define de una manera imprecisa, la investigación probablemente obtendrá resultados equivocados, disminuyendo así las probabilidades de obtener información relevante.

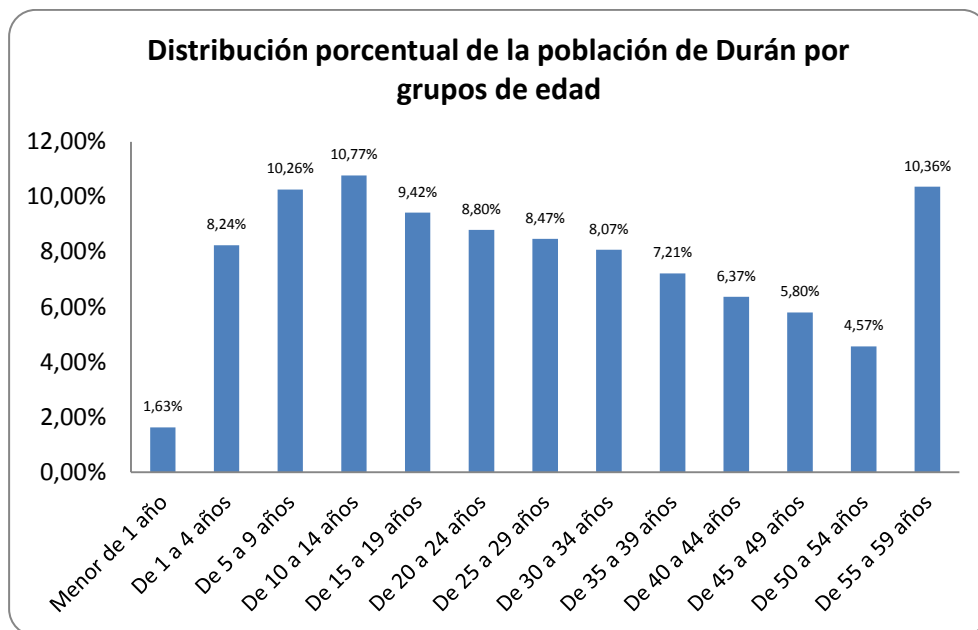
3.3.1 Población

El cantón Durán registró 235 mil habitantes en el último censo de población y vivienda, del año 2010, y no cuenta con un hospital del Ministerio de Salud Pública. Una distribución por edades de la población se muestra en la Tabla 14.

| Tabla 14. Población de Durán por grupos de edad. | | |
|--|----------------|----------|
| Grupos de edad y número de habitantes | | % |
| Menor de 1 año | 3.846 | 1,63% |
| De 1 a 4 años | 19.434 | 8,24% |
| De 5 a 9 años | 24.188 | 10,26% |
| De 10 a 14 años | 25.401 | 10,77% |
| De 15 a 19 años | 22.217 | 9,42% |
| De 20 a 24 años | 20.753 | 8,80% |
| De 25 a 29 años | 19.977 | 8,47% |
| De 30 a 34 años | 19.036 | 8,07% |
| De 35 a 39 años | 17.008 | 7,21% |
| De 40 a 44 años | 15.009 | 6,37% |
| De 45 a 49 años | 13.680 | 5,80% |
| De 50 a 54 años | 10.783 | 4,57% |
| De 55 años y más | 24.437 | 10,36% |
| Total | 235.769 | |
| Fuente INEC, elaboración Dr. Juan Luis Aguirre y Dra. Karol Yagual | | |

Se aprecia una alta concentración de población menor de edad, los menores de hasta 14 años constituyen casi el 30% de la población, y en el otro extremo un grupo poblacional significativo es el de mayores de 55 años, con más de 10% de la población.

Gráficamente se aprecia mejor la distribución por grupos de edad en que los grupos de edad de 5 a 9 años, de 10 a 14 y el de mayores de 55 años son prácticamente iguales.



La población motivo de estudio está constituido a más de los habitantes de la cooperativa “Derecho de los pobres”, sitio en el que se encuentra el DMSF, por las cooperativas y barrios vecinos, las mismas que comparten muchas características similares en cuanto a su estrato socio económico, y calidad de vida determinado por el sector en que viven, son asentamientos informales que se han desarrollado a lo largo del tiempo conviviendo entre carencias de servicios básicos. Las cooperativas y barrios que se han considerado son:

- “Derecho de los pobres”
- “Cinco de Junio”
- Cooperativa de trabajadores de la clínica Guayaquil
- Fincas vacacionales “El recreo”
- 28 de Agosto
- “Progreso”
- Gregorio 1, y
- Gregorio 2

Esta población se estima en un número cercano a los 10 mil habitantes. La razón fundamental para haber sido escogidos, radica en que estos barrios no cuentan con servicios de salud, además de la relativa cercanía con el dispensario.

3.3.2 Tipo de muestreo

El muestreo que se decidió realizar fue uno de tipo no probabilístico por criterio, que permite seleccionar una muestra conforme a la conveniencia del investigador. El primer criterio fue el volumen de atenciones que brinda el dispensario, este registra un volumen de atenciones menor a 2000 en el último año, con un promedio de 10 pacientes diarios. El segundo criterio se formó por la observación del usuario típico que asiste al dispensario, que está constituido por mujeres en edad reproductiva, que buscan atención para ellas o sus hijos menores de edad.

Se realizó una consulta con el director del dispensario, con el objeto de formular adecuadamente las preguntas, en un cuestionario que maneje un lenguaje no médico, sino más bien acorde con los usuarios que acuden al dispensario, esto significó que debía preguntarse por la clase de afección, no por el nombre médico de la enfermedad. Se definió los siguientes criterios de inclusión.

- Se debía realizar la encuesta a mujeres, preferiblemente que tengan pareja, debido a que se ha observado que ellas son las más preocupadas por aspectos de cuidado de la salud de su núcleo familiar, a diferencia de los varones, que se dedican más a aspectos relacionados con el mantenimiento del hogar.
- Mayores de 15 años.
- Sin discapacidad que limite la interpretación de las preguntas.
- Que esté de acuerdo con la participación en el estudio.

También se definieron los criterios de exclusión para las personas a entrevistarse:

- Menores de 15 años.
- Quienes no desean participar del estudio.

3.3.3 Muestra

La muestra se conformó con personas que habitan en la cooperativa “Derecho de los Pobres” y cooperativas aledañas, entrevistadas durante los días del 21 al 25 de noviembre de 2011 en lugares de normal afluencia de madres, como escuelas, mercados, visitas domiciliarias y centro comunal de la cooperativa “Derecho de los Pobres”.

Se determinó la cantidad de 100 personas de sexo femenino para realizar la encuesta, escogidas entre todos los barrios mencionados anteriormente. Este número equivale al 5% de los pacientes atendidos en el año anterior.

3.4 Instrumentos de investigación

Recolección de datos

Técnicas para la recolección de datos:

Las técnicas de recolección de datos utilizadas fueron:

- Observación del participante.
- Entrevistas estructuradas.
- Encuestas de campo y a través de visitas domiciliarias.
- Revisión de estadísticas e indicadores generados por el personal del dispensario médico.

Instrumentos:

La información fue obtenida de fuentes primarias mediante la aplicación de cuestionarios sencillos acordes a la edad y nivel de instrucción de los elementos de estudio, además se realizó un análisis de mercado que permitió ver qué está haciendo la competencia y se entrevistó a los responsables de los aspectos de salud del cantón. (Kerin, 2004)

Se utilizó cuestionarios con preguntas abiertas, de opciones múltiples y dicotómicas; se elaboró una hoja de recolección de datos con este fin.

La encuesta realizada (Anexo 1) se diseñó bajo el esquema de una distribución normal, a ser aplicada según los criterios de inclusión y exclusión en los principales puntos de afluencia de personas, especialmente madres, tales como escuelas, mercados y centros comunales. Ya que los servicios analizados no se encuentran en la actualidad a disposición de los pacientes, y al no existir cifras de su demanda, la encuesta se orientó a detectar los requerimientos y necesidades de la población, en cuanto a servicios de salud.

Se revisó los datos estadísticos recolectados por el personal del dispensario médico para establecer frecuencias y tendencias de las actividades que se han realizado. (Asenjo, 2000)

Análisis de datos

Tratamiento de la Información:

Para el recuento y ordenamiento de los datos obtenidos se utilizó una hoja de recolección de datos en la cual cada elemento se codificó según el tipo de variable, para su posterior proceso utilizando el programa estadístico SPSS 18 y la elaboración de tablas y gráficos que realcen la importancia de nuestros hallazgos (Levin, 2004)

Se sometió los resultados a pruebas de análisis matemáticos y estadísticos, tales como promedio, porcentaje, media, entre otros.

3.5 Resultados

Luego de haber realizado la encuesta se procedió a tabular las respuestas para extraer la información de forma ordenada. Para mayor facilidad se agruparon por rangos de edad, siguiendo el patrón utilizado por organismos oficiales como el INEC.

La primera pregunta fue la edad de la persona entrevistada.

| Tabla 15. Respuestas a la primera pregunta | | |
|---|------------|------------|
| Edad de la persona entrevistada | | |
| Edad | Frecuencia | Porcentaje |
| de 15 a 19 | 13 | 13% |
| de 20 a 24 | 23 | 23% |
| de 25 a 29 | 12 | 12% |
| de 30 a 34 | 15 | 15% |
| de 35 a 39 | 13 | 13% |
| de 40 a 44 | 14 | 14% |
| de 45 a 49 | 3 | 3% |
| de 50 a 54 | 4 | 4% |
| de 55 a 59 | 2 | 2% |
| de 60 a 64 | 1 | 1% |
| Total | 100 | 100% |
| Fuente: encuesta elaborada por el Dr. Juan Luis Aguirre y Dra. Karol Yagual | | |

Se encontró una mayoría de personas (63%) de población joven, de hasta 34 años de edad, esto significa casi dos tercios del total. La concentración más alta está en el grupo de edad comprendido entre 20 y 24 años.

La pregunta 2 fue si tiene pareja actualmente.

| Tabla 16. Respuestas a la pregunta 2 | | |
|---|------------|------------|
| Tiene usted pareja actualmente | | |
| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
| si | 72 | 72.0 |
| no | 28 | 28.0 |
| Total | 100 | 100.0 |
| Fuente: encuesta elaborada por el Dr. Juan Luis Aguirre y Dra. Karol Yagual | | |

Se encontró que una mayoría del 72% respondió positivamente a la pregunta, mientras que el 28% indicó que no tenía pareja.

Pregunta 3, número de hijos que tiene la persona entrevistada.

| <i>Tabla 17. Respuestas a la pregunta 3</i> | | |
|---|-----------------|------|
| <i>Número de Hijos</i> | | |
| Número de hijos | Número de casos | % |
| 0 | 11 | 11% |
| 1 | 24 | 24% |
| 2 | 27 | 27% |
| 3 | 23 | 23% |
| 4 | 11 | 11% |
| 5 | 4 | 4% |
| Total | 100 | 100% |
| Fuente: encuesta elaborada por el Dr. Juan Luis Aguirre y Dra. Karol Yagual | | |

En lo concerniente al número de hijos, una minoría del 4% contestó tener 5 hijos, mientras que la mayor parte de las entrevistadas respondió tener entre 1 y 3 hijos, correspondiente al 74%. El 89% de las entrevistadas tiene al menos un hijo.

La pregunta 4 se relaciona con el hecho de haber estado enferma la entrevistada, o alguna persona de su núcleo familiar, en el transcurso del presente año, para indagar a cerca de la necesidad de atención médica.

| <i>Tabla 18. Respuestas a la pregunta 4</i> | | |
|---|----|----|
| <i>Enfermó usted o algún familiar este año</i> | | |
| Grupos de edad | si | no |
| de 15 a 19 | 12 | 1 |
| de 20 a 24 | 21 | 2 |
| de 25 a 29 | 12 | 0 |
| de 30 a 34 | 15 | 0 |
| de 35 a 39 | 13 | 0 |
| de 40 a 44 | 14 | 0 |
| de 45 a 49 | 3 | 0 |
| de 50 a 54 | 4 | 0 |
| de 55 a 59 | 2 | 0 |
| de 60 o más | 1 | 0 |
| Suma | 97 | 3 |
| Fuente: encuesta elaborada por el Dr. Juan Luis Aguirre y Dra. Karol Yagual | | |

El resultado fue que la gran mayoría si estuvo enfermo, un total de 97 personas, y solamente 3 respondieron no haber tenido una enfermedad en ese tiempo.

La pregunta 5 buscaba con conocer cuántos casos y que tipo de enfermedad había sufrido la persona, o algún familiar, y se encontró que las afecciones más frecuentes que sufren las personas del sector son relacionadas con problemas respiratorios y los trastornos intestinales (48 %).

| <i>Tabla 19. Respuestas a la pregunta 5</i> | | | | | | |
|---|---------------------------|------------|------------|--------------|-------------|---------|
| <i>Número de casos y tipo de enfermedad</i> | | | | | | |
| Grupo de edad | <i>Tipo de enfermedad</i> | | | | | |
| | Respiratorias | Intestinal | De la piel | Del embarazo | Del corazón | Heridas |
| de 15 a 19 | 7 | 8 | 3 | 2 | 0 | 4 |
| de 20 a 24 | 13 | 13 | 14 | 3 | 2 | 6 |
| de 25 a 29 | 9 | 6 | 2 | 5 | 2 | 6 |
| de 30 a 34 | 6 | 6 | 3 | 3 | 3 | 6 |
| de 35 a 39 | 7 | 7 | 6 | 3 | 6 | 4 |
| de 40 a 44 | 6 | 8 | 4 | 0 | 2 | 4 |
| de 45 a 49 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 | 1 |
| de 50 a 54 | 1 | 1 | 1 | 0 | 4 | 1 |
| de 55 a 59 | 1 | 1 | 0 | 0 | 8 | 0 |
| de 60 o más | 1 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 |
| Suma | 52 | 52 | 34 | 16 | 33 | 32 |

Fuente: encuesta elaborada por el Dr. Juan Luis Aguirre y Dra. Karol Yagual

Al ser una pregunta con respuestas no excluyentes, se debe considerar importante el tipo de especialidades médicas que como mínimo debe tener el Dispensario Médico “San Francisco”, como se observa que es significativo el número de ocasiones de ocurrencia de heridas o lesiones, es necesario un servicio de curaciones o cirugía menor.

El objetivo de la pregunta 6, era indagar a cerca del número de veces que las personas habían acudido al médico en el presente año. Se encontró que la mayoría de personas acudió 2 veces, el 30%, muy pocas, apenas 5 de 100, no fueron al médico, y solamente una persona respondió que había acudido 6 veces

Tabla 20. Respuestas a la pregunta 6
Número de veces que acudió al médico en este año por grupos de edad

| Edad | número de veces | | | | | | | Total |
|-------------|-----------------|----|----|----|----|---|---|-------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| de 15 a 19 | 0 | 3 | 2 | 5 | 2 | 1 | 0 | 3 |
| de 20 a 24 | 3 | 5 | 9 | 2 | 2 | 1 | 0 | 5 |
| de 25 a 29 | 0 | 5 | 5 | 1 | 1 | 0 | 0 | 3 |
| de 30 a 34 | 1 | 2 | 0 | 4 | 8 | 0 | 0 | 4 |
| de 35 a 39 | 1 | 4 | 3 | 2 | 3 | 0 | 0 | 1 |
| de 40 a 44 | 0 | 5 | 6 | 2 | 1 | 0 | 0 | 4 |
| de 45 a 49 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| de 50 a 54 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| de 55 a 59 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| de 60 y más | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Suma | 5 | 26 | 30 | 16 | 18 | 4 | 1 | 100 |

Fuente: encuesta elaborada por el Dr. Juan Luis Aguirre y Dra. Karol Yagual

Analizadas las respuestas de manera acumulada, se observa que las personas acudieron entre 1 y 3 veces en el 72% de los casos.

La pregunta 7 se relacionaba con el hecho de conocer a dónde acude generalmente en busca de servicios médicos, y los resultados indican que la mayoría son usuarios del MSP (37%).

| Tabla 21. Respuestas a la pregunta 7 | | | | | |
|---|--------------------------|---------------|---------|-------------|-------|
| Servicio de salud al que acude | | | | | |
| Grupo de edad | Dónde acude por servicio | | | | Total |
| | Centro o Sub centro MSP | Hospital IESS | Privado | a Guayaquil | |
| de 15 a 19 | 8 | 0 | 3 | 2 | 13 |
| de 20 a 24 | 9 | 2 | 7 | 5 | 23 |
| de 25 a 29 | 5 | 1 | 4 | 2 | 12 |
| de 30 a 34 | 5 | 3 | 2 | 5 | 15 |
| de 35 a 39 | 6 | 1 | 1 | 5 | 13 |
| de 40 a 44 | 0 | 1 | 9 | 4 | 14 |
| de 45 a 49 | 2 | 0 | 1 | 0 | 3 |
| de 50 a 54 | 1 | 0 | 2 | 1 | 4 |
| de 55 a 59 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| de 60 y más | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Suma | 37 | 9 | 30 | 24 | 100 |
| Fuente: encuesta elaborada por el Dr. Juan Luis Aguirre y Dra. Karol Yagual | | | | | |

Se muestra un importante número de personas que acuden a servicios privados, entre los que se encuentra el Dispensario Médico “San Francisco”, con un total de 30% de respuestas. Así mismo es importante el número de personas que acuden a la ciudad de Guayaquil en busca de servicios de salud, casi la cuarta parte de ellos: el 24%, y constituye una minoría el número de personas que acuden al Hospital del IESS en el cantón Durán.

La pregunta 8 buscaba conocer el grado de instrucción que haya alcanzado la persona entrevistada, previendo un análisis a futuro.

| Tabla 22. Respuestas a la pregunta 8 | | | | |
|---|----------------------|------------|----------|-------|
| Grado de instrucción | | | | |
| Edad | Grado de instrucción | | | Total |
| | Primaria | Secundaria | Superior | |
| de 15 a 19 | 4 | 9 | 0 | 13 |
| de 20 a 24 | 9 | 9 | 1 | 23 |
| de 25 a 29 | 3 | 9 | 2 | 12 |
| de 30 a 34 | 4 | 9 | 1 | 15 |
| de 35 a 39 | 5 | 8 | 0 | 13 |
| de 40 a 44 | 3 | 11 | 0 | 14 |
| de 45 a 49 | 0 | 3 | 0 | 3 |
| de 50 a 54 | 1 | 3 | 0 | 4 |
| de 55 a 59 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| de 60 y más | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Suma | 35 | 61 | 4 | 100 |
| Fuente: encuesta elaborada por el Dr. Juan Luis Aguirre y Dra. Karol Yagual | | | | |

La mayoría de personas entrevistadas ha recibido instrucción secundaria, el 61%, el 35% únicamente ha cursado la primaria y una menor cantidad ha tenido algún grado de instrucción superior, el 4%.

3.7 Conclusiones de la encuesta

La mayoría de las personas entrevistadas son jóvenes de hasta 34 años, el 63%, y solo 11 de ellas no tienen hijos. El 51% tiene hasta dos hijos, mientras que al menos 3 hijos respondieron tener el 38% de las entrevistadas.

Las afecciones de salud más frecuentes requieren servicios relacionados con enfermedades respiratorias, intestinales y trastornos derivados del embarazo y un importante número de casos de tratamiento de lesiones.

En el afán de incrementar el número de usuarios del dispensario, si bien es cierto que poco más de un tercio de personas indican ser usuarias del MSP, un

importante porcentaje (30%) está dispuesto a pagar por los servicios, permitiendo planificar una oferta sostenible a largo plazo.

Esta información debe orientar las decisiones operacionales del dispensario, para definir los recursos a emplearse en satisfacer estas necesidades de la población del sector y al mismo tiempo hacer del dispensario médico “San Francisco” una organización que se desarrolle acorde con las necesidades de la comunidad.

3.8 Análisis contextual FODA

3.8.1 Introducción

Para complementar el diagnóstico del Dispensario Médico San Francisco, y establecer cuál es la situación actual, las condiciones operacionales en que se encuentra, se ha utilizado la conocida herramienta del análisis FODA, la misma que más allá de parecer sencilla, se convierte en una importante aclaración del punto de partida para el desarrollo de la organización: con qué cuenta como Fortalezas y Oportunidades y cuáles son los aspectos a cuidar como Debilidades y Amenazas.

Se debe convenir que las fortalezas y debilidades se refieren a la empresa en sí, a su giro de negocios, a sus diferencias con los competidores directos, a su posición frente a los clientes, a su cultura, en definitiva a que herramientas tiene y que uso hace de esas herramientas. Mientras que las oportunidades y amenazas se refieren al entorno, a lo que la organización no maneja, a las posibilidades de los competidores, a los cambios de hábitos o costumbres de los clientes, en definitiva a que se tiene que cambiar en la Clínica para adaptarse a ese medio ambiente.

En un concepto claro, y como observador externo, se ha querido determinar los aspectos más relevantes, y sin pretender una exhaustividad, se ha establecido lo siguiente como resumen.

| ANÁLISIS FODA | | Tipo de Factores | |
|--|---|--|---|
| Fortalezas | | | |
| Oportunidades | | Favorables | Desfavorables |
| Debilidades | | | |
| Amenazas | | | |
| LOCALIZACIÓN DE FACTORES | INTERNOS | FORTALEZAS | DEBILIDADES |
| | | Apoyo de una institución extranjera | Horario limitado de atención |
| | | Se ha logrado reconocimiento en la comunidad | Local requiere de adecuaciones |
| | | Con una baja inversión se pone a punto las instalaciones | Escasa oferta de servicios |
| | | Vocación y voluntad de esfuerzo en colaboradores | Servicios primarios de salud por desarrollar |
| | Espacio disponible para incremento de servicios | Se depende fuertemente de la ayuda de PFH | |
| | EXTERNOS | OPORTUNIDADES | AMENAZAS |
| | | Voluntad expresa y firme de colaboración de profesionales nuevos | Profesionales nuevos consolidan compromisos con otras instituciones |
| | | Voluntad expresa de participación en ampliación de servicios | Empresas de la competencia se consoliden en el mercado |
| | | Existe un enorme segmento de mercado que se puede atender | Incremento de lucro cesante por instalaciones sin uso intensivo |
| El mercado está listo para una mejor oferta de servicios | | Clientes pierden fidelidad al centro médico | |

Figura 2. Análisis FODA. Elaboración Dr. Juan Luis Aguirre y Dra. Karol Yagual

Estas afirmaciones son orientativas y pueden cambiarse o agregarse otras distintas según el criterio de quienes tomen las decisiones finales, lo importante

será posteriormente alinear esfuerzos para sacar el mayor provecho a lo planificado, y estar alerta en la observación de la dinámica del mercado, y de la evolución de la cultura organizacional que se derive de una nueva gerencia.

3.8.2 Formulación de la Visión y Misión

La planificación estratégica de los servicios de salud, es el proceso colectivo de definición de metas de corto, mediano y largo plazo para alcanzar objetivos estratégicos que permitan cumplir con la misión y hacer realidad la visión institucional, tomando en cuenta el entorno y los diversos actores que actúan sobre la misma realidad. Para el logro de dichas metas se deben definir los recursos que se requerirán, los plazos y los responsables de la ejecución, y los indicadores y mecanismos de evaluación y control para hacer seguimiento de lo planificado.

La VISION que se ha formulado para emprender el plan estratégico es:

“El Dispensario Médico San Francisco de Durán, en cinco años logrará ser una unidad de servicios médicos, que contribuirá activamente en la solución de las necesidades de salud de la las comunidades del norte de Durán, y será reconocido por la calidad y los precios económicos de sus servicios médicos”.

La MISIÓN que declara el plan estratégico es:

“El Dispensario Médico San Francisco ofrece los mejores servicios de atención primaria de salud, respetando a sus usuarios, mejorando permanentemente la calidad a precios económicos”

Los Valores que orientan al Dispensario Médico San Francisco son:

- Orientación al cliente
- Compromiso con los resultados
- Sostenibilidad
- Interés por las Personas
- Responsabilidad Social
- Integridad

CAPITULO 4

DISEÑO DE UNA PROPUESTA DE MEJORAS PARA EL DISPENSARIO MÉDICO SAN FRANCISCO

4.1 Formulación de políticas

El plan estratégico elaborado para el desarrollo institucional del dispensario médico San Francisco, se fundamenta en el cambiar las políticas institucionales en concordancia con los valores que debe asumir la organización. En este sentido la política de orientar los servicios a las necesidades del cliente hace procurar brindar los servicios más demandados dentro de las restrictivas de espacio físico, de recursos financieros, entre otras, tratando de utilizar intensivamente la capacidad instalada. Esto además refleja el grado de responsabilidad y compromiso de las personas que hacen el dispensario para con la comunidad y quienes ayudan a financiar las operaciones, la fundación PFH específicamente.

Otra política asumida al aceptar el plan estratégico, es la de buscar la sostenibilidad del dispensario, y alcanzarla en el horizonte de 5 años. No se busca rentabilidad financiera, si no al menos cubrir los costos operacionales, dentro de un marco de respeto al talento humano que hace la institución.

4.2 Propuesta y Objetivos Estratégicos

Una vez realizado el análisis FODA, y recogiendo la información de la encuesta realizada, se realizó una serie de reflexiones y un análisis crítico de la información recogida. El objetivo fue definir los Ejes Estratégicos, entendidos como las acciones fundamentales que se tienen que tomar, para asegurar el desarrollo del DMSF, de crecimiento institucional. Los Ejes estratégicos son los bloques temáticos que engloban los objetivos y las acciones a tomarse.

4.3 Definición de Ejes Estratégicos

Los Ejes estratégicos con sus respectivas Líneas estratégicas son:

| <i>Tabla 23. Ejes Estratégicos</i> | |
|--|---|
| <i>Ejes Estratégicos</i> | <i>Líneas Estratégicas</i> |
| Crecimiento de la oferta de servicios | *Conseguir profesionales y especialistas que se comprometan con el DMSF *Realizar una campaña de promoción de servicios |
| Establecer una Política de precios competitiva | *Definir un tarifario competitivo para los servicios |
| Mejorar Gestión de Recursos | *Asignar recursos de forma eficiente *Implantar un sistema de información interna para la toma de decisiones *Aumentar la calidad y transparencia de la gestión |
| Mejorar las relaciones con la comunidad | *Promover e impulsar los servicios en la comunidad del entorno |

Cada uno de los ejes, para poder llevarse a la práctica requiere de objetivos y acciones, que además organicen y orienten a los directivos. Los siguientes son los objetivos y acciones del Eje Estratégico 1:

| <i>Tabla 24 Eje Estratégico 1. Crecimiento de la oferta de servicios</i> | |
|--|---|
| <i>Objetivos</i> | <i>Acciones</i> |
| 1.1 Establecer los servicios médicos y diagnósticos que la población demanda, en un marco de calidad de servicio | 1.1.1. Búsqueda y selección de personal calificado 1.1.2. Inducción de personal a la organización 1.1.3. Diseño de horarios de atención que permitan utilizar de manera eficiente las instalaciones 1.1.4. Ofrecer consultas especializadas según las características de la población estudiada 1.1.5. Ampliar la oferta de servicios de laboratorio 1.1.6. Desarrollar el servicio de ecografía 1.1.7. desarrollar el servicio de odontología 1.1.8. Ampliar la oferta de medicamentos para ofrecerlos a los pacientes del dispensario 1.1.9. Instruir y capacitar al personal en las áreas de servicio al cliente y computación |
| 2.1. Hacer conocer la nueva oferta de servicios a la comunidad | 2.1.1. definir contenido de la oferta de servicios 2.1.2. Buscar medios para realizar campaña de promoción 2.1.3. Contratar la campaña de promoción de servicios |

Los objetivos y acciones del Eje Estratégico 2:

| <i>Tabla 25 Eje Estratégico 2. Establecer una política de precios competitiva</i> | |
|---|---|
| <i>Objetivos</i> | <i>Acciones</i> |
| 3.1. Mejorar el volumen de prestación de servicios | 3.1.1. Incentivar el uso de servicios de consulta, diagnóstico y tratamiento farmacológico en los pacientes, en un marco de integridad de servicios 3.1.2. Realizar seguimiento de pacientes para que culminen su tratamiento 3.1.3. Monitorear precios de servicio de laboratorio de la competencia para fijar precios más bajos 3.1.4. Vender medicamentos a precios más bajos de los marcados como precio de venta al público |

Los Objetivos y acciones del Eje Estratégico 3:

| <i>Tabla 26. Eje Estratégico 3. Mejorar Gestión de recursos</i> | |
|--|--|
| <i>Objetivos</i> | <i>Acciones</i> |
| 4.1. Disponer de un marco estable para la financiación de las operaciones del Dispensario médico San Francisco | 4.1.1. Negociar y programar el nuevo modelo de financiamiento con la PFH 4.1.2. Introducir un sistema de incentivos al personal vinculado a la productividad 4.1.3. Elaborar presupuestos de venta de servicios 4.1.4. Impulsar la utilización de venta de servicios entre los profesionales |
| 4.2. Optimizar costos | 4.2.1. Elaborar un plan de control de gastos 4.2.2. Poner en marcha un nuevo sistema de compras y suministros de insumos y fármacos |
| 4.3. Mejorar la eficiencia y la eficacia en la gestión y en la prestación de servicios | 4.3.1. Adaptar herramientas técnicas y administrativas modernas a los servicios del dispensario médico 4.3.2. Revisar procesos administrativos para disponer de mejor información 4.3.3. Extender el uso de sistemas informáticos 4.3.4. Establecer un sistema de historias clínicas electrónicas |

Los Objetivos y acciones del Eje Estratégico 4:

| <i>Tabla 27. Eje Estratégico 4. Mejorar Relación con la comunidad</i> | |
|---|---|
| <i>Objetivos</i> | <i>Acciones</i> |
| 5.1. Consolidar y ampliar la oferta de servicios a la comunidad | 5.1.1. Estudiar permanentemente las necesidades y servicios más demandados 5.1.2. Desarrollo de nuevos servicios 5.1.3. Orientar los servicios a los pacientes, planificando, evaluando y actualizando la calidad de los mismos 5.1.4. Fomento de un sistema de sugerencias y reclamaciones de los pacientes |

4.4 Plan operativo

Uno de los pilares del desarrollo del Dispensario Médico San Francisco, será realizar una campaña de mercadeo de servicios, adecuada a las limitaciones económicas, geográficas, y sobre todo a que tenga el mayor impacto en la población, que se sabe es de escasos recursos económicos.

El fundamento conceptual es el de la cuatro P del Marketing, es decir Producto (servicio en este caso), Precio, Plaza y Promoción o publicidad.

Para el primer caso, los servicios serán ampliados en su oferta, atendiendo a las necesidades más frecuentes de la población, y especialmente observando lo que no ofrecen las unidades de salud cercanas al dispensario.

El Precio de los servicios constituirá una estrategia fundamental para llamar la atención de los usuarios, se instituirá una política de precios bajos, y así conseguir mayor volumen de ventas.

La Plaza, o el mercado objetivo se definió como la Cooperativa “Derecho de los Pobres” y las cooperativas aledañas, que resulta en una suma cercana a 10 mil personas.

Finalmente la Publicidad o promoción de los servicios se realizará mediante hojas volantes, visitando los barrios y realizando campañas de salud y charlas que promocionen actividades de fomento de la salud para la población considerando para los tópicos de las charlas temas de interés específico de la población en estudio de manera que se relacione al Dispensario Médico con información valiosa y práctica que se pueda implementar de manera sencilla y con resultados evidentes.

4.4.1 Plan de producción de servicios

Para presupuestar la producción de servicios médicos se parte de establecer la capacidad de producción, en los diferentes servicios a brindarse.

Tabla 28. Centros de producción

| CENTROS DE PRODUCCION | CANTIDAD |
|--|-----------------|
| Consulta externa | 5 |
| Odontología | 1 |
| Laboratorio clínico (Toma de muestras) | 1 |
| Ecografía | 1 |
| Farmacia (Botiquín) | 1 |

Es necesario realizar la adecuación del local, específicamente resolver el problema de aumentar el nivel del piso, que quedó bajo el nivel de la calzada luego de que el municipio procedió a rellenar la calle, esto obligará a hacer otras adecuaciones relacionadas con instalaciones eléctricas, de agua y mejorar la disposición en general.

Tabla 29. Distribución de área física a adecuarse y costo estimado de adecuación

| ZONA | AREA | SERVICIOS | M ² |
|--------------------------|--|--|----------------|
| Administración y comunes | Estadística | - | |
| | Informática | Archivo, sistemas | 12 |
| | Administración general | Contabilidad, RR HH | 10 |
| | SS HH pacientes | SSHH | 7 |
| | ESPERA | ESPERA | 25 |
| Servicios asistenciales | FARMACIA | Caja general y despacho medicinas | 20 |
| | Consulta | Medicina general | 10 |
| | | Odontología | 10 |
| | | Especialidad Médica | 10 |
| | | Triaje, preparación de pacientes, admisión | 10 |
| | Imágenes | Ecografía | 10 |
| Laboratorio | Toma de muestras | 6 | |
| RESUMEN | TOTAL (m²) | | 130 |
| | Costo adecuación (\$/m²) | | 100 |
| | Costo estimado adecuación (\$) | | 13,000 |

El presupuesto mínimo de adquisición de equipos y muebles necesarios para proveer los servicios asciende a \$14,840, para los diferentes Servicios.

| Servicios | Monto (\$) |
|------------------------------------|-------------------|
| consultorio | |
| Imágenes | 6,400 |
| Cardiología | 1,000 |
| Otorrino | 1,300 |
| Ginecología | 500 |
| Otros | 4,400 |
| Suma equipo médico | 13,600 |
| Estación de trabajo administrativo | 1,240 |
| Suma equipo y muebles | 14,840 |

En total las inversiones suman \$27,840, que comprende la suma de las adecuaciones y la compra de equipos y muebles.

| | |
|----------------------------|------------------|
| Adecuaciones | \$ 13.000 |
| Equipos y maquinas | |
| Equipo médico (servicios) | \$ 13.600 |
| Equipos administrativos | \$ 1.240 |
| Suma de inversiones | \$ 27.840 |

La definición de objetivos y el alcance de los mismos, requiere de una planificación clara, consistente y que establezca congruencia entre aspectos médicos y administrativos. Así, es conocido y ampliamente estudiado que existe una unidad de servicio básico como es la consulta médica, y que ésta a la vez

origina una serie de necesidades de atención (dentro de los límites de la ética médica) relacionada con servicios de laboratorio, de rayos X, ecografías entre otros, y que seguramente además el paciente necesitará seguir tratamiento farmacológico. Todo esto es posible de ser dotado en una unidad de salud de manera tal que el paciente tenga la seguridad de que en la unidad médica encuentra una oferta integral, ajustada a la necesidad del paciente, y que en el proceso de rehabilitar su salud, no deba transitar por distintos lugares para completar su tratamiento.

En ese sentido, se utilizó una serie de índices de uso de servicio, basados en la consulta médica, los que se expone a continuación:

| <i>Tabla 32. Índices de uso de otros servicios por consulta</i> | |
|---|-------------------------|
| Índice | Otro servicio |
| 2.10 | Exámenes de laboratorio |
| 0.38 | Terapias respiratorias |
| 0.08 | Ecografías |
| 4.00 | Unidades de medicamento |

Estos valores sirven como referencia, como orientación para el control posterior, para efectuar evaluaciones que sirvan para reorientar las actividades o el presupuesto del negocio. Las actividades económicas son muy dinámicas, y la prestación de servicios de salud más aún, por lo que siempre será necesario evaluar los índices de uso de servicio.

La capacidad de producción, como una especie de límite operacional, ha sido establecida para las condiciones iniciales del relanzamiento del dispensario médico San Francisco, y para orientar las estimaciones realizadas, se empieza con una cuantificación diaria de los servicios posibles a brindar:

| <i>Tabla 33. Producción diaria a distintos niveles de capacidad</i> | | | | |
|---|------|------|------|------|
| SERVICIO | 100% | 40% | 60% | 80% |
| Consulta médica | 96 | 38 | 58 | 77 |
| Emergencias menores | 2 | 1 | 1 | 2 |
| Consulta odontológica | 3 | 1 | 2 | 2 |
| Pap | 2 | 1 | 1 | 2 |
| Valoración cardiológica | 0.50 | - | - | - |
| Exámenes Laboratorio clínico | 202 | 81 | 121 | 161 |
| Terapia respiratoria | 36 | 15 | 22 | 29 |
| Ecografías | 0.34 | - | - | - |
| Farmacia | 384 | 154 | 230 | 307 |
| Hidratación | 0.20 | 0.08 | 0.12 | 0.16 |
| Suma | 726 | 290 | 436 | 581 |

Arbitrariamente se ha establecido diferentes niveles de servicio que sirvan para orientar la ejecución de los distintos presupuestos, así se definieron cantidades para cada uno de los servicios al 100%, 40%, 60% y 80%, cifras que se mantienen en el presupuesto.

Precios de los servicios

Para presupuestar las operaciones de la Clínica, se considera una estrategia competitiva mediante precios bajos, acorde con el target de pacientes, con capacidad de pago, de estrato socio económico bajo. Así, las estimaciones se han realizado con precios promedio por cada tipo de servicio, como los indicados a continuación:

| SERVICIO | PRECIO \$ |
|------------------------------|-----------|
| Consulta médica | \$ 2.00 |
| Emergencias menores | \$ 5.00 |
| Consulta odontológica | \$ 5.00 |
| Pap | \$ 2.00 |
| Valoración cardiológica | \$ 10.00 |
| Exámenes Laboratorio clínico | \$ 3.00 |
| Terapia respiratoria | \$ 2.00 |
| Ecografías | \$ 10.00 |
| Farmacia | \$ 0.98 |
| Hidratación | \$ 5.00 |

Presupuesto de Venta de servicios

Con la información presentada en la Tabla 33 y en la Tabla 34, se puede presupuestar las ventas y los ingresos del dispensario, a distintos niveles de producción, esta información para una referencia diaria y mensual, se presenta a continuación.

| SERVICIO | 100% | 40% | 60% | 80% |
|------------------------------|-------|-----|-----|-------|
| Consulta médica | 192 | 77 | 115 | 154 |
| Emergencias menores | 10 | 4 | 6 | 8 |
| Consulta odontológica | 15 | 6 | 9 | 12 |
| Papanicolaou | 4 | 2 | 2 | 3 |
| Valoración cardiológica | 5 | 2 | 3 | 4 |
| Exámenes Laboratorio clínico | 605 | 242 | 363 | 484 |
| Terapia respiratoria | 73 | 29 | 44 | 58 |
| Ecografías | 3 | 1 | 2 | 3 |
| Farmacia | 375 | 150 | 225 | 300 |
| Hidratación | 1 | 0 | 1 | 1 |
| Suma | 1,284 | 513 | 770 | 1,027 |
| | | | | |

Tabla 36. Ingresos mensuales a distintos niveles de capacidad

| SERVICIO | 100% | 40% | 60% | 80% |
|------------------------------|--------|--------|--------|--------|
| Consulta médica | 4.608 | 1.843 | 2.765 | 3.686 |
| Emergencias menores | 242 | 97 | 145 | 194 |
| Consulta odontológica | 450 | 180 | 270 | 360 |
| Papanicolaou | 120 | 48 | 72 | 96 |
| Valoración cardiológica | 150 | 60 | 90 | 120 |
| Exámenes Laboratorio clínico | 14.515 | 5.806 | 8.709 | 11.612 |
| Terapia respiratoria | 1.751 | 700 | 1.051 | 1.401 |
| Ecografías | 81 | 32 | 48 | 65 |
| Farmacia | 9.009 | 3.603 | 5.405 | 7.207 |
| Hidratación | 24 | 10 | 14 | 19 |
| Suma | 30.951 | 12.379 | 18.570 | 24.761 |

El Presupuesto de Costos

La propuesta implica una política de manejar la mayor cantidad de costos como variables, es decir, que se relacionen directamente con la producción del dispensario, es así que se pretende establecer compromisos con los diferentes profesionales de atención de pacientes, por una participación sobre el precio unitario de los servicios, lo cual incentiva la productividad del capital humano.

Tabla 37. Resumen de costo total

| Concepto | Costo Total Mensual (\$) | Costo Anual (\$) | vc. Unitario | F. C. Anual | VC Mensual |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------|------------------------|-------------------|
| Materiales Directos | \$20,218 | \$242,616 | \$1.2 | 0.0 | \$20,218.0 |
| Personal Directo | \$6,267 | \$75,206 | 0.4 | 0.0 | 6,267.1 |
| Costos Indirectos | \$2,408 | \$28,896 | 0.1 | 28,895.6 | N/A |
| Gastos de Venta | \$200 | \$2,400 | 0.01 | 2,400.0 | N/A |
| Gastos Administrativos y Generales | \$807 | \$9,686 | 0.0 | 9,686.0 | N/A |
| Gastos Financieros | \$0 | \$0 | 0.0 | 0.0 | N/A |
| Suman | \$29,900 | \$358,803.2 | \$1.7 | <u>40,981.6</u> | \$26,485.1 |

El presupuesto de Costos se muestra en la tabla anterior, con la aclaración de que se trata de un resumen costo total, luego de ejecutar el costo de servicios en el detalle de costos directos e indirectos de la operación.

4.5 Factibilidad Financiera del Proyecto

El objetivo de realizar un estudio financiero del proyecto es el establecer la conveniencia o no en términos de beneficios, ayuda además a evitar el mal uso de los recursos. La información que se considera es la relativa a las inversiones a realizar, los ingresos, los costos y la diferencia entre estos. Los costos a los que se refiere el análisis no son costos contables, usualmente utilizados con fines tributarios o legales, se trata más bien de costos no contables que permiten medir el efecto neto en los resultados, es por ello que se usan rubros como costos fijos y variables.

4.5.1 Presupuesto de resultados

Luego de tener un presupuesto de Ventas, de Ingresos y de Costos, se puede presupuestar cuáles serían los resultados de la operación de la Clínica, es lo que se muestra en la Tabla 38.

| <i>Tabla 38. Resultados Año 1</i> | |
|-----------------------------------|------------|
| Ingreso anual | \$ 222,836 |
| Costo Variable Total | \$ 186,096 |
| Contribución | \$ 36,740 |
| Costo Fijo Total anual | \$ 40,982 |
| Beneficio Bruto | \$ (4,242) |

4.5.2 Análisis de punto de equilibrio

Un breve análisis de esta figura de resultados se puede realizar calculando el punto de equilibrio, es decir, cuál es el nivel operacional desde el cual se espera obtener beneficios. Esta información nos indica que a menos de 70% de actividad

se alcanza el equilibrio, que equivale a vender una sumatoria entre servicios y fármacos de 140 mil unidades, lo que significa un ingreso de 248 mil dólares.

| <i>Tabla 39. Análisis de punto de equilibrio</i> | |
|--|-------------------|
| CONCEPTO | VALOR (\$) |
| Producción Mensual a Capacidad | 17,427 |
| Producción Anual a Capacidad Q= | 209,126 |
| CV mensual | \$25,847 |
| CV anual | \$310,160 |
| CV unitario: vc | \$1.5 |
| CF mensual | \$3,415 |
| CF anual | \$40982 |
| CT mensual | \$29,261.8 |
| CT anual a Capacidad | \$351,142 |
| Precio Promedio: P | \$1.8 |
| Ingreso Mensual a Capacidad | \$30,949 |
| Ingreso Anual a Capacidad TR= | \$371,393 |
| Función de Ingresos a Capacidad TR=PQ* | \$371,393 |
| Breakeven | 139,962 |
| Breakeven %: | 66.9% |
| Breakeven TC=TR | \$248,563 |
| CT unitario | \$1.7 |

Este análisis matemático, es una herramienta de modelación del negocio que lo que busca es orientar las decisiones sobre qué tan viable es o no la actividad que se propone, y en este caso brinda un alto nivel de confianza para emprender la propuesta aquí presentada, debido a que el punto de equilibrio es relativamente bajo.

4.5.3 Flujo de caja

Los beneficios y flujo de caja esperado para el primer año de ejecución del proyecto se muestran en la tabla 40.

| Concepto | Trimestre 1 | Trimestre 2 | Trimestre 3 | Trimestre 4 | Total Año 1 |
|-----------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| Volumen de servicios | <u>20,913</u> | <u>31,369</u> | <u>31,369</u> | <u>41,825</u> | <u>125,476</u> |
| Ingresos por ventas | \$37,139 | \$55,709 | \$55,709 | \$74,279 | \$222,836 |
| - Costo Variable Total | <u>\$31,016</u> | <u>\$46,524</u> | <u>\$46,524</u> | <u>\$62,032</u> | <u>\$186,096</u> |
| = Margen en Ventas | \$6,123 | \$9,185 | \$9,185 | \$12,247 | \$36,740 |
| - Costos Fijos | \$10,245 | \$10,245 | \$10,245 | \$10,245 | \$40,982 |
| -Gastos financieros | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 |
| = Beneficio Bruto | -\$4,122 | -\$1,060 | -\$1,060 | \$2,001 | -\$4,242 |
| - % Trabajadores | <u>\$0</u> | <u>\$0</u> | <u>\$0</u> | <u>\$0</u> | <u>\$0</u> |
| - Impuestos | - | - | - | - | <u>\$0</u> |
| = Beneficio Neto | -\$4,122 | -\$1,060 | -\$1,060 | \$2,001 | -\$4,242 |
| + Depreciaciones | \$2,072 | \$2,072 | \$2,072 | \$2,072 | \$8,288 |
| ± Saldo Inicio Período[1] | \$0 | -\$2,050 | -\$1,038 | -\$27 | \$0 |
| = Flujo Neto de Efectivo[2] | -\$2,050 | -\$1,038 | -\$27 | \$4,046 | \$4,046 |

El flujo de caja en los primeros 3 trimestres se espera negativo, y al final del primer año de ejecución del proyecto una recuperación, esperándose positivo de cerca de 4 mil dólares.

El cálculo se ha realizado estimando ventas a un 40% de capacidad de producción para el primer trimestre, ventas a un 60% de la capacidad de producción en los trimestres 2 y 3, y un nivel de ventas compatible con el 80% de capacidad de producción para el trimestre 4. Esto configura el primer año de operaciones, se esperaría un beneficio negativo en el primer trimestre, de poco más de 2 mil dólares, y al final del primer año, un flujo positivo de cerca de 4 mil dólares. Para efectos de este presupuesto, se ha estimado una inversión inicial de 30 mil dólares, a utilizarse en adecuaciones básicas en la Clínica y la adquisición de mobiliario y equipos de cómputo, y sobre ese valor se estimó un gasto financiero considerado en la Tabla anterior.

En un horizonte de 5 años, el presupuesto de flujo de caja se muestra en la tabla siguiente:

| <i>Tabla 41. Flujo Neto de Efectivo Año 1 al 5</i> | | | | | |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Concepto | Año 1 | Año 2 | Año 3 | Año 4 | Año 5 |
| Volumen de servicios | 125,476 | 127,985 | 130,545 | 133,156 | 135,819 |
| Ingresos por ventas | \$ 222,836 | \$ 238,657 | \$ 250,590 | \$ 263,120 | \$ 276,276 |
| - Costo Variable Total | <u>\$ 186,096</u> | <u>\$ 199,309</u> | <u>\$ 213,460</u> | <u>\$ 213,460</u> | <u>\$ 224,133</u> |
| = Margen en Ventas | \$ 36,740 | \$ 39,349 | \$ 37,130 | \$ 49,660 | \$ 52,143 |
| - Costos Fijos | \$ 40,982 | \$ 41,801 | \$ 42,637 | \$ 43,490 | \$ 44,360 |
| -Gastos financieros | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 |
| = Beneficio Bruto | (\$ 4,242) | (\$ 2,453) | (\$ 5,507) | \$ 6,170 | \$ 7,783 |
| - % Trabajadores | \$ 0 | <u>\$0</u> | <u>\$0</u> | <u>\$925</u> | <u>\$1,167</u> |
| - Impuestos | <u>\$0</u> | <u>\$0</u> | <u>\$0</u> | <u>\$1,419</u> | <u>\$1,790</u> |
| = Beneficio Neto | (\$ 4,242) | (\$ 2,453) | (\$ 5,507) | \$ 3,825 | \$ 4,826 |
| + Depreciaciones | \$ 8,288 | \$ 8,288 | \$ 8,288 | \$ 8,288 | \$ 8,288 |
| ± Saldo Inicio Período[1] | <u>\$ 0</u> | <u>\$ 4,046</u> | <u>\$ 9,882</u> | <u>\$ 12,663</u> | <u>\$ 24,776</u> |
| = Flujo Neto de Efectivo[2] | \$ 4,046 | \$ 9,882 | \$ 12,663 | \$ 24,776 | \$ 37,890 |

4.5.4 Análisis de rentabilidad

El objetivo del dispensario médico San Francisco no es obtener lucro, sin embargo la racionalidad económica conduce a obtener los suficientes ingresos para cubrir los costos operacionales, de forma tal que se asegure la sostenibilidad en el tiempo, y la comunidad sea la que obtenga beneficios por los servicios que recibe. Los precios determinados tratan de cumplir con este concepto, tratando más bien de usar intensivamente los recursos disponibles, para en ese camino aumentar la eficiencia y por ende la rentabilidad.

| <i>Tabla 42. Análisis financiero del flujo de fondos</i> | |
|--|------------------------|
| <i>Tasa de descuento:</i> | 25% |
| <i>Períodos anuales</i> | <i>Flujo de Fondos</i> |
| <i>Año 0</i> | -29,232.0 |
| <i>Año 1</i> | \$ 4,046.34 |
| <i>Año 2</i> | \$ 9,881.58 |
| <i>Año 3</i> | \$ 12,662.74 |
| <i>Año 4</i> | \$ 24,776.09 |
| <i>Año 5</i> | \$ 37,889.63 |
| VAN | \$ 9,376.57 |
| TIR | 35% |

Obviamente un valor actual neto de menos de 10 mil dólares parecería poco atractivo, pero ya se indicó que el objetivo no es lograr beneficios financieros, aun así, se ha probado la bondad del flujo de caja con una tasa de descuento de 25%.

4.6 Políticas de calidad y atención a los pacientes del Dispensario médico San Francisco de Durán.

Una de las dimensiones más importantes para el control del desempeño de la unidad de salud, es la relacionada a la calidad de los servicios. Esta, es la que permitirá alcanzar los objetivos estratégicos de eficiencia y sostenibilidad del dispensario médico San Francisco. La política de calidad a establecerse deberá permitir una revisión periódica de los estándares, o medidas de desempeño mediante la evaluación de la información de las actividades que se realicen, para ello se utilizará reportes del sistema informático que se indica en la propuesta. Se comunicará la existencia de estándares de desempeño y presupuestos al personal, y periódicamente se expondrán los resultados obtenidos.

Se propone una normativa más una serie de indicadores que facilitarán la revisión permanente de la calidad de los servicios, en tres aspectos: recursos, procesos y resultados.

Recursos

- Estandarización de las calificaciones de los profesionales que presten atención directa e indirecta a los pacientes: médicos generales y especialistas, tecnólogos, enfermeras y personal administrativo. Significa que deben estar autorizados académicamente para realizar las funciones específicas de atención a pacientes, o las funciones técnicas en sus respectivas áreas, observando inclusive el cumplimiento de estudios de especialización, cuando sea necesario.
- Establecer protocolos de atención para los servicios médicos que se prestan, acorde al nivel de atención del dispensario médico.
- Guardar la proporcionalidad entre la cantidad de recurso humano y el volumen de servicios brindados, de acuerdo a los estándares para cada área.
- Áreas físicas, acorde con la normativa vigente para establecimientos de salud privados, definida por el Ministerio de Salud Pública.
- Observar la integralidad de los servicios que se presta a la población, es decir poner a disposición de los pacientes los servicios que procuren solucionar el problema de salud que lo lleva al centro médico, de acuerdo con el nivel de atención primaria.

Procesos de atención:

- Observar y evaluar el cumplimiento de estándares de atención para la prestación de consultas: 4.5 consultas por hora por médico.
- Tiempo de respuesta de atención en consultas médicas: no más de una hora como tiempo de espera del paciente.
- Tiempo de respuesta en la obtención de resultados en el servicio de laboratorio clínico: en el mismo día si la muestra es tomada hasta las 11 A.M., y al siguiente día laborable si la muestra es tomada luego de las 11 A.M. ,no se realizarán pruebas especiales.
- Tiempo de respuesta en el diagnóstico de ecografías: no más de una hora luego de realizado el procedimiento.

- Capacidad de respuesta en stock de medicamentos del botiquín: que mínimo en el 90% de los casos se encuentre a disposición del paciente los medicamentos recetados por los médicos de la unidad de salud.
- Registro y mantenimiento de información médica en el sistema informático: la información debe estar en línea, disponible para los profesionales médicos, con el estándar de permisos de acceso y edición de datos que aseguren la integralidad y confidencialidad de la información.
- Comparación periódica, con frecuencia mensual, de los estándares con el desempeño de los servicios.
- Comparación periódica, con frecuencia semestral, de los tratamientos médicos prescritos con los protocolos establecidos por especialidad. Para esto se realizará un muestreo aleatorio de los casos, con procedimientos estadísticos normalmente aceptados.
- Servicios de consulta que cumpla con los procedimientos de remisión cuando sea necesaria, y de orientación al paciente para continuar su tratamiento.

Resultados

- Establecer una encuesta periódica de satisfacción del usuario.
- Definir presupuestos anuales de actividades, de costos y resultados financieros para el dispensario médico.
- Evaluar periódicamente los resultados obtenidos contra el presupuesto que se haya definido en el periodo correspondiente.
- Control de costo directo promedio por servicio, es decir el costo de total de personal y los recursos materiales de atención directa al paciente entre el número de servicios brindados. Se deberá hacer un seguimiento mensual de este indicador.
- Control del costo del personal como porcentaje del costo total de operaciones del dispensario médico.
- Control de la intensidad de uso de servicios por consulta: pruebas de laboratorio, unidades de medicamento y exámenes de ecografía por consulta.

Estas políticas se proponen de forma inicial y en la evolución de la unidad de salud se deberán revisar, actualizar y conformarse específicamente de acuerdo a los requerimientos de la empresa y de las necesidades de los usuarios.

Conclusiones

En la realización del estudio se ha utilizado conceptos académicos del campo de la gerencia para analizar el dispensario médico San Francisco, su condición actual, la relación con el entorno y proponer una alternativa viable para su desarrollo.

Estos conceptos son los que permiten observar una institución débil, con oferta reducida y leja de satisfacer las necesidades de salud de los pacientes, además de no contar con un financiamiento sostenible a largo plazo. El análisis numérico es un aporte básico para comprender la situación de la institución, más, la gerencia apunta a proyectar lo que sucede en la empresa y lograr un impacto positivo en sus clientes.

La población objetivo del estudio es de estrato económico pobre, y aun así tiende a utilizar servicios privados, o ir a la ciudad de Guayaquil en busca de solución a sus problemas de salud. Esto dice de la oportunidad con que es posible actuar para desarrollar un dispensario médico más robusto, que asegure un mejor nivel de atención.

Las personas acuden al dispensario en busca de una solución a un problema de salud, lo que el dispensario debe proveer es la más completa solución a nivel primario, es decir consulta, diagnóstico y tratamiento médico o farmacológico. A este nivel de atención la ayuda diagnóstica comprende servicio de laboratorio clínico básico, ecografía y de ser posible radiología básica; para el tratamiento se debe ofrecer un stock de medicinas relacionadas con la especialidad que ofrece la institución. Si el dispensario no ofrece una solución integral, el paciente debe buscar el complemento para satisfacer sus necesidades en otra institución u otro proveedor complementario, sea laboratorio o farmacia.

En nuestro medio es común observar esta debilidad en instituciones de todos los tamaños, aún grandes hospitales, los que están rodeados de proveedores de todos los servicios que debe brindar la institución, en una clara muestra de que los pacientes deben buscar más de un lugar para solucionar las necesidades de salud que tengan.

El plan propuesto para el dispensario muestra viabilidad técnica, debido a que es posible llevar a cabo las adecuaciones físicas y materiales para ejecutar el proyecto, además muestra viabilidad de gestión, porque existe la capacidad gerencial para llevar a cabo el proyecto de forma eficiente. Finalmente la propuesta muestra ser conveniente desde el punto de vista financiero, debido a que demuestra rentabilidad con respecto a los recursos invertidos en la ejecución.

Recomendaciones

El proyecto de mejorar y desarrollar el Dispensario Médico San Francisco a más de ser viable, es recomendable por el impacto que puede recibir la comunidad. Se trata de barrios deprimidos económicamente, que no viven en condiciones ventajosas, y en los que las personas naturalmente comparten condiciones de riesgo para su salud.

La mayor recomendación es la de argumentar con los directivos de la fundación Physicians for Humanity, para que en lugar de mantener un financiamiento para los sueldos de los profesionales que laboran en el dispensario, se haga un esfuerzo para remodelar la unidad, y por parte de los directivos del dispensario, cambiar el esquema de contratación, hacerlo bajo condiciones de pago por productividad, de forma que los costos variables sean porcentualmente mayores, aliviando la carga fija de la institución.

Este modelo de contratación es aplicado con éxito en muchas instituciones de Guayaquil y la comunidad recibe el mayor beneficio expresado en servicios que le son más accesibles.

La capacidad de gasto que tiene la población para acceder a servicios de salud privado no ha sido parte del alcance de este estudio, únicamente se ha

señalado que un porcentaje de la población dice acudir a centros de salud privados.

Finalmente, se puede afirmar que el desarrollo sostenible del Dispensario Médico San Francisco de Durán podría constituir un ejemplo de cómo la gerencia aporta para aliviar los problemas de la población, haciendo un mejor uso de los recursos disponibles, aprovechando las oportunidades para lograr brindar más servicios de salud, al alcance de la comunidad, los mismos que deben ser ofertados con la calidad y el humanismo que requiere tan noble labor.

ANEXO 1

Encuesta realizada a los usuarios del Dispensario Médico “San Francisco”.

1) Edad Años

2) Tiene usted pareja? Si No

3) Número de hijos

0; 1; 2; 3; 4; 5

4) Enfermó usted o alguien de su familia en el presente año?

Si No

5) Diga qué tipo de enfermedad tuvo usted o su familiar

a) Respiratoria

b) Intestinal

c) Enfermedad de la piel

d) Enfermedad durante el embarazo

e) Enfermedad del corazón

f) Heridas

6) Cuántas veces ha necesitado ir al médico durante el último año?

0; 1; 2; 3; 4; 5; 6

7) Generalmente dónde acude cuando necesita ir al médico?

a) Al centro o sub centro de salud del Ministerio de Salud

b) Al hospital del IESS

c) Médico o centro médico privado

d) Va a Guayaquil

8) Nivel de educación alcanzado

a) Primaria

b) secundaria

c) Superior

ANEXO 2

Tipología de los Establecimientos de salud

Los establecimientos de servicios de salud, se clasifican por nivel de atención y de acuerdo a su capacidad resolutive en:

- Primer nivel de atención
- Segundo nivel de atención
- Tercer nivel de atención

Además existirá un sistema nacional de atención de emergencia

| Niveles de atención, niveles de complejidad, categoría y nombres de los establecimientos de salud | | | |
|--|------------------------|--|--|
| Niveles de atención | Niveles de complejidad | Categoría de establecimientos de salud | Nombre |
| Primer nivel de atención | 1er nivel | I – 1 | Puesto de salud |
| | 2do nivel | I – 2 | Consultorio general |
| | 3er nivel | I – 3 | Centro de salud rural |
| | 4to nivel | I – 4 | Centro de salud urbano |
| | 5to nivel | I – 5 | Centro de salud de 12 horas |
| | 6to nivel | I – 6 | Centro de salud de 24 horas |
| Segundo nivel de atención | 1er nivel | II – 1 | Consultorio de especialidad(es) clínico quirúrgico |
| | | II – 2 | Centro de especialidades |
| | 2do nivel | II – 3 | Centro clínico quirúrgico ambulatorio (Hospital del día) |
| | 3er nivel | II – 4 | Hospital básico |
| | 4to nivel | II – 5 | Hospital general |
| Tercer nivel de atención | 1er nivel | II – 1 | Centros especializados |
| | 2do nivel | III – 2 | Hospital especializado |
| | 3er nivel | III – 3 | Hospital de especialidades |

Servicios de apoyo

Apoyo diagnóstico transversal a los niveles de atención

| Establecimiento | Característica | Categoría de establecimientos de salud |
|-----------------|--|--|
| Laboratorio | Laboratorio general | L - 1 |
| | Laboratorio clínico de especialidades de mediana complejidad | L - 2 |
| | Laboratorio de alta complejidad | L - 3 |

| Establecimiento | Característica | Categoría de establecimientos de salud |
|-----------------|--|--|
| Imagen | Establecimiento de imágenes básico | I - 1 |
| | Establecimiento de imagen con intervencionismo diagnóstico especializado | I - 2 |
| | Laboratorio de alta complejidad | I - 3 |

| Establecimiento | Característica | Categoría de establecimientos de salud |
|----------------------------------|-----------------------|--|
| Laboratorio fisiológico Dinámico | Cardiovasculares | F - 1 |
| | Músculos esqueléticos | F - 2 |
| | Neurofisiológico | F - 3 |
| | Metabólico | F - 4 |

I NIVEL DE ATENCIÓN

El I nivel de atención se clasifica en los siguientes tipos de establecimientos:

- I. 1 Puesto de salud
- I. 2 Consultorio general
- I. 3 Centro de salud rural
- I. 4 Centro de salud urbano
- I. 5 Centro de salud urbano de 12 horas
- I. 6 Centro de salud urbano de 24 horas

Estos establecimientos podrán contar con el apoyo de unidades móviles de medicina general y odontología, que prestarán servicios programados e itinerantes; su misión es extender la cobertura de atención a comunidades distantes y en lugares donde no existan servicios de salud.

DEFINICIONES DE I NIVEL DE ATENCIÓN

El I nivel es el más cercano a la población, facilita y coordina el flujo del paciente dentro del sistema, garantiza una referencia y contra referencia adecuada, y asegura la continuidad y longitudinalidad de la atención. Promueve acciones de salud pública de acuerdo a normas emitidas por la autoridad sanitaria. Es ambulatorio y resuelve problemas de salud de corta estancia. Es la puerta de entrada obligatoria al sistema nacional de salud.

El I nivel de atención define los siguientes tipos de establecimiento:

I – 1 Puesto de salud

Es un establecimiento de salud del sector público, que presta servicios de promoción y prevención de la salud, actividades de participación comunitaria y primeros auxilios; su población asignada o adscrita es de menos de 2000

habitantes; cumple con las normas de atención del MSP, cuenta con botiquín e informa mensualmente de sus actividades al nivel correspondiente. Es la unidad de máxima desconcentración, atendida por un auxiliar de enfermería o técnico superior en enfermería; está ubicado en la zona rural de amplia dispersión poblacional con un horario de trabajo de 8 horas.

I – 2 Consultorio General

Es un establecimiento de salud que presta atenciones de diagnóstico y/o tratamiento tanto en Medicina General, odontología general y Odontología integral, cumple con las normas de atención del MSP.

I – 3 Centro de salud Rural

Es un establecimiento de salud del sector público que cubre una población de 2000 a 6000 habitantes asignados o adscritos, ubicados en el sector rural y su horario es de 8 horas. Presta servicios de prevención, promoción, recuperación de la salud, cuidados paliativos, atención médica y de emergencia, atención odontológica, enfermería y actividades de participación comunitaria, tiene botiquín, cumple con las normas de atención del MSP.

I – 4 Centro de Salud Urbano

Es un establecimiento de salud del sector público que cubre una población de 2000 a 10000 habitantes, asignados o adscritos, ubicado en el sector urbano, su horario es de 8 horas, presta servicios de prevención, promoción, recuperación de la salud, cuidados paliativos, atención médica y de emergencia, atención odontológica, enfermería y actividades de participación comunitaria, tiene farmacia institucional; cumple con las normas de atención del MSP.

I – 5 Centro de Salud de 12 horas urbano

Es un establecimiento de salud del sector público que cubre una población de 10000 a 50000 habitantes, asignados o adscritos, con horario de atención de 12 horas, que brinda servicios de prevención, promoción, recuperación de la salud, cuidados paliativos, atención médica y de emergencia; a través de los servicios de

Medicina general y de especialidades básicas, Odontología, Psicología y Enfermería, puede disponer de servicios de apoyo en nutrición y trabajo social. Dispone de Servicios Auxiliares de Diagnóstico en laboratorio clínico, imagenología básica, y opcionalmente audiometría; Farmacia institucional; promueve acciones de salud pública y participación social; cumple con las normas y programas de atención del MSP. Atiende referencias y contra referencias.

I – 6 Centro de Salud Urbano de 24 horas

Es un establecimiento de salud del sector público que realiza acciones de prevención, promoción, recuperación de la salud, cuidados paliativos, atención médica y de emergencia; a través de los servicios de Medicina general y de especialidades básicas, Odontología, Psicología y Enfermería, Maternidad de corta estancia y Emergencia; Dispone de Servicios Auxiliares de Diagnóstico en laboratorio clínico, imagenología básica, y opcionalmente audiometría; Farmacia institucional; promueve acciones de salud pública y participación social; cumple con las normas y programas de atención del MSP. Atiende referencias y contra referencias.

II NIVEL DE ATENCIÓN

El II nivel de atención se clasifica en los siguientes tipos de establecimientos:

AMBULATORIO

II. 1 Consultorio de especialidad(es) clínico quirúrgicas

II. 2 Centro de Especialidades.

III . Centro Clínico- Quirúrgico Ambulatorio (Hospital del Día)

HOSPITALARIO

II. 5 Hospital Básico

II. 6 Hospital General

Estos establecimientos podrán contar con el apoyo de unidades móviles quirúrgicas y de especialidad, que prestarán servicios programados e itinerantes; su misión es extender la cobertura de atención a comunidades distantes y en lugares donde no existan servicios de salud.

DEFINICIONES DEL II NIVEL DE ATENCIÓN

El II Nivel de Atención comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización. Constituye el escalafón de referencia inmediata del I Nivel de Atención. Se desarrolla nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria, el hospital del día. (Centro clínico quirúrgico ambulatorio).

AMBULATORIO

II.1 Consultorio de Especialidad(es) Clínico-Quirúrgicas. Es un establecimiento de salud independiente cuya asistencia está dada por un profesional de la salud legalmente registrado, de las especialidades y subespecialidades reconocidas por la ley.

II.2 Centro de Especialidades. Es un establecimiento de salud con personería jurídica y Director Médico responsable legalmente registrado que da atención de consulta externa en las especialidades básicas y subespecialidades reconocidas por la ley, con servicios de apoyo básico.

II. 3 Centro Clínico-Quirúrgico Ambulatorio (hospital del Día)

Es un establecimiento, ambulatorio de servicios programados, de diagnóstico y/o tratamiento clínico o quirúrgico, utilizando tecnología apropiada. Dispone de camillas y camas de recuperación para una estancia menor a 24 horas. Cuenta con las especialidades y subespecialidades reconocidas por la ley, farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia interna para el establecimiento privado con un stock de medicamentos autorizados. Dispone de servicios de: Consulta externa, centro quirúrgico, emergencia y enfermería; puede

contar con los servicios de apoyo de: nutrición, psicología, laboratorio clínico e imagen. Las camas de este centro no son censables.

HOSPITALARIO

II.5 Hospital Básico.

Establecimiento de salud que brinda atención Clínico-Quirúrgica y cuenta con los servicios de: Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización Clínica, Hospitalización Quirúrgica, Medicina Transfusional, farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia interna para el establecimiento privado con un stock de medicamentos autorizados; Atención Básica de Quemados, Rehabilitación y Fisioterapia, Trabajo Social, cuenta con las Especialidades Básicas (Medicina Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Cirugía General, Anestesiología) (Odontología, Laboratorio clínico, Imagen. Efectúa acciones de fomento, protección y recuperación de la salud, cuenta con servicio de enfermería, resuelve las referencias de las unidades de menor complejidad y direcciona la contra referencia.

II.6 Hospital General

Establecimiento de salud que brinda atención Clínico-Quirúrgica y ambulatoria en Consulta Externa, Hospitalización, cuidados intensivos, cuidados intermedios y emergencias; con especialidades básicas y subespecialidades reconocidas por la ley.

Además de los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento (Laboratorio Clínico, Imagenología, Anatomía Patológica, Nutrición y Dietética, Medicina Física y Rehabilitación), farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia interna para el establecimiento privado; Unidad de Diálisis, Medicina Transfusional, Trabajo Social, Unidad de Trauma, Atención Básica de Quemados.

Resuelve las referencias recibidas de las unidades de menor complejidad y direcciona la contra referencia.

III NIVEL DE ATENCIÓN

El III Nivel de Atención se clasifica en los siguientes tipos de establecimientos:

Ambulatorio

III.1 Centro Especializado

Hospitalario

III.2 Hospital Especializado.

III. 3 Hospital de Especialidades.

DEFINICIONES DEL 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; resuelve 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; se incluyen los siguientes.

AMBULATORIO

III. 1 Centro Especializado

Establecimiento de salud, con personería jurídica legalmente registrado, bajo la especialidad de un médico especialista o sub especialista, con o sin hospitalización, que presta servicios de apoyo diagnóstico, terapéutico, recuperación o rehabilitación de una especialidad definida como: Centros de Hemodiálisis, Radioterapia Externa, Hemodinámica.

HOSPITALARIO

III.2 Hospital Especializado

Establecimiento de salud de alta complejidad, que provee atención ambulatoria en consulta externa, emergencia y hospitalaria de una determinada especialidad y/o subespecialidad, farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia

interna para el establecimiento privado de acuerdo al perfil epidemiológico y/o patología específica de tipo agudo y/o crónico; atiende a la población mediante el sistema de referencia y contra referencia. Esta atención médica especializada demanda de tecnología de punta, recursos humanos, materiales y equipos especializados.

III. 3 Hospital de Especialidades

Establecimiento de salud de la más alta complejidad, que provee atención ambulatoria en consulta externa, emergencia y hospitalización en las especialidades y subespecialidades de la medicina, farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia interna para el establecimiento privado. Destinado a brindar atención clínico-quirúrgica en las diferentes patologías y servicios.

Atiende a la población del país a través del sistema de referencia y contra referencia; su ámbito de acción es nacional o regional.

Consideraciones generales

PRIMERA.- En todos los establecimientos de salud se aplicará la estrategia de atención primaria de salud acorde a las necesidades de la población.

SEGUNDA.- La atención en cuidados paliativos es integral y se brindará en los tres niveles de atención.

TERCERA.- El sector salud representado por el Ministerio de Salud Pública, promoverá la investigación científica, y su integración con la actividad asistencial y docente en todas las unidades de salud que conforman el sistema nacional de salud, y orientará al abordaje de los problemas de salud prioritarios.

CUARTA. El flujo del usuario se regirá estrictamente según la normativa del sistema de referencia y contra referencia emitida por el Ministerio de Salud Pública.

QUINTA.- La operativización de este acuerdo se complementará mediante el acuerdo de licenciamiento de servicios de salud.

SEXTA.- El marco jurídico de aplicación de este acuerdo es de todo el sector salud vigente en la República del Ecuador.

SEPTIMA.- Las farmacias de venta al público serán consideradas como establecimientos que se someterán al reglamento de control y funcionamiento de los establecimientos farmacéuticos y el reglamento de sectorización para farmacias y botiquines.

Dado en el Distrito Metropolitano de Quito, a 4 de abril del 2011.

f) Dr. David Chiriboga Allnutt, Ministro de Salud Pública.

GLORARIO DE TÉRMINOS

Nivel de atención: conjunto de establecimientos de salud organizados bajo un marco jurídico, legal y normativo; con niveles de complejidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia las necesidades las necesidades sentidas de salud de la población.

Nivel de complejidad: es el grado de diferenciación y el desarrollo de los servicios de salud, en relación al nivel de atención al que corresponde, alcanzado mediante la especialización y tecnificación de sus recursos. Guarda relación directa con la categorización de establecimientos de salud.

Categoría: tipo de establecimientos de salud que comparten funciones, características y niveles de complejidad comunes, las cuales responden a realidades socio-sanitarias similares y están diseñadas para enfrentar demandas equivalentes. Es un atributo de la oferta, que debe considerar el tamaño, nivel tecnológico, y la capacidad resolutive cualitativa y cuantitativa de la oferta recursos.

Capacidad resolutive: es el grado de la oferta de servicios, para satisfacer las necesidades de salud de la población en términos:

Cuantitativos: es la capacidad que tienen los recursos de un establecimiento para producir la cantidad de servicios suficientes para satisfacer el volumen de necesidades existentes en la población.

Cualitativos: es la capacidad que tienen los recursos de un establecimiento para producir el tipo de servicios necesarios para solucionar la severidad de las necesidades de la población.

Categorización: es el proceso que conduce para homogenizar los diferentes establecimientos de salud, en base a niveles de complejidad y a características funcionales, que deben responder a las necesidades de salud de la población que atiende.

Farmacia institucional: es un servicio que funciona en los establecimientos de salud públicos autorizados, que cumplen los requisitos y disposiciones establecidas en el Reglamento de Control y Funcionamiento de los establecimientos farmacéuticos vigente, para atención de los usuarios de estos establecimientos; excepto o con el estudio de sectorización.

Farmacia interna: es un servicio que funciona en los establecimientos de salud privados autorizados, que cumple los requisitos y disposiciones establecidas en el Reglamento de Control y Funcionamiento de los establecimientos farmacéuticos vigente, para atención a los usuarios de estos establecimientos, excepto con el estudio de sectorización.

Botiquín: es un servicio farmacéutico autorizados para la entrega de medicamentos de acuerdo al stock correspondiente a su nivel que dispone de la lista de medicamentos y otros productos que determine la autoridad sanitaria nacional; funcionarán en zonas rurales en las que no existan farmacias y deben cumplir en todo tiempo con prácticas adecuada de almacenamiento, cumplen los requisitos y disposiciones establecidas en el Reglamento de Control y Funcionamiento de los establecimientos farmacéuticos vigente.

Modelo de atención de salud: es el marco conceptual de referencia que define el conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos de instrumentos que operando coherentemente garantizan la atención a la persona, familia y comunidad, a través de los tres niveles de atención, para satisfacer sus necesidades de salud.

Unidad móvil de Medicina General y Odontológica: es un servicio estratégico de salud móvil: terrestre, fluvial o aérea, adscrito al establecimiento de salud de mayor complejidad que presta atención itinerante de Medicina General, Enfermería, Odontología y Psicología con servicios de promoción, prevención, educación para la salud, recuperación de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ballesteros, A. (2004). *Bases científicas de la administración, Salud Pública*. Editorial McGraw-Hill. México, D.F.
2. Bateman, T (2003). *Administración: Una ventaja competitiva*. 4ta edición. McGraw-Hill. México, D.F.
3. Barquín, M. (2004). *Dirección de Hospitales*. 7ma edición. McGraw-Hill. México, D.F.
4. Blanco, Jorge et.al. *Fundamentos de Salud Pública*. Tomo I. Colombia. 2da edición. 2005 Centro de proyectos para el desarrollo, CENDEX. *Estrategias de producción y mercado para los servicios de salud* (2001). Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.
5. Condiciones de vida de los Ecuatorianos. Quinta Ronda. 2005-2006. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/web/guest/publicaciones/anuarios/inv_soc/con_vid
6. González, Norma. *Organización y administración de los servicios de salud*. (2006). Universidad Autónoma del estado de México.
7. Grant, E. L y Leavenworth, R. S. (2005). *Control Estadístico de Calidad*. 6ta edición. McGraw-Hill. México, D.F.
8. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado y Pilar Baptista L. (2006). *Metodología de la Investigación*. Editorial McGraw-Hill. México, D.F.
9. INEC, *Anuario estadístico de recursos y actividades de salud*, 2010
10. INEC, *Censo de población y vivienda*, 2010.
11. Instituto Geográfico Militar. *Atlas Geográfico del Ecuador 2010*. IGM
12. Jaramillo, Juan. *Principios de gerencia y administración de servicios médicos y hospitales*. (1998). Editorial de la Universidad de Costa Rica.

13. Kerin, Berkowitz. *Marketing*. (2004). Editorial Mc Graw-Hill, 7° Edición.
14. Lamata, Fernando. *Manual de administración y gestión sanitaria*. (1998). Díaz de Santos editorial. Madrid.
15. León, C. (2007). *Evaluación de inversiones, un enfoque privado y social*. 1era edición. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo, Perú.
16. Levin, R. y Rubin, D.(1996). *Estadística para administradores*. 6ta edición. Prentice Hall Hispanoamericana. México, D.F.
17. Levin, Richard. *Estadística para administración y economía*. (2004). Editorial Pearson Educación. México D.F. 7ª edición,
18. Martínez, Juan. *Nociones de Salud Pública*. (2003). Editorial Díaz de Santos. 2da edición. Madrid
19. OPS. *Dotación de recursos humanos en Salud. Nuevas perspectiva de análisis*. 2005
20. OPS. *Investigación Aplicada en salud pública: Métodos cualitativos*.2005
21. OPS/OMS Ecuador, *Informes finales de Ejecución de proyectos auspiciados por ECHO y USAID*, 2008
22. Rangel, E. (2006). *Guía didáctica de la materia “Marketing de servicios de la Salud”*. 1era edición. UCSG
23. Robbins, S (2001). *Comportamiento Organizacional, Teoría y Práctica*. Prentice-Hall Hispanoamericana, México D.F.
24. Sapag, N. (2003). *Evaluación de proyectos privados de salud*. Editorial Universitaria. 3ra edición. Santiago de Chile.
25. Sapag, N. y Sapag, R. *Preparación y evaluación de proyectos*. (2001). McGraw-Hill. México, D.F.

26. Secretaría Técnica del Frente Social, Unidad de Análisis – SIISE. *Tendencias del desarrollo social en el Ecuador, 1990 – 2003*. Quito: SIISE; 2006.
27. Temes, J.L. (2002). *Gestión Hospitalaria*. 3° edición. Editorial Mc Graw-Hill, México D.F.
28. Varighan, P. *Salud comunitaria: Manual de epidemiología para gestión*. 1997. SILOS
29. *Programa de control de calidad. Universidad de Aquino. Bolivia*. Disponible en: <http://publishing.yudu.com/Freedom/Anjdj/Gerencia/resources/10.htm>
30. Werther, W. (2005). *Administración del personal y recursos humanos*. 5ª edición. Editorial Mc Graw Hill México D.F
31. http://beta.usb.edu.co/sitefiles/files/plan_estrategico_desarrollo.pdf
32. http://www.mmrree.gov.ec/mre/documentos/pol_internacional/multilateral/derechos%20humanos/DOC/InformeAlternativoDESCsociedadcivil2001.doc
33. <http://www.agapea.com/administracion-sanitaria-y-sistemas-de-salud-n167476i.htm>
34. <http://www.cdc.gov/Spanish/phppo/planestrategico.htm>