UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO - CEPOS

TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

MAGÍSTER EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

TEMA:

"EL MODELO DE ATENCIÓN Y SU INCIDENCIA EN LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD 24H-POSORJA, DE LA PARROQUIA POSORJA, CANTÓN GUAYAQUIL, PROVINCIA DEL GUAYAS".

AUTOR:

Obst. Mariana Morán Cruz

TUTOR:

Obst. Ana Pasos Baño, Msc.

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2015

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

Babahoyo, 23 de noviembre del 2015.

Sr. Ing.
Fabián Toscano Ruiz MBA.
DIRECTOR DEL CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
Presente.-

Yo, Obst. Ana Pasos Baño, Msc. Tutora del Proyecto de Tesis titulado "El Modelo de Atención y su incidencia en la Gestión de los Servicios de Salud del Centro de Salud 24H-Posorja, de la parroquia Posorja, cantón Guayaquil, provincia del Guayas", tema que corresponde a la maestrante: Obst. Mariana Morán Cruz.

Certifico: Que la mencionada maestrante ha cumplido con los requisitos requeridos por su dirección, por tanto considero está apta para la sustentación de Tesis.

Sin otro particular, se suscribe de Usted.

Cordialmente,

Obst. Ana Pasos Baño, Msc
TUTORA

DEDICATORIA

Esta tesis va dedicada a Dios quien supo darme la fortaleza que necesito para continuar adelante y no desmayar en los problemas que se me presentaban, y enseñarme a superar las adversidades y no desfallecer en el intento.

A mi familia que ha estado siempre a mi lado dándome el apoyo y el empujoncito de confianza cuando he estaba a punto de desfallecer en el intento de seguir en esta maestría.

Obst. Mariana Morán Cruz

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por ser misericordioso conmigo por darme la fortaleza y gracia cada día de mi vida para seguir adelante en la vida y por darme la maravillosa familia que tengo siempre dándome el apoyo incondicional para llegar a la culminación de esta etapa de mi carrera profesional.

Obst. Mariana Morán Cruz

INDICE

DEDICATORIA iii
AGRADECIMIENTO iv
ABSTRACT xi
1 INTRODUCCIÓN 1
2 TEMA 3
3 MARCO CONTEXTUAL 4
Contexto Internacional 4
Contexto nacional 6
Contexto Local 12
4 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA 17
5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 19
Problema general 19
Problemas específicos 19
6 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN 20
7 JUSTIFICACIÓN 21
8 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN 22
Objetivo general 22
Objetivos específicos 22
9 MARCO TEÓRICO 23
MARCO CONCEPTUAL 23
9.1.1 Servicios de salud 23
9.1.2 Evaluación de servicios de salud 23
9.1.3 Satisfacción al usuario 23
9.1.4 Normas de calidad 24

9.1.5 Salud 24

9.1.6 Determinantes de la Salud 25

9.1.7 La Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) 25

9.1.8 El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAISFCI) 26

MARCO REFERENCIAL 26

9.1.9 Antecedentes investigativos 26

9.1.10 REFERENCIA TEÓRICA 28

POSTURA TEÓRICA 43

10 HIPÓTESIS 44

Hipótesis general 44

Hipótesis específicas 45

VARIABLES 45

10.1.1 Variable Independiente 45

10.1.2 Variable Dependiente 46

Operacionalización de variables 47

Metodología de la Investigación 48

10.1.3 Modalidad de la Investigación cuantitativa 48

10.1.4 Tipo de investigación 48

10.1.5 Métodos y técnicas de la investigación 49

EL UNIVERSO 50

10.1.6 El Universo o Población 50

10.1.7 Muestra 50

11 ANÁLISIS DE RESULTADOS 52

Análisis e interpretación de encuestas aplicadas a los usuarios del centro de salud 24-h Posorja 52

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS ENCUESTAS APLICADAS AL PERSONAL OPERATIVO DEL CENTRO DE SALUD 24-H POSORJA 63

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA ENTREVISTA APLICADA A LAS AUTORIDADES DEL CENTRO DE SALUD 24-H POSORJA 76

Conclusiones y Recomendaciones 77

11.1.1 Conclusiones 77

11.1.2 Recomendaciones 78

12 PROPUESTA DE APLICACIÓN DE RESULTADOS 80

12.1 Alternativa obtenida 80

12.2 Alcance de la alternativa 81

12.3 Aspectos básicos de la alternativa 81

12.3.1 Antecedentes 81

12.3.2 Justificación 82

12.3.3 Planteamiento de la Propuesta 83

12.3.4 Objetivos 83

12.4 Estructura de la propuesta 84

12.4.1 Desarrollo de la propuesta 84

13 BIBLIOGRAFIA 99

14 ANEXOS 101

ANEXO No. 1 101

ANEXO No. 2 103

ANEXO No. 3 105

ANEXO No. 4 106

ANEXO No. 5 107

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico No. 1.- Ubicación GeoPortal 12

Gráfico No. 2.- Organigrama Emergencia 13

Gráfico No. 3.- Organigrama Atención General 14

Gráfico No. 4.- Características distintivas 30

Gráfico No. 5.- Componentes del MAIS 34

Gráfico No. 6.- Componente de organización 35

Gráfico No. 7.- Frecuencia de asistencia 53

Gráfico No. 8.- Asistencia al centro de salud 54

Gráfico No. 9.- Obtención de turnos 55

Gráfico No. 10.- Obtención de turnos 56

Gráfico No. 11.- Consulta 57

Gráfico No. 12.- Registro de historial clínico 58

Gráfico No. 13.- Preparación del paciente 59

Gráfico No. 14.- Información de salud 60

Gráfico No. 15.- Atención de calidad 61

Gráfico No. 16.- Atención de calidad 62

Gráfico No. 17.- Actividades sociales 64

Gráfico No. 18.- Historial clínico 65

Gráfico No. 19.- Identificación de necesidades de salud 66

Gráfico No. 20.- Derivación, transferencia, referencia o contra-referencia 67
Gráfico No. 21.- Derechos y prestaciones 68
Gráfico No. 22.- Toma de peso, talla y Presión Arterial 69
Gráfico No. 23.- Seguimiento y monitoreo 70
Gráfico No. 24.- Cumplimiento de Plan de Acciones 72
Gráfico No. 25.- Cumplimiento de atención extramural o comunitaria 74
Gráfico No. 26.- Cumplimiento de atención intramural o en el establecimiento 75

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Frecuencia de asistencia 53
Tabla 2: Asistencia al centro de salud 54
Tabla 3: Obtención de turnos 55
Tabla 4: Obtención de turnos 56
Tabla 5: Consulta 57
Tabla 6: Registro de historial clínico 58
Tabla 7: Preparación del paciente 59
Tabla 8: Información de salud 60
Tabla 9: Atención de calidad 61
Tabla 9: Atención de calidad 62
Tabla 11: Actividades sociales 64
Tabla 12: Historial clínico 65
Tabla 13: Identificación de necesidades de salud 66
Tabla 14: Derivación, transferencia, referencia o contra-referencia 67
Tabla 15: Derechos y prestaciones 68
Tabla 16: Toma de peso, talla y Presión Arterial 69
Tabla 17: Seguimiento y monitoreo 70
Tabla 18: Cumplimiento de Plan de Acciones 72
Tabla 19: Cumplimiento de atención extramural o comunitaria 74
Tabla 19: Cumplimiento de atención intramural o en el establecimiento . 75

RESÚMEN

El Ecuador se encuentra atravesando por cambios sustanciales en el sector salud, lo que directa o indirectamente causa resistencia o inconformidades en usuarios y personal operativo cuando no se ha implementado en su totalidad o cuando no se socializa oportunamente estos cambios. El Ministerio de Salud Pública ha implementado un nuevo modelo de atención con miras a mejorar los servicios de salud, de ahí radica la importancia de investigar la incidencia del actual modelo de atención en la gestión de los servicios de salud del Centro de Salud 24H-Posorja, ubicado en la parroquia Posorja, del cantón Guayaquil, provincia del Guayas. En este contexto, en la presente investigación se pretende conocer los resultados de las evaluaciones desarrolladas sobre el modelo de atención, además de identificar los nudos críticos existentes y las estrategias adoptadas en la implementación del modelo en mención, realizando un estudio cuantitativo, según el tiempo de ocurrencia de hechos es Retro-prospectivo, según análisis y alcance de los resultados es Descriptivo y por el lugar es de Campo, se utilizan los métodos inductivo e hipotético – deductivo, para lo cual se usan técnicas como la encuesta a usuarios y al personal operativo.

Palabras claves: Modelo de atención, servicios de salud, calidad, atención al usuario, nudos críticos.

ABSTRACT

Ecuador is going through major changes in the health sector, which directly or indirectly cause resistance or disagreements in users and operational staff when there has been fully implemented or when these changes are timely socialized. The Ministry of Health has implemented a new model of care to improve health services, for therein lies the importance of investigating the impact of the current model of care in the management of health services Health Center 24H-Posorja located in the parish Posorja, Canton Guayaquil, Guayas Province. In this context, the present research is to know the results of the developed assessments of the model of care, and identify existing critical points and the strategies adopted in the implementation of the model in question, making a quantitative study, as time of occurrence of events it is retro-prospective, as analysis and scope of the results is descriptive and the place is Campo, the inductive methods used and hypothetical - deductive, for which techniques are used as the user survey and staff operating.

Keywords: care model, health services, quality, customer service, critical nodes

1 INTRODUCCIÓN

Los sistemas y servicios de salud se desempeñan actualmente en un contexto caracterizado por fenómenos rápidos y dramáticos, que demandan cambios también rápidos y dramáticos en la atención de salud. Entre ellos se destacan: la transición demográfica y epidemiológica; la persistencia de la “agenda inconclusa” y las enfermedades “desatendidas”, emergentes y re-emergentes; la acelerada y descontrolada urbanización y los efectos del cambio climático; el deterioro de la Seguridad Social; y la introducción creciente, acelerada y deficientemente regulada de tecnologías diagnósticas y terapéuticas.

En este sentido, los servicios de salud, sin duda alguna, deben garantizar una atención eficiente, cumpliendo con los requerimientos que la comunidad demande en materia de salud y que sean capaces de brindar la cobertura necesaria en caso de emergencias individuales y masivas.

Lo anteriormente descrito, es el punto de partida para el desarrollo de una investigación de campo de tipo cuantitativa, en la que se pretende estudiar la incidencia del modelo de atención en la gestión de los servicios de salud. La investigación se establece en el Centro de Salud 24H-Posorja, ubicado en la parroquia Posorja, provincia del Guayas.

Para el desarrollo de la investigación se utiliza técnicas de análisis de información como la encuesta a usuarios y al personal operativo del

Centro de Salud 24H-Posorja, entrevista a autoridades del mismo y observación de campo.

2 TEMA

EL MODELO DE ATENCIÓN Y SU INCIDENCIA EN LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD 24H-POSORJA, DE LA PARROQUIA POSORJA, CANTÓN GUAYAQUIL, PROVINCIA DEL GUAYAS.

3 MARCO CONTEXTUAL

Contexto Internacional

En la mayoría de países prevalece un modelo de atención centrado en el médico. Este modelo estimula la utilización exagerada de productos médicos ligados a la curación, la que queda vinculada con el acto de consumo. Promueve como eje diagnostico el uso de la alta tecnología y como eje terapéutico el sobreuso farmacológico y tecnológico, basados en la prescripción, los honorarios y las ganancias del complejo médico-industrial. Este modelo de atención no es efectivo, porque se centra en la atención episódica de cuadros agudos o complicaciones de condiciones crónicas, se organiza en torno a la oferta por niveles de complejidad, causando atención fragmentada, que no garantiza el continuo asistencial y la integralidad de la atención.

Así mismo, este modelo médico-céntrico no es sustentable, por ser centrado en la atención especializada y los hospitales, alta dependencia y consumo de tecnologías, con marcada tendencia a la súper-especialización, generando servicios poco coherentes con las necesidades de los individuos, las familias y las comunidades, cuyo resultado es un alto grado de insatisfacción ciudadana y una posición extremadamente critica de los medios de comunicación. Dada la prevalencia creciente de enfermedades y condiciones crónicas en la

población, este modelo se muestra inadecuado para proveer atención continua, integral, integrada y de calidad. Es por lo tanto necesario un cambio radical de modelo de atención, que sea capaz de responder a estos nuevos desafíos. (Fundation PAHO, 2012)

Un modelo integral e incluyente bajo un concepto de derecho a la salud, que se desarrolla en Bolivia, Guatemala y Perú, denominado Proyecto Multipaís, considera a la persona como una unidad formada por cuerpo, espíritu, relaciones con la familia, la sociedad, el medio ambiente y su propia cosmovisión. Está orientado a la inclusión de los grupos poblacionales tradicionalmente excluidos de las decisiones sobre su propia salud, tales como los de bajo ingreso, los grupos originarios y la población rural. La inclusión se refiere también al reconocimiento de los saberes, creencias y prácticas de la medicina tradicional y a su coordinación – articulación y/o integración con la medicina académica, en la atención a las personas, a través del diálogo y el análisis reflexivo, respetuoso y en condición de igualdad.

El proyecto Multipaís, denominado Un modelo integral e incluyente bajo un concepto de derecho a la salud, se inicia en abril de 2011 con la participación de tres países: Bolivia, Guatemala y Perú. Para la descripción de los antecedentes del proyecto y considerando su carácter multinacional, se hace necesario iniciar señalando los rasgos comunes referidos a la situación de salud de los países participantes, los modelos

de atención y gestión de los sistemas públicos de salud, y el ámbito del proyecto; una visión global de los tres países muestra que en las tres últimas décadas sus políticas de salud han tenido dificultades para lograr un impacto real y positivo en el cumplimiento del derecho a la salud de sus respectivas poblaciones. (Medicus Mundi Navarra, 2012)

Contexto nacional

En el país el Sistema Nacional de Salud se ha caracterizado por estar fragmentado, centralizado y desarticulado en la provisión de servicios de salud, otra de sus características ha sido la preminencia del enfoque biologista - curativo en la atención; centrado en la enfermedad y la atención hospitalaria; con programas de salud pública de corte vertical que limitan la posibilidad de una atención integral e integrada a la población. En este sentido, las políticas anteriores a este proceso, de corte neoliberal fueron muy eficaces en cuanto a acentuar estas características y además, desmantelar la institucionalidad pública de salud, debilitando también la capacidad de control y regulación de la Autoridad Sanitaria.

Esto conllevó a profundizar la inequidad en el acceso a los servicios de salud de los grupos poblacionales en situación de pobreza y extrema pobreza. Fueron marcadas las barreras de acceso a nivel geográfico,

cultural, económico; es así que el gasto directo de bolsillo en el país representó casi el 50% en las economías de las familias ecuatorianas.

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

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

En la actualidad el Sistema Nacional de Salud debe enfrentar, a más de los rezagos de estos problemas, nuevos retos y necesidades que devienen de cambios en el perfil demográfico y epidemiológico. Es así que la tendencia a la disminución de la tasa de fecundidad que en el

período 1950-1955 fue de 6,7 pasó a 2,6 en el período 2005-2010. La pirámide poblacional, muestra una estructura demográfica joven, los grupos etarios de 0 a 24 años constituyen algo más del 50% del total de la población, con más del 30% de menores de 15 años. La expectativa de vida, es de 75 años (72,1 para hombres y 78 para mujeres) y el porcentaje de personas de la tercera edad es del 6,19 %. (INECCEPAL, 2009).

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

En el 2009, en el país se reportaron 59.714 defunciones lo que arrojó una tasa de mortalidad de 4.26 muertes por cada mil habitantes, y entre las primeras causas de muerte están en orden de frecuencia, la diabetes mellitus, enfermedades cerebro vasculares, accidentes de transporte, enfermedad hipertensiva, influenza y neumonía, las enfermedades isquémicas del corazón, violencia, insuficiencia cardíaca, cirrosis, cáncer de estómago. En el caso de la morbilidad las principales causas son debidas a procesos asociados con el deterioro y la privación en el consumo de los bienes y valores básicos para sobrellevar la vida en condiciones adecuadas. Entre las principales causas de egreso

hospitalario están la diarrea y gastroenteritis infecciosas, neumonía, colelitiasis, aborto no especificado, apendicitis aguda, hernia inguinal, falso trabajo de parto, traumatismo intracraneal. (MSP, INEC. 2010).

Los problemas nutricionales son en el país un problema de salud pública, tanto la desnutrición como el sobrepeso, que en los últimos años se han incrementado y tienen una clara relación con las condiciones de vida, el acceso a alimentos y patrones de consumo. En este sentido, la desnutrición crónica afecta fundamentalmente a niños y niñas indígenas, a la población que habita en zonas rurales donde hay mayores índices de pobreza. (ENDEMAIN ECV 2006). En el país no existe información actualizada sobre los problemas nutricionales, sin embargo, es importante considerar que los problemas de sobrepeso y obesidad se han incrementado de manera alarmante sobre todo en mujeres en edad fértil y población adulta mayor (ENDEMAIN 2004). Relacionado a esto, en el país menos del 50% de niños y niñas menores de un año son alimentados con leche materna hasta los 3 meses de edad. (Freire, 2011).

El VIH-SIDA también es uno de los problemas de salud pública que preocupa al país, el mejoramiento del sistema de registro y la oferta de tratamiento para el VIH-SIDA ha permitido evidenciar que este es un problema que tiene una tendencia creciente.

Las relaciones y concepciones de género inciden en riesgos diferenciales para mujeres y varones, al comparar las principales causas de mortalidad

y morbilidad según sexo, se evidencia que en varones las relacionadas a accidentes y violencia tienen un peso muy importante, mientras que en las mujeres los problemas relacionados a la salud sexual y reproductiva son más evidentes (ENDEMAIN, 2006). Merece especial atención el alto porcentaje de embarazos en adolescentes por el impacto en las condiciones de vida y salud de este grupo poblacional.

La salud mental y los riesgos ambientales son en la actualidad condiciones y problemas que deben suscitar la atención prioritaria del sector salud. Tal es así que la violencia hacia la mujer, el maltrato infantil y los suicidios consumados constituyen problemas de salud pública por la alta frecuencia en que se producen y las graves consecuencias que generan a nivel individual, familiar y social. Por otro lado, los indicadores a nivel nacional no reflejan las profundas disparidades a nivel territorial y la situación de desventaja de grupos poblacionales en situación de pobreza y de los pueblos y nacionalidades indígenas y afro-ecuatoriana que constituyen el 11% de la población del país. Frente a esta realidad, desde el año 2007 el gobierno de la Revolución Ciudadana en función del logro del Sumak Kausay o el Buen Vivir, que constituye la orientación.

En este contexto, se inició con la elaboración del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural que tiene como desafío consolidar la implementación del modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Integral, trabajar con las

familias, desarrollar nuevas formas relacionales, ubicar al usuario en el centro de la atención, instalando buenas prácticas, desarrollando intervenciones orientadas hacia resultados de impacto social.

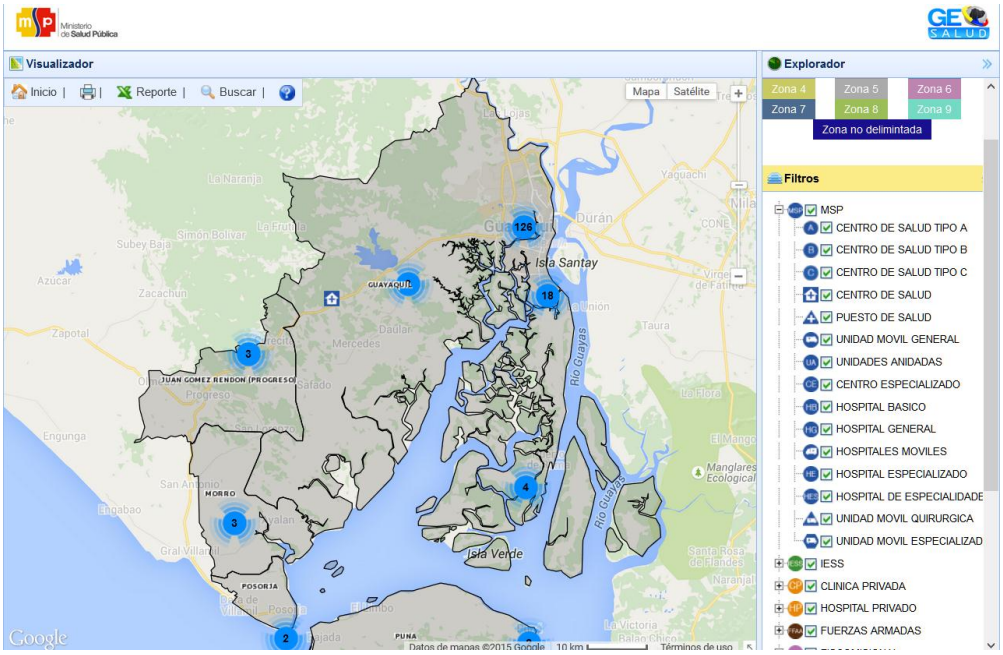
Desde la convicción de que el enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural, son la alternativa para responder de manera más efectiva a las necesidades de las personas, familias y comunidades, contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

Está dirigido al personal de salud de los establecimientos de la Red Pública de Salud (RPIS) y la Red Complementaria y en esta publicación se ha incorporado las directrices y herramientas para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud en todos los niveles de atención.

Contexto Local

El CS24HPOSORJA pertenece al Distrito 09D10 la provincia del Guayas, Cantón Guayaquil. Cuenta con una estructura de hormigón armado de planta baja, con iluminación y ventilación natural y artificial, está dividida en área de consulta externa, hospitalización, emergencia y parto.

Gráfico No. 1.- Ubicación GeoPortal



Fuente: GeoPortal – (MSP, 2015)

Los servicios que presta son de atención primaria: consulta de Medicina General, Pediatría, Odontología, Parto, Hospitalización, cuenta con 4 camas y se ingresan a las pacientes de parto, servicios de Laboratorio Clínico, Farmacia, Enfermería y cumple con las normas y disposiciones de acuerdo al Sistema de Ministerio de Salud Pública creados para satisfacer la demanda de la comunidad.

Gráfico No. 2.- Organigrama Emergencia

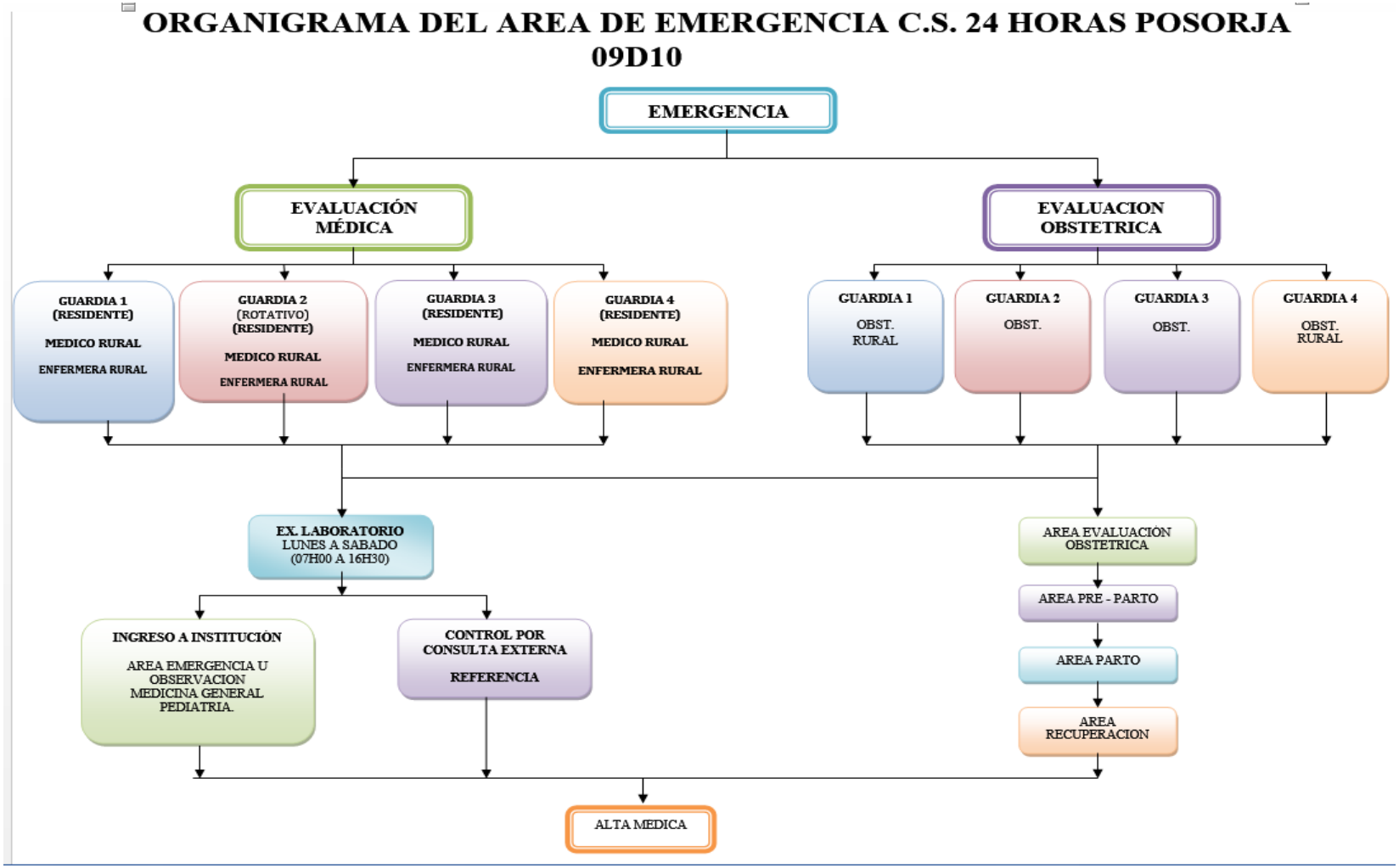
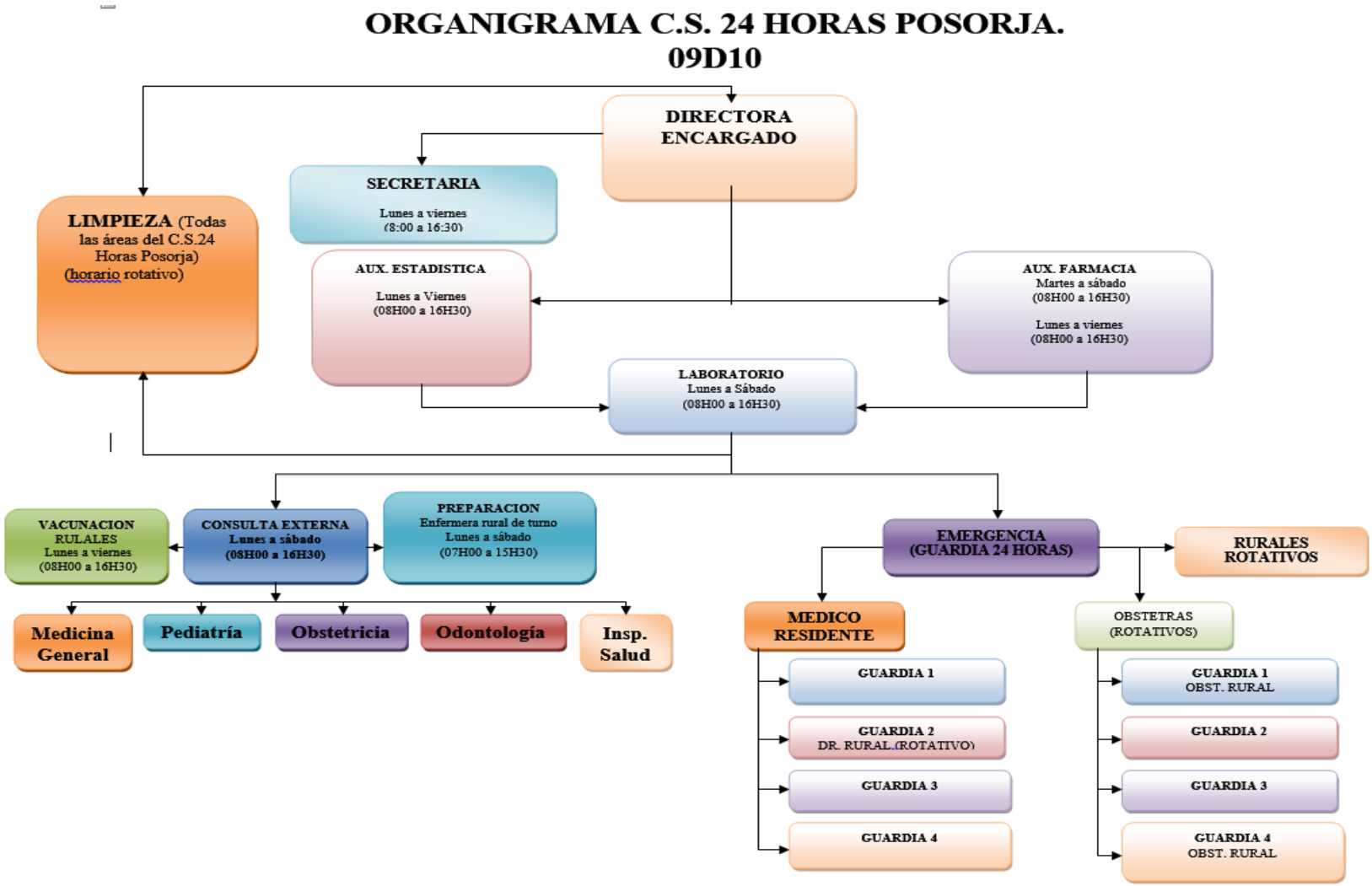


Gráfico No. 3.- Organigrama Atención General



El CS24HPOSORJA, es una unidad de salud de primer nivel que brinda atención a toda la población de 26.468 habitantes aproximadamente de área de influencia con sus recintos y parroquias aledañas como son: Progreso, Posorja, Pocitos, Sitio Nuevo, El Morro, Pto. El Morro que pertenece al cantón Guayaquil.

Los usuarios que asisten a esta unidad son personas de toda condición social pero en un 90% son de escasos recursos económicos. Para ello cuenta con una infraestructura apropiada.

Servicios que brinda el centro de salud:

1. Consulta médica de fomento y morbilidad
2. Consulta odontológica
3. Consulta obstetricia
4. Consulta de Pediatría
5. Atención de Emergencia (24 horas)
6. Atención de Parto (24 horas)
7. Atención a adolescentes
8. Control y vigilancia Epidemiológica
9. Atención psicológica
10. Vacunación
11. Vacunación Canina
12. Educación para la salud (salud escolar)

13. Visitas domiciliarias (Eais)
14. Micronutriente
15. Control de TB
16. Control VIH
17. Control de Salud Empresarial (carnet ocupacional)
18. Atención de enfermería
19. Farmacia
20. Laboratorio
21. Administración
22. Servicio de Ambulancia (24 horas)

La capacidad financiera del CS24HPOSORJA para su funcionamiento se basa en el presupuesto estatal. El presupuesto es asignado en base a un promedio histórico y no en base a las necesidades locales, existiendo un déficit muy marcado pero necesario para el cumplimiento de todos los programas del área.

Del Talento Humano, el 30 % es contratado por servicios ocasionales y el 70% profesionales rurales. Su administración se establece por la reorganización de distritos conforme a la Secretaria Nacional de Planificación - SENPLADES.

4 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

En los servicios que se brindan el Centro de Salud 24H-Posorja, se puede observar, varias problemáticas que afectan directa e indirectamente en la efectividad y eficiencia de la atención a los usuarios, lo que repercute en la salud de los pacientes que asisten a este centro de salud en la búsqueda de un servicio eficaz que mejoren sus patologías y que en ocasiones no son atendidos como esperan.

Una de las debilidades es el servicio de ambulancia que se encuentra en mal estado y la mayoría de las veces hay que llamar al 911 la cual se dificulta el traslado de los pacientes de la emergencia, es probable que no se estén administrando de forma eficiente los recursos financieros para optimizar este servicio.

Otro aspecto, es el proceso de atención del parto de las pacientes, en el que se cuenta con hospitalización, pero con un déficit de camas, tan solo con 4 camas, observando falta de equipamiento en cada una de los servicios del centro de salud.

La farmacia atiende en jornadas de 8 horas diarias, por lo que el centro de salud, no cuenta con este servicio en horarios nocturnos o permanentemente las 24 horas, causando molestias a los pacientes que tienen que buscar una farmacia particular que atienda en turnos nocturnos

para la adquisición de los medicamentos. Una posible causa de esta problemática puede ser la falta de recursos para la contratación de personal farmacéutico, que atienda en turnos permanentes.

No cuenta con el equipamiento necesario en la emergencia y en sala de parto, solo cuenta con monitoreo fetal que se encuentra en mal estado. Se observa deficiencia de insumos médicos y medicinas, así como en equipos tecnológicos y sistemas informáticos.

5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Problema general

¿Cómo incide el Modelo de Atención en la Gestión de los Servicios de Salud del Centro de Salud 24H-Posorja, de la parroquia Posorja, cantón Guayaquil, provincia del Guayas?

Problemas específicos

- ¿Cómo medir la evaluación a los servicios de salud del Centro de Salud 24H-Posorja, de la parroquia Posorja, cantón Guayaquil, provincia del Guayas?

- ¿Cuáles son los nudos críticos en los servicios de salud del Centro de Salud 24H-Posorja, de la parroquia Posorja, cantón Guayaquil, provincia del Guayas?

- ¿Cuál es la estrategia del modelo de atención para mejorar los servicios de salud en el Centro de Salud 24H-Posorja, de la parroquia Posorja, cantón Guayaquil, provincia del Guayas?

6 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Objeto de estudio	Modelo de Atención
Campo de acción	Salud
Campo de estudio	Servicios de salud
Área	Centro de Salud
Aspecto	Evaluación del modelo de atención, identificación de nudos críticos y estrategias del modelo de atención.
Delimitación espacial	La investigación se efectuará en el Centro de Salud 24H-Posorja, de la parroquia Posorja, cantón Guayaquil, provincia del Guayas.
Delimitación temporal	Este trabajo de investigación se realiza durante el segundo trimestre del año 2015 (Abril – Junio)
Delimitación conceptual	**Palabras claves:** Servicios de Salud, modelo de atención, evaluación, nudos críticos.

7 JUSTIFICACIÓN

La salud sin duda alguna es una de las áreas más importantes de la vida, por lo tanto, los estudios enfocados en este aspecto, serán de mucho aporte. La investigación está dirigida en verificar la incidencia del actual modelo de atención y su repercusión en los servicios de salud, para lo cual se realiza una extensa revisión bibliográfica de varias teorías y conceptos relacionados al tema en cuestión, por lo que la presente investigación, tiene un gran aporte teórico – práctico y científico para la realización de futuros estudios relacionados al objeto de investigación.

Los beneficiarios directos lo conforman: el personal operativo, médico, y autoridades, que reconocerán la eficiencia o no del actual modelo de atención, de las decisiones que las autoridades adopten en la mejora de los servicios brindados, radicará el beneficio directo a los pacientes y usuarios que asisten al Centro de Salud 24H-Posorja.

Para el desarrollo de la investigación, se cuenta con la experticia en el área de estudio, además de la colaboración de las autoridades y personal que labora en la institución. Los recursos materiales y tecnológicos son suficientes y las técnicas empleadas para la recolección de información no son de complejo tratamiento, aún para la etapa de sistematización de la información, por cuanto no existe aspecto alguno que debilite la investigación.

8 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general

Verificar la incidencia del Modelo de Atención en la Gestión de los Servicios de Salud del Centro de Salud 24H-Posorja, de la parroquia Posorja, cantón Guayaquil, provincia del Guayas.

Objetivos específicos

- Observar la incidencia que permita evaluar el modelo de atención y su repercusión en los servicios de salud del Centro de Salud 24H-Posorja, de la parroquia Posorja, cantón Guayaquil, provincia del Guayas.

- Identificar los nudos críticos en los servicios de salud del Centro de Salud 24H-Posorja, de la parroquia Posorja, cantón Guayaquil, provincia del Guayas.

- Determinar una estrategia de atención para mejorar los servicios de salud en el Centro de Salud 24H-Posorja, de la parroquia Posorja, cantón Guayaquil, provincia del Guayas.

9 MARCO TEÓRICO

MARCO CONCEPTUAL

9.1.1 Servicios de salud

Los servicios de salud abarcan todos los servicios cuyo principal objetivo es promover, restablecer o mantener la salud. Ésta se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no consiste solamente en la ausencia de afecciones o enfermedades. (Comité Internacional de la Cruz Roja, 2006)

9.1.2 Evaluación de servicios de salud

La evaluación desde la perspectiva de los usuarios ha tomado relevancia desde las reformas de sector salud. Las estrategias para su evaluación se han apoyado básicamente en dos modelos: el de la satisfacción del usuario a partir del concepto de calidad. (Delgado Gallego, Vázquez Navarrete, & Moraes Vanderlei, 2010)

9.1.3 Satisfacción al usuario

Según Gerson (1996) ***"sugirió que un cliente se encuentra satisfecho cuando sus necesidades, reales o percibidas se saciaban o superaban. Y resumía este principio en una frase contundente "La satisfacción del cliente es simplemente lo que el cliente dice que es"***.

De acuerdo a lo expuesto por Oliver (1997), es el ***"juicio del resultado que un producto o servicio ofrece para un nivel suficiente de realización en el consumo"***.

9.1.4 Normas de calidad

Son estándares de productos, o más bien un medio por el cual una organización puede certificar el sistema de calidad bajo el cual sus productos o servicios son fabricados o proporcionados. (Gómez, 2010)

9.1.5 Salud

La salud entendida en una doble dimensión: como producto de las condiciones sociales y biológicas y a la vez productor de condiciones que permiten el desarrollo integral a nivel individual y colectivo, se construye en el marco de las condiciones económicas, sociales, políticas, culturales, ambientales, de las formas de relación con los grupos sociales, de las formas en que cada sociedad se organiza para la distribución de los bienes, entre ellos los servicios de salud y de cómo a nivel individual y sobre una base biológica y espiritual se procesan estas condiciones.

En palabras de (Del Bosque, 1998): "La salud se crea donde la gente vive, ama, trabaja, y se divierte: es la integración entre ambientes y gentes, en el proceso de la vida diaria lo que crea un patrón de salud". (pp. 20)

Cuidado de la salud: es un eje estratégico del desarrollo individual y colectivo, un elemento clave para la consecución del buen vivir. Como señala (Betancourt, 2011) “la salud y la enfermedad son formas de caminar por la vida”

9.1.6 Determinantes de la Salud

Se denomina al conjunto de procesos que tienen el potencial para generar protección o daño, para la salud individual y colectiva. Factores complejos que al actuar de manera combinada determinan los niveles de salud de los individuos y comunidades.

Se refiere a las interacciones entre las características individuales, los factores sociales y económicos, y los entornos físicos, en estrecha relación con la distribución de la riqueza en la población y no solo con su producción. (Health, 2000)

9.1.7 La Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R)

La APS-R es una estrategia que orienta el desarrollo de los sistemas de salud. Su implementación como todo proceso social, ha estado sujeta a las contradicciones e intereses económicos y políticos que configuran las formas de organización de las sociedades. (Ministerio de Salud Pública, 2012)

9.1.8 El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAISFCI)

Es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad – el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud. (Ministerio de Salud Pública, 2012)

MARCO REFERENCIAL

9.1.9 Antecedentes investigativos

La indagación bibliográfica, evidencia varios trabajos investigativos relacionados al tema, entre los cuales podemos mencionar los siguientes:

El estudio realizado por (Alvarez Vidal, 2011), denominado: Modelo de atención integral de salud familiar comunitario e intercultural aplicado en el Centro de Salud No. 1 de Azogues 2009-2011, cuyo objetivo fue Valorar los logros del Modelo de Atención de Salud (MAIS-FC) a través de la ficha familiar; y a su vez analizar cómo está influyendo en la promoción, prevención en la atención médica que brinda el Centro de Salud N°1 de Azogues. La investigadora llegó a la conclusión que con la implementación del modelo de salud, cuyas características son: Integral, familiar, comunitario e Intercultural; se está brindando atención a toda la

población de la ciudad de Azogues, tratando de mejorar la calidad de vida, no solo desde el punto de vista curativo sino también a través de la promoción, para que las futuras generaciones sean las dueñas del cuidado y manejo de su salud.

(Cerón Tatac, 2014), realizó un estudio con el tema: Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria, comuna San Antonio, parroquia Manglar alto - cantón Santa Elena, cuyo objetivo fue Identificar los logros y los nudos críticos que ha enfrentado la implementación del MAIS-FCI en la Unidad Operativa de Salud de la comuna San Antonio, cantón Santa Elena, en el período 2012 – 2013. El investigador concluye en lo siguiente:

Que la implementación del MAIS-FCI es factible por la ejecución de los procesos de forma integradora entre las organizaciones comunales, las Organizaciones No Gubernamentales y las Unidades Operativas de Salud, lo que permite el desarrollo de acciones de prevención y control de la problemática en salud en cada una de las comunidades, destacándose los siguientes logros:

- Inclusión de la población en el diagnóstico de sus necesidades de salud y en la elaboración de planes de atención.

- Desarrollo de intervenciones para la detección, diagnóstico y tratamiento de los casos bajo terapia directamente observada, con participación activa de la población, teniendo en cuenta las costumbres, ritos y creencias de las comunidades.

Evaluación de los resultados de los procesos en salud ejecutados dentro de la comunidad para la integración de los aspectos de enfoque familiar, comunitario e intercultural.

9.1.10 REFERENCIA TEÓRICA

9.1.10.1 Modelo de Atención

Existen varias definiciones sobre modelo de atención, todas ellas coinciden en una visión de modelo de atención como un instrumento que ordena y orienta las prácticas de atención de la salud de acuerdo a una dirección política y en base a un marco teórico coherente con esta dirección política. (Fundation PAHO, 2012)

Según (Vilaca, 2011):

> **“El modelo de atención de salud es un sistema lógico que organiza el funcionamiento de las redes de atención de salud, articulando de forma singular las relaciones entre la población y sus subpoblaciones estratificadas por**

riesgos, los focos de las intervenciones del sistema de atención de salud y los diferentes tipos de intervenciones sanitarias, definido en función de la visión predominante de salud, de la situación demográfica y epidemiológica y de los determinantes sociales de la salud, vigentes en determinado tiempo y en determinada sociedad". (Vilaca, 2011)

De acuerdo a (Domenech, 2007):

"Un modelo de atención a la salud, es una construcción teórica que oficia como un sistema organizado de prácticas en el sector salud, capaz de ser replicado y que cuenta con diferentes grados de consenso social para su implementación"

Un modelo de atención es la descripción esquemática de la forma en que se organizan los recursos en el sistema de salud, niveles de atención, perfil de competencias, etc. También se refiere al tipo y a la combinación de los servicios que se ofrecen generalmente en un país, una región, o un sistema, tal como el paquete de servicios básicos de un país dado.

9.1.10.2 Características del modelo de atención integral basado en la APS

Los principales elementos que caracterizan el modelo de atención integral basado en la APS (y que los hacen diferente de los otros modelos de atención) son tres: la centralidad en las personas, familia y comunidades; la Integralidad de la atención; y la continuidad del cuidado. Estos elementos deben ser considerados como irrenunciables en el proceso de construcción e implementación del modelo de atención integral a la salud basado en la APS.

La operacionalización de este modelo de atención es favorecida por la implementación de estrategias que lleven a: fortalecer el primer nivel de atención, que tiene que asumir la responsabilidad sanitaria con la población a su cargo y constituirse en el centro ordenador del modelo de atención; introducir prácticas y cuidados innovadores, con destaque para la prevención y el control de condiciones crónicas; y la integración de los servicios en redes territoriales de atención de salud, incluyendo la atención especializada de menor complejidad.

Gráfico No. 4.- Características distintivas

Fuente: (Medicus Mundi Navarra, 2012)

9.1.10.3 Enfoque del Modelo de Atención Integral de Salud

La Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R)

La APS-R tiene sus raíces en la APS formulada en Alma Ata (1978) que esta, a su vez recogió el pensamiento y práctica de la medicina social que inicio la reflexión y demostración de los determinantes sociales de la salud y la inequidad en el acceso a los servicios que en la década de los setentas toma mucho impulso sobre todo en América Latina, unida a los procesos libertarios y de cambio social, surgiendo así valiosas experiencias locales que desde la reivindicación del derecho a la salud, pusieron sobre el tapete la necesidad de trabajar en torno al mejoramiento de la calidad de vida y la participación como elementos sustanciales para el logro de la salud.

A partir de la Declaración de Alma Ata (1977) la estrategia de APS toma importancia para los Estados y las políticas nacionales de salud, sin embargo del reconocimiento formal, su aplicación es limitada en la mayoría de países.

Otro aporte de esta declaración es que identificó requisitos previos para la salud, tales como un ecosistema estable, justicia social, equidad, y recursos como la educación, alimentos e ingresos. (Bolívar, 2011).

La Participación Social en el Modelo de Atención Integral de Salud y en la Red Pública Integral de Salud

La APS renovada está fuertemente ligada a procesos de organización y participación social que se construyan desde las necesidades y demandas más sentidas de los seres humanos. La posibilidad de generar espacios democráticos deliberativos y asociativos de poder ciudadano pueden convertirse a corto y mediano plazo en la oportunidad de generar procesos de trasformación en el ámbito de la salud y la calidad de vida.

El MAIS-FCI se orienta a generar condiciones y mecanismos que contribuyan a que las personas y las organizaciones sociales locales tengan el control sobre los determinantes sanitarios, a través de procesos

de información, educación permanente y activa participación, facilitando el pleno ejercicio de sus derechos y responsabilidades en salud.

La generación de condiciones saludables no es posible sin participación activa de las personas como sujetos de derecho, que tienen la misión de construir sus organizaciones representativas para conocer, acordar, ejecutar y evaluar conjuntamente con los equipos de salud las intervenciones del modelo de atención. La organización local se constituye en la contraparte de veeduría del ejercicio del derecho a la salud y el funcionamiento de la red de servicios. (Ministerio de Salud Pública, 2012)

Integrar la Investigación, la formación y capacitación del talento humano

El MAIS plantea fortalecer los procesos de investigación, formación y capacitación del talento humano y que la producción de conocimientos se constituya en una herramienta para contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud y vida de la población.

El talento humano constituye el pilar fundamental del cambio en el modelo de atención, los procesos de formación, capacitación y la investigación se orientan a lograr excelencia técnica, integralidad y compromiso. (Ministerio de Salud Publica, 2012)

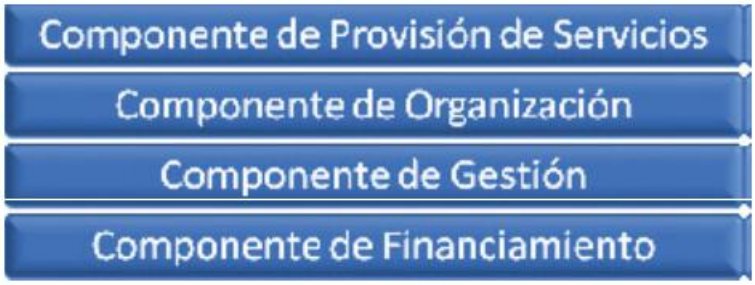
9.1.10.4 El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural– MAIS-FCI

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad – el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud. (Ministerio de Salud Publica, 2012, pág. 53)

9.1.10.5 Componentes del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural– MAIS-FCI

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

Gráfico No. 5.- Componentes del MAIS



Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2012)

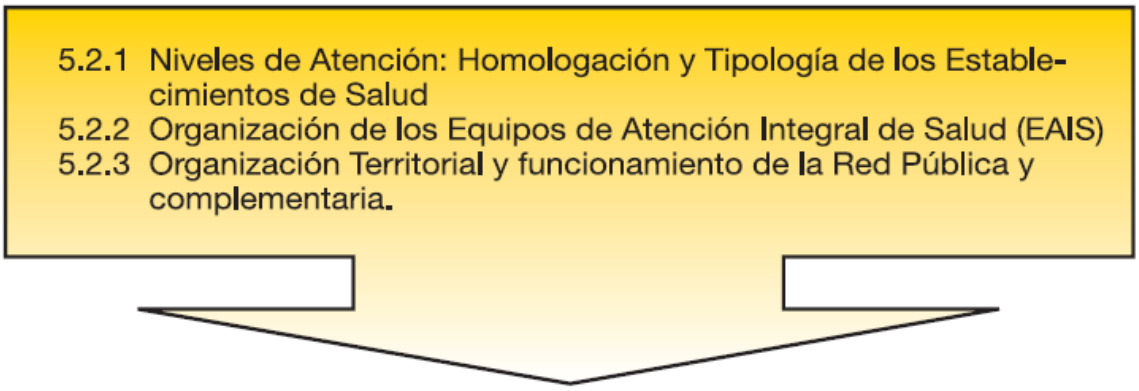
Componente de Provisión:

La provisión se relaciona con la oferta de servicios integrales e integrados de salud, garantizando la continuidad en la atención y respondiendo a las necesidades de salud de la población, a nivel individual, familiar y comunitario. (Ministerio de Salud Publica, 2012, pág. 61)

Componente de Organización:

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

Gráfico No. 6.- Componente de organización



Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2012)

El primer nivel de atención es el más cercano a la población, facilita y coordina el flujo de pacientes dentro del Sistema, garantiza una referencia y contra-referencias adecuada, asegura la continuidad y longitudinalidad de la atención. Promueve acciones de Salud Pública de acuerdo a las normas emitidas por la autoridad sanitaria nacional. Es ambulatorio y

resuelve problemas de salud de corta estancia. Es la puerta de entrada obligatoria al Sistema Nacional de Salud. (Acuerdo No. 1203).

El I Nivel de atención, por su contacto directo con la comunidad debe cubrir a toda la población, este nivel debe resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes de la comunidad. Los servicios darán atención integral dirigida a la familia, individuo y comunidad, enfatizando en la promoción y prevención. Estas actividades serán intra y extramurales.

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

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

El ingreso al II nivel se lo realizara a través del primer nivel de atención exceptuándose los caso de urgencias médicas que una vez resueltas serán canalizadas a nivel uno.

Se desarrollan actividades de prevención, curación y rehabilitación en ambos niveles.

El III nivel de Atención corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados, los centros hospitalarios son de referencia nacional; 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:

El IV nivel de atención es el que concentra la experimentación clínica, pre-registro o de procedimientos, cuya evidencia no es suficiente para poder instaurarlos en una población, pero que han demostrado buenos resultados casuísticamente o por estudios de menor complejidad.

Estos establecimientos solo serán autorizados en los subsistemas públicos de la Red Pública Interinstitucional de Salud (RPIS).

El nivel de Atención Pre-hospitalaria: Es el nivel de atención autónomo e independiente de los servicios de salud, que oferta atención desde que se comunica un evento que amenaza la salud, en cualquier lugar donde éste ocurra, hasta que él o los pacientes sean admitidos en la unidad de

emergencia, u otro establecimiento de salud, cuya capacidad resolutiva sea la adecuada. (Ministerio de Salud Pública, 2012, págs. 84-86)

Componente de Gestión del Sistema Nacional de Salud

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

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

La desconcentración se sustenta en la nueva división político-administrativa del país, dada por SENPLADES, y se orienta a reorganizar y fortalecer la capacidad de gestión de las nuevas unidades administrativas, el traspaso de competencias y recursos de acuerdo a los requerimientos del MAIS-FC. (Ministerio de Salud Pública, 2012, pág. 97)

Gestión y Desarrollo del Talento Humano:

La gestión estratégica del talento humano es un aspecto fundamental para el Modelo Integral de Salud, se enmarca en la normativa nacional (LOSEP). El equipo de salud es la columna vertebral del sistema su desarrollo implica procesos transversales y continuos de capacitación y

actualización para fortalecer sus competencias para la gestión y atención integral.

La gestión del talento humano se orienta a fortalecer las capacidades técnicas y de gerencia; la revalorización del recurso humano de salud; retención e implementación de un sistema de estímulos en función de resultados; la implementación de procesos sistemáticos de evaluación de acuerdo a competencias y resultados; y, la formación y capacitación continua. (Ministerio de Salud Pública, 2012, pág. 100)

Gestión de infraestructura, equipamiento y medicamentos de acuerdo a los estándares definidos por la Autoridad Sanitaria Nacional y el cuadro de medicamentos básicos:

La gestión de infraestructura, equipamiento y medicamentos se rige bajo la normativa establecida por el MSP: normativa para la Planificación Territorial de establecimientos de salud y Acuerdo Ministerial de Licenciamiento, define de acuerdo a las necesidades nacionales el plan y estándares para la dotación de nueva infraestructura, mantenimiento correctivo y preventivo de la existente, equipamiento y su mantenimiento correctivo y preventivo y el cuadro de medicamentos básicos, el sistema de distribución financiera que asegure la disponibilidad oportuna de insumos y medicamentos.

La gestión es desconcentrada y conforme a los lineamientos legales pertinentes. (Ministerio de Salud Pública, 2012, pág. 101)

Sistema Único Integral e Integrado de Información y Telecomunicaciones

El sistema único de información en salud es el conjunto de definiciones, instrumentos y modalidades de manejo de la información que facilitan el registro de las prestaciones realizadas a la persona usuaria, las familias y comunidades según sus riesgos, las atenciones y servicios entregados tanto en las fases de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos. Es fundamental contar con un sistema de registro que permita tener los datos necesarios y de manera oportuna para que ingresen al Sistema Único Integral de Información en Salud y dar seguimiento de las atenciones y servicios que se asignan. (Ministerio de Salud Pública, 2012, pág. 101)

Sistema de Control de Garantía de la Calidad:

Tanto la Red Pública e Integral de Salud, como la Complementaria deberán garantizar las normas y procedimientos de atención y gestión definidos por el MSP. El sistema de control de garantía de la calidad incluye:

1. Gerencia estratégica, de proceso y de calidad de los establecimientos de salud, que comprende la organización efectiva

y eficiente para mejorar la calidad y eficiencia de las prestaciones integrales de salud con criterios de calidez y costo-efectividad.

2. Definición de perfiles para cargos técnicos y de gestión de los servicios de salud, implementación de concursos de oposición y merecimientos y el registro de profesionales a través de un proceso de certificación y recertificación.
3. Levantamiento de procesos para la gestión de los servicios de salud y de apoyo administrativo
4. La formulación y revisión periódica de guías de práctica clínica y terapéutica basada en evidencia científica.
5. Implementación de Auditoria Integral en Salud.
6. Procesos de licenciamiento, certificación, acreditación de las unidades de la red pública e integrada.
7. Control de calidad de insumos y productos farmacéuticos.
8. Un sistema de capacitación continua en gestión y gerencia de los servicios de salud y de gestión clínica.
9. Sistema de fármaco vigilancia
10. Implementación de mecanismos para la veeduría y control social de la gestión y atención de los establecimientos de salud. (Ministerio de Salud Pública, 2012, pág. 102)

Componente de financiamiento del Sistema Nacional de Salud:

El componente de Financiamiento permite asegurar la obtención de los recursos necesarios para el cumplimiento de:

- Planes Estratégicos nacionales, zonales, distritales, provinciales y en circuitos.
- Proyectos en salud de las organizaciones que forman el SNS.
- Conjunto de prestaciones
- Plan Nacional de Inversión en Infraestructura y Equipamiento del sector público.

Los elementos para el desarrollo de este componente serán.

- Recursos de la comunidad
- Definición de las fuentes de financiamiento
- Definición de la forma de asignación de recursos
- Definición de los mecanismos de pago
- Definición de las fuentes de financiamiento

Para el financiamiento de los Planes Estratégicos y Proyectos sus fuentes provienen de los diferentes presupuestos de las instituciones involucradas en el SNS.

El financiamiento del Régimen de Prestaciones Garantizadas y el Plan Nacional de Inversión en equipamiento e infraestructura sus fuentes provienen de las instituciones del sector Salud que forman la red pública: Ministerio de Salud, IESS, Fuerzas Armadas, Policía. El sector privado lo realiza con fondos propios. (Ministerio de Salud Pública, 2012, pág. 104)

POSTURA TEÓRICA

La investigadora considera que el Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS, determina el servicio de salud que se brinda en los centros de salud, siempre y cuando todos sus componentes se activen permanentemente y exista evaluación al mismo.

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAISFCI) es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad – el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud. (Ministerio de Salud Pública, 2012, pág. 122)

Si la salud es considerada no sólo como un estado de ausencia de enfermedad sino como una dimensión del desarrollo y bienestar, se va haciendo necesario sustituir el tratamiento enfocado en una enfermedad, por la atención continua y completa de la persona, dentro de un ámbito familiar y social, complementando esfuerzos curativos con un número importante y creciente de acciones de fomento y mantenimiento de la salud.

La persona es reconocida por su carácter multidimensional, inmerso en un sistema de relaciones políticas, sociales, culturales y eco-biológicas.

Esto implica que la atención de salud no debe reducirse a la atención del motivo de consulta, sino que debe abordar las necesidades y condiciones de la salud de la persona. (Ministerio de Salud Pública, 2012, pág. 64)

10 HIPÓTESIS

Hipótesis general

El Modelo de Atención Integral incide significativamente en la gestión de los Servicios de Salud del Centro de Salud 24H-Posorja, de la parroquia Posorja, cantón Guayaquil, provincia del Guayas.

Hipótesis específicas

- Si se evalúa el modelo de atención se propondrán estrategias de mejoras en los servicios de salud del Centro de Salud 24H-Posorja, de la parroquia Posorja, cantón Guayaquil, provincia del Guayas.

- Los nudos críticos dificultan la atención en los servicios de salud en el Centro de Salud 24H-Posorja, de la parroquia Posorja, cantón Guayaquil, provincia del Guayas.

- Si se utilizan las estrategias del modelo de atención, se mejorarían los servicios de salud en el Centro de Salud 24H-Posorja, de la parroquia Posorja, cantón Guayaquil, provincia del Guayas.

VARIABLES

10.1.1 Variable Independiente

Modelo de atención

10.1.2 Variable Dependiente

Servicios de salud

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	INSTRUMENTO
Variable Dependiente: Servicios de salud	Son aquellos que están destinados a brindar prestaciones de salud, de promoción, de prevención, de recuperación y rehabilitación en forma ambulatoria, domiciliaria o internamiento, son clasificados de acuerdo a la capacidad resolutiva, niveles de atención y complejidad	Satisfacción al usuario	• Efectividad en los servicios • Eficiencia en la atención	• Encuestas a usuarios • Encuestas al personal
		Normas de calidad	• Nivel de cumplimiento de Reglamentos y procedimientos	• Entrevistas a autoridades
Variable Independiente: Modelo de atención	El modelo de atención de salud es un sistema lógico que organiza el funcionamiento de las redes de atención de salud, articulando de forma singular las relaciones entre la población y sus subpoblaciones estratificadas por riesgos, los focos de las intervenciones del sistema de atención de salud y los diferentes tipos de intervenciones sanitarias, definido en función de la visión predominante de salud, de la situación demográfica y epidemiológica y de los determinantes sociales de la salud, vigentes en determinado tiempo y en determinada sociedad". (Vilaca, 2011)	Enfoque	• Atención primaria • Participación social • Capacitación y formación	• Encuestas a usuarios • Encuestas al personal • Observación
		Componentes	• Nivel de provisión de servicios • Nivel de organización • Nivel de gestión • Nivel de financiamiento	• Encuestas al personal • Entrevistas a autoridades

10.1.3 Modalidad de la Investigación cuantitativa

Se desarrolla una investigación cuantitativa, de carácter descriptivo, documental, se fundamenta en la revisión bibliográfica, basándose en contenidos teóricos, en los cuales se aprecia las posiciones coincidentes y contradictorias de los enfoques estudiados así como la posición de la investigadora, apoyado y sustentado en una investigación documentada por medio de textos, libros, resultados de análisis de encuestas y entrevistas, y la obtención de información pertinente del centro de salud a investigar, de los usuarios, personal operativo y autoridades del mismo.

10.1.4 Tipo de investigación

Según el tiempo de ocurrencia de hechos es Retro-prospectivo: Por cuanto la investigadora indaga sobre hechos ocurridos en el segundo trimestre del año 2015 (Abril – Junio) y nuevos hechos encontrados durante la investigación relacionados al modelo de atención y su incidencia en los servicios de salud.

Según análisis y alcance de los resultados es Descriptivo: Por su alto contenido científico el presente trabajo podrá ser considerado como un punto de partida para nuevos estudios.

Por el Lugar es de Campo: Porque este estudio se lo llevará a efecto en el centro de salud 24H-Posorja de la parroquia Posorja, cantón Guayaquil permitiendo la intervención directa y real de la investigadora en el lugar de los acontecimientos.

Documental: Este método de investigación, permitirá recopilar información teórica y científica enmarcada al objeto de estudio. Se realizará a partir de la revisión de diferentes fuentes bibliográficas y

linkográfica, relacionada con el modelo de atención, en el que debe predominar el análisis, la interpretación relacionada con encuestas, conclusiones y recomendaciones del autor y las opiniones de los actores involucrados.

10.1.5 Métodos y técnicas de la investigación

10.1.5.1 Métodos

Inductivo: Este método permitirá extraer información de mucha importancia con relación al objeto de estudio, mediante la aplicación de encuestas a los pacientes, entrevista a las autoridades y observación directa al objeto de estudio.

Hipotético – deductivo: Este método permitirá utilizar toda la información concerniente al objeto de estudio y plantear deducciones lógicas, razonables, partiendo de lo general a lo particular, estableciendo conclusiones lógicas del fenómeno de estudio.

10.1.5.2 Técnicas

Se realiza la recolección de datos entre los asistentes del CS24HPOSORJA.

De encuestas:
Se aplicara una encuesta estructurada de 10 pregunta dirigida a los usuarios y otra de 10 preguntas dirigido al personal administrativo.

De tabulación:
Se la realizara en base a los resultados obtenidos después de la aplicación de las encuestas.

De procesamiento de datos:

Los datos serán procesados en una hoja de cálculo de Excel.

Presentación: La información tabulada y procesada se presentará gráficamente en la modalidad de tablas, barras o pasteles con el análisis e interpretación de los cuadros en el que constará la pregunta procesada.

EL UNIVERSO

10.1.6 El Universo o Población

El universo del trabajo investigativo se compone de los pacientes que requieren los servicios del centro de salud 24H-Posorja durante el segundo trimestre del año 2015 (abril a junio), además el personal que labora y las autoridades del mismo.

10.1.7 Muestra

La muestra determinada para el presente proyecto de investigación, se seleccionó de conformidad con la aplicación de la fórmula estándar siguiente:

$$n = \frac{N\sigma^2 Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2 Z^2}$$

Dónde:

n = el tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población.

a = Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza

equivale a 1,96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza equivale 2,58, valor que queda a criterio de la investigadora.

e = Límite aceptable de error muestral que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), valor que queda a criterio del encuestador.

Muestra Poblacional

Centro de Salud 24-h Posorja		
Objeto del Estudio:	Usuarios atendidos, personal, autoridades.	
Año	Abril, Mayo y Junio del 2015	
ITEM'S	**Población**	**Muestra**
Usuarios	**14.400**	**128**
Personal	**30**	**30**
Autoridades	**4**	**4**
Total:	**14.434**	**162**

La muestra total a utilizarse en el estudio de campo es de 128 pacientes de consulta externa, y la totalidad del universo del personal operativo y autoridades.

11 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Análisis e interpretación de encuestas aplicadas a los usuarios del centro de salud 24-h Posorja

El propósito del cuestionario es para medir el grado de conformidad en la efectividad de la atención en el Centro de Salud direccionado a los usuarios que asisten a la consulta externa.

Para la realización de los cuestionarios se estableció los siguientes datos:

Campo:	Salud
Área:	Centro de Salud
Ubicación:	Provincia del Guayas
Localización:	Posorja
Dirigido a:	Usuarios en el área de consulta externa y personal operativo

Para el desarrollo de esta tesis se determinó la utilización de un total de 128 encuestados como muestra de la cantidad de usuarios que asistieron al área de consulta externa en el segundo trimestre del año 2015.

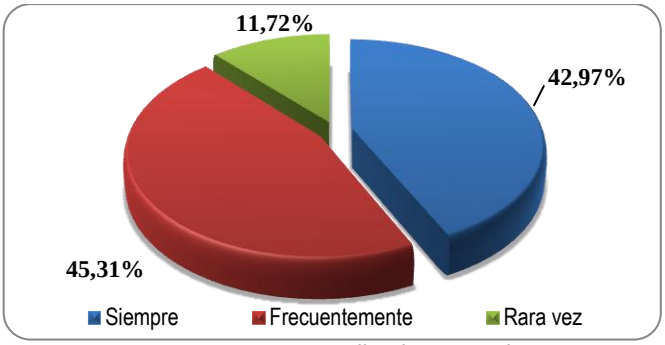
1. **¿Cuándo Ud. requiere servicios de salud, con qué frecuencia asiste al Centro de Salud 24-H Posorja?**

Tabla 1: Frecuencia de asistencia

Detalle	Frecuencia	%
Siempre	55	42,97%
Frecuentemente	58	45,31%
Rara vez	15	11,72%
Total	**128**	**100%**

Elaborado Por: Obst. Mariana Morán Cruz

Gráfico No. 7.- Frecuencia de asistencia



Fuente: Encuesta aplicada a usuarios

Análisis:

Según los usuarios encuestados el 45,31% respondieron asistir con frecuencia al Centro de Salud 24-H Posorja, mientras que el 42,97% de los encuestados manifestaron asistir siempre al centro de salud; por otra parte el 11,72% rara vez asisten.

Interpretación:

La mayoría de los usuarios asisten frecuentemente al Centro de Salud 24-H Posorja, con la finalidad de ser atendidos en cada uno de sus requerimientos de salud.

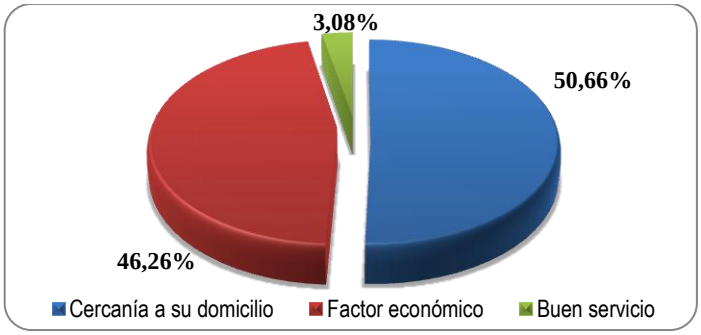
2. ¿Asiste al Centro de Salud por: *(pregunta de selección múltiple)*?

Tabla 2: Asistencia al centro de salud

Detalle	Frecuencia	%
Cercanía a su domicilio	115	50,66%
Factor económico	105	46,26%
Buen servicio	7	3,08%
Total	**227**	**100%**

Elaborado Por: Obst. Mariana Morán Cruz

Gráfico No. 8.- Asistencia al centro de salud



Fuente: Encuesta aplicada a usuarios

Análisis:

Al realizar el procesamiento de la información recabada en la encuesta, el 50,66% de respuestas recaen sobre el ítem cercanía a su domicilio, el 46,26% por factores económicos y el 3,08% por buen servicio.

Interpretación:

De acuerdo a la encuesta aplicada a los usuarios, se puede evidenciar que la mayoría de usuarios asisten al Centro de Salud 24-H Posorja por encontrarse cerca de su domicilio y por la gratuidad de los servicios, no asisten por la calidad del servicio brindado, lo que demuestra que no se brinda un buen servicio.

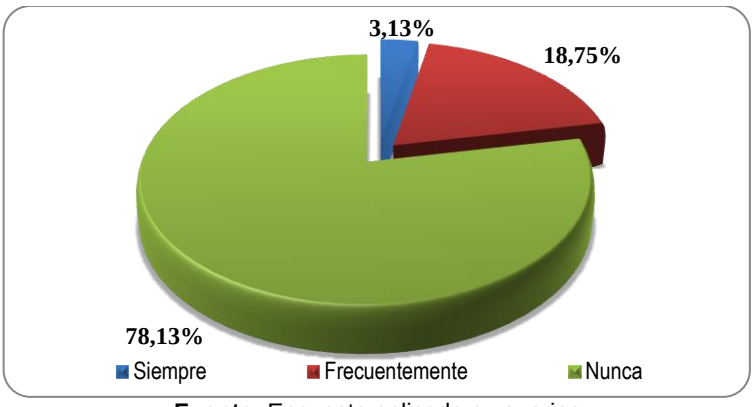
3. ¿La obtención de turnos para atención médica es inmediata?

Tabla 3: Obtención de turnos

Detalle	Frecuencia	%
Siempre	4	3,13%
Frecuentemente	24	18,75%
Nunca	100	78,13%
Total	**128**	**100%**

Elaborado Por: Obst. Mariana Morán Cruz

Gráfico No. 9.- Obtención de turnos



Fuente: Encuesta aplicada a usuarios

Análisis:

El 78,13% de los usuarios respondieron que la obtención de turnos para atención médica nunca ha sido inmediata, mientras que el 18,75% indicaron que frecuentemente se obtiene de forma inmediata, mientras que el 3,13% dijeron que siempre se obtienen turnos de forma inmediata.

Interpretación:

Se puede determinar que existe un nudo crítico en la obtención de turnos, debido a que no se los puede obtener de forma inmediata, lo que causa molestia en los usuarios que asisten al Centro de Salud 24-H Posorja.

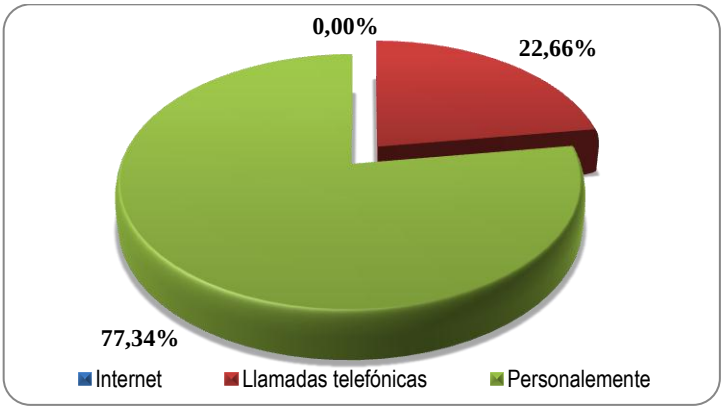
4. La obtención de turnos para atención médica la realiza por:

Tabla 4: Obtención de turnos

Detalle	Frecuencia	%
Internet	0	0,00%
Llamadas telefónicas	29	22,66%
Personalmente	99	77,34%
Total	**128**	**100%**

Elaborado Por: Obst. Mariana Morán Cruz

Gráfico No. 10.- Obtención de turnos



Fuente: Encuesta aplicada a usuarios

Análisis:

Los resultados de la encuesta establecen un 77,34% de usuarios que indicaron obtener los turnos para atención médica personalmente, mientras que el 22,66% lo realizan por llamadas telefónicas.

Interpretación:

Se evidencia que los usuarios obtienen turnos para atención médica asistiendo personalmente a la casa de salud, en menor porcentaje lo realizan por llamadas telefónicas y no se puede obtener turnos vía internet.

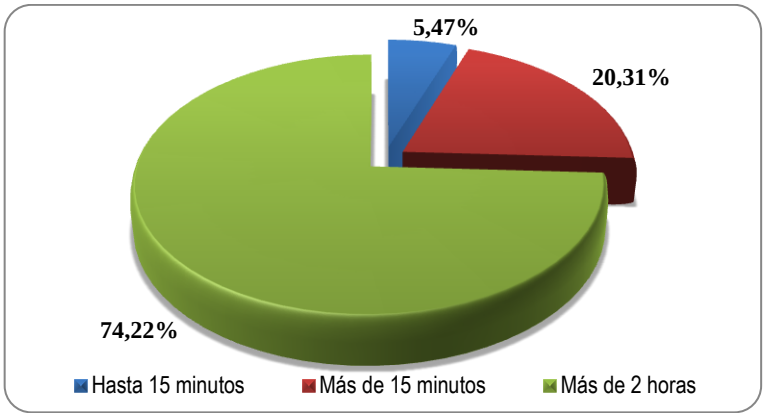
5. **El tiempo de espera para la atención en consulta a partir de su turno es:**

Tabla 5: Consulta

Detalle	Frecuencia	%
Hasta 15 minutos	7	5,47%
Más de 15 minutos	26	20,31%
Más de 2 horas	95	74,22%
Total	**128**	**100%**

Elaborado Por: Obst. Mariana Morán Cruz

Gráfico No. 11.- Consulta



Fuente: Encuesta aplicada a usuarios

Análisis:

Los usuarios encuestados respondieron en un 74,22% que el tiempo de espera para la atención en consulta es mayor a dos horas; mientras que el 20,31% respondieron que el tiempo de espera es mayor a 15 minutos, y en menor porcentaje el 5,47% indicó que esperan hasta 15 minutos.

Interpretación:

La encuesta permite evidenciar demora excesiva en los tiempos de espera de los usuarios que en la mayoría de los casos sobrepasan las 2 horas una vez obtenido el turno, lo que genera molestias en los usuarios que asisten al centro de salud.

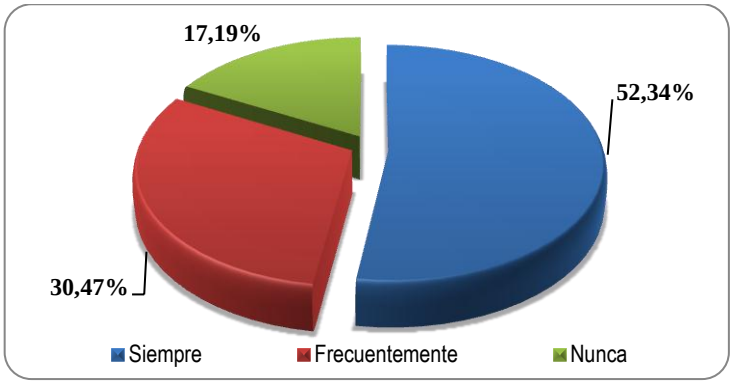
6. ¿El Centro de Salud se realiza el registro del historial clínico?

Tabla 6: Registro de historial clínico

Detalle	Frecuencia	%
Siempre	67	52,34%
Frecuentemente	39	30,47%
Nunca	22	17,19%
Total	**128**	**100%**

Elaborado Por: Obst. Mariana Morán Cruz

Gráfico No. 12.- Registro de historial clínico



Fuente: Encuesta aplicada a usuarios

Análisis:

Según los encuestados el 52,34% respondieron que siempre se realiza el registro del historial clínico, mientras que el 30,47% manifestaron que frecuentemente se realiza el registro, y en menor porcentaje el 17,19% indicaron nunca.

Interpretación:

Con mucha frecuencia se realiza el registro de información clínica de los pacientes en el Centro de Salud 24-H Posorja, siendo obligatorio este proceso para todas las casa de salud.

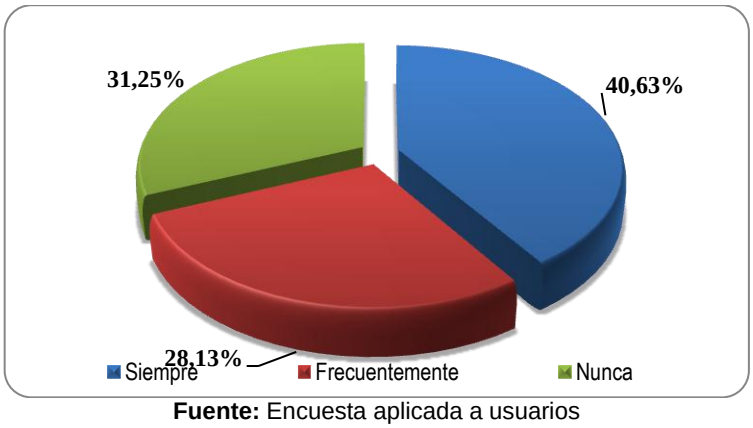
7. **¿El personal médico le realiza la toma de peso, talla y presión arterial?**

Tabla 7: Preparación del paciente

Detalle	Frecuencia	%
Siempre	52	40,63%
Frecuentemente	36	28,13%
Nunca	40	31,25%
Total	**128**	**100%**

Elaborado Por: Obst. Mariana Morán Cruz

Gráfico No. 13.- Preparación del paciente



Fuente: Encuesta aplicada a usuarios

Análisis:

En relación a esta pregunta el 40,63% de los usuarios encuestados manifestaron que el personal médico siempre realiza la toma de los signos vitales, mientras que el 31,25% respondieron que los médicos nunca lo hacen, y el 28,13% indicaron que los médicos lo realizan con frecuencia.

Interpretación:

Existen resultados divididos en las respuestas a este ítem, sin embargo, se puede determinar que con frecuencia si se realizan este tipo de

actividades que son de preparación del paciente como lo son la toma de peso, talla y presión arterial.

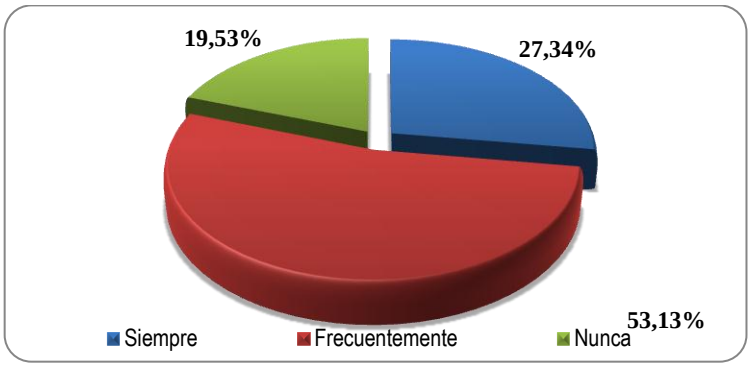
8. **¿El médico le informa claramente sobre el(los) problema(s) de salud, posibles causas, riesgos, etc., al momento de la consulta?**

Tabla 8: Información de salud

Detalle	Frecuencia	%
Siempre	35	27,34%
Frecuentemente	68	53,13%
Nunca	25	19,53%
Total	**128**	**100%**

Elaborado Por: Obst. Mariana Morán Cruz

Gráfico No. 14.- Información de salud



Fuente: Encuesta aplicada a usuarios

Análisis:

El 53,13% de los usuarios encuestados respondieron que el médico frecuentemente les informa claramente sobre los problemas de salud, posibles causas, riesgos, etc., mientras que el 27,34% indicaron que los médicos lo realizan siempre y en menor porcentaje el 19,53% de los usuarios dijeron nunca informan claramente.

Interpretación:

Se puede determinar que con frecuencia los médicos informan con claridad sobre el o los problemas de salud al momento de la consulta.

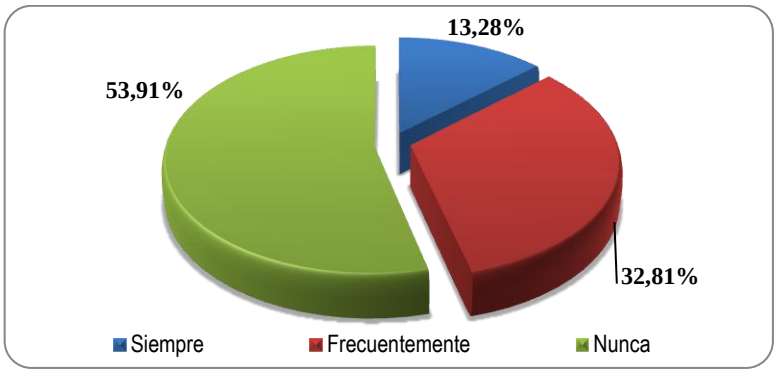
9. **¿El médico brinda la atención requerida con esmero, dedicación y demostrando preocupación por su mejora?**

Tabla 9: Atención de calidad

Detalle	Frecuencia	%
Siempre	17	13,28%
Frecuentemente	42	32,81%
Nunca	69	53,91%
Total	**128**	**100%**

Elaborado Por: Obst. Mariana Morán Cruz

Gráfico No. 15.- Atención de calidad



Fuente: Encuesta aplicada a usuarios

Análisis:

Se puede verificar que el 53,91% de usuarios respondieron que nunca el médico brinda la atención requerida con esmero, dedicación y demostrando preocupación por su mejora; mientras que el 32,81% manifestaron que con frecuencia los médicos si lo hacen, y en menor proporción el 13,28% respondieron siempre haber recibido buena atención.

Interpretación:

De acuerdo a los resultados se puede establecer un déficit por parte del personal médico en el médico brindar la atención requerida lo que repercute en la insatisfacción de los usuarios.

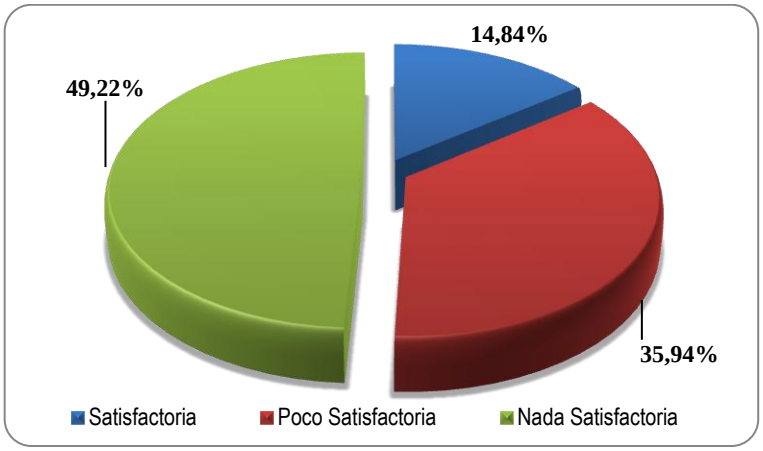
10. Considera que la atención ha sido:

Tabla 10: Atención de calidad

Detalle	Frecuencia	%
Satisfactoria	19	14,84%
Poco Satisfactoria	46	35,94%
Nada Satisfactoria	63	49,22%
Total	**128**	**100%**

Elaborado Por: Obst. Mariana Morán Cruz

Gráfico No. 16.- Atención de calidad



Fuente: Encuesta aplicada a usuarios

Análisis:

En relación al nivel de satisfacción al que se refiere esta pregunta, el 49,22% de los usuarios indicaron que la atención es nada satisfactoria, mientras que el 35,94% manifestaron que la atención es poco satisfactoria, y en menor porcentaje el 14,84% indicaron que la atención es satisfactoria.

Interpretación:

Se evidencia claramente un nivel muy bajo de satisfacción por parte del Centro de Salud 24-H Posorja, según los usuarios encuestados, lo que permite determinar que no se están tomando las medidas adecuadas para brindar un servicio de calidad.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS ENCUESTAS APLICADAS AL PERSONAL OPERATIVO DEL CENTRO DE SALUD 24-H POSORJA

En este punto se realiza la interpretación de los resultados obtenidos en las encuestas dirigidas al personal operativo que labora en CS24H Posorja.

Se realizó un muestreo de 34 servidores que es la totalidad del universo que laboran en el Centro de Salud.

1. **¿Planifica actividades de mercadeo social de los servicios?**

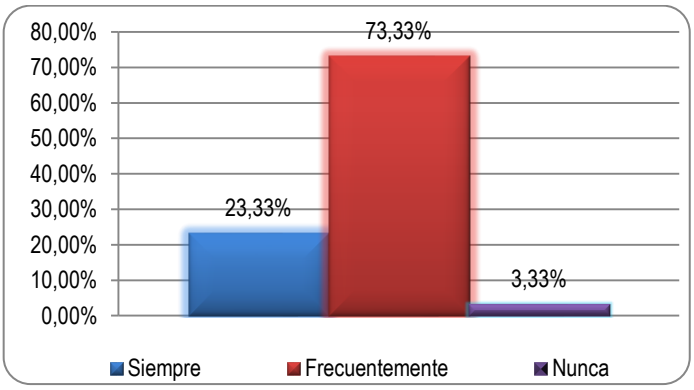
   Ej: Ferias y brigadas de la Salud

Tabla 11: Actividades sociales

Detalle	Frecuencia	%
Siempre	7	23,33%
Frecuentemente	22	73,33%
Nunca	1	3,33%
Total	**30**	**100%**

Elaborado Por: Obst. Mariana Morán Cruz

Gráfico No. 17.- Actividades sociales



Fuente: Encuesta aplicada al Personal Operativo

Análisis:

En la encuesta realizada al personal operativo en un 73.33% manifestaron que se realiza con frecuencia planificación de actividades de mercadeo social de los servicios, como por ejemplo: ferias y brigadas salud; mientras que el 23,33% indicaron planificar siempre, y en menor

porcentaje el 3,33% respondieron nunca planificar este tipo de actividades.

Interpretación:

Según los encuestados si se están realizando actividades de mercadeo social de los servicios, lo que permite determinar que se está trabajando por acercar los servicios a la comunidad.

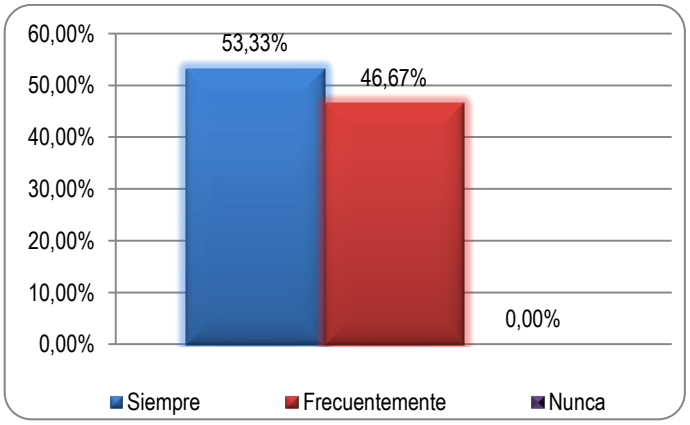
2. **¿Se apertura la historia clínica y se realiza el reconocimiento de riesgo personal de los pacientes?**

Tabla 12: Historial clínico

Detalle	Frecuencia	%
Siempre	16	53,33%
Frecuentemente	14	46,67%
Nunca	0	0,00%
Total	**30**	**100%**

Elaborado Por: Obst. Mariana Morán Cruz

Gráfico No. 18.- Historial clínico



Fuente: Encuesta aplicada al Personal Operativo

Análisis:

En relación a la apertura de la historia clínica y el reconocimiento de riesgo personal de los pacientes, el 53,33% manifiestan que siempre se lo hace, mientras que el 46,67% indicaron que se lo realiza frecuentemente.

Interpretación:

Se evidencia el cumplimiento por parte del personal en relación a la apertura de la historia clínica y el reconocimiento de riesgo personal de los pacientes.

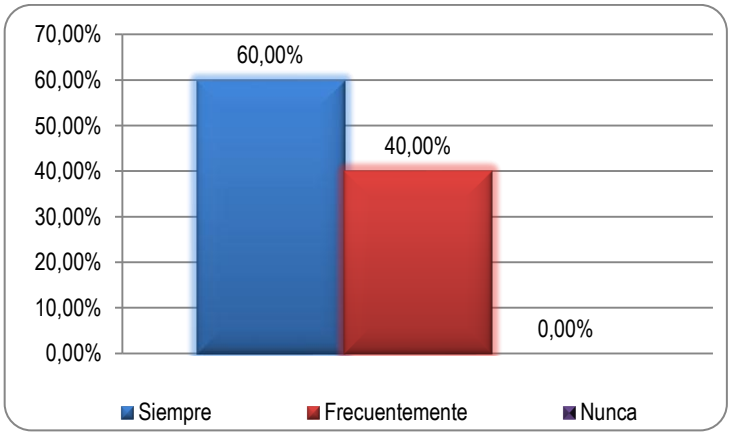
3. ¿Se identifica y priorizan las necesidades de salud?

Tabla 13: Identificación de necesidades de salud

Detalle	Frecuencia	%
Siempre	18	60,00%
Frecuentemente	12	40,00%
Nunca	0	0,00%
Total	**30**	**100%**

Elaborado Por: Obst. Mariana Morán Cruz

Gráfico No. 19.- Identificación de necesidades de salud



Fuente: Encuesta aplicada al Personal Operativo

Análisis:

En relación a esta pregunta, el 60,00% del personal operativo encuestado, respondió que siempre se identifica y priorizan las

necesidades de salud, mientras que un 40,00% de encuestados indicaron que se realiza frecuentemente.

Interpretación:

De acuerdo a los resultados se puede determinar que si se identifica y priorizan las necesidades de salud de los pacientes, lo cual es muy importante para un buen diagnóstico y tratamiento.

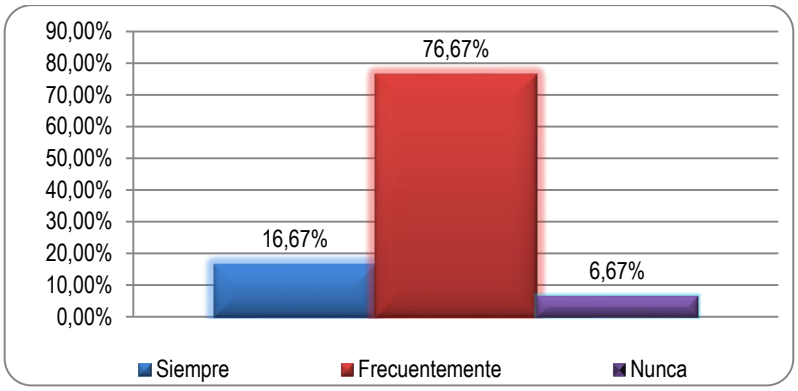
4. **¿Se realiza la derivación a otros servicios según necesidad, se realiza la transferencia, referencia o contra-referencia según el caso?**

Tabla 14: Derivación, transferencia, referencia o contra-referencia

Detalle	Frecuencia	%
Siempre	5	16,67%
Frecuentemente	23	76,67%
Nunca	2	6,67%
Total	**30**	**100%**

Elaborado Por: Obst. Mariana Morán Cruz

Gráfico No. 20.- Derivación, transferencia, referencia o contra-referencia



Fuente: Encuesta aplicada al Personal Operativo

Análisis:

Los resultados arrojaron un 76,67% que manifiestan que se realiza la derivación, transferencia, referencia o contra-referencia según el caso; el 16,67% indicaron que siempre se realiza y en menor porcentaje el 6,67% indicó que nunca se lo hace.

Interpretación:

Se puede determinar de no ofrecer los servicios necesarios por los usuarios, con frecuencia se los transfiere o deriva a otra unidad médica para su atención.

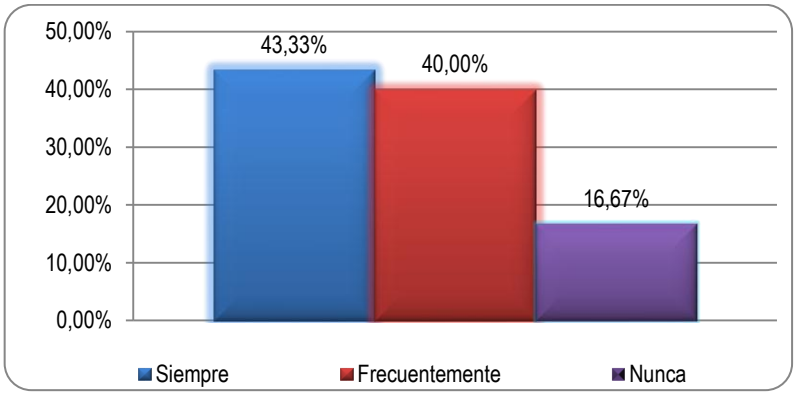
5. **¿Se sensibiliza e informa a los pacientes sobre derechos y prestaciones?**

Tabla 15: Derechos y prestaciones

Detalle	Frecuencia	%
Siempre	13	43,33%
Frecuentemente	12	40,00%
Nunca	5	16,67%
Total	**30**	**100%**

Elaborado Por: Obst. Mariana Morán Cruz

Gráfico No. 21.- Derechos y prestaciones



Fuente: Encuesta aplicada al Personal Operativo

Análisis:

El 43,33% del personal operativo encuestado respondió que siempre se sensibiliza e informa a los pacientes sobre derechos y prestaciones del Centro de Salud; el 40,00% indicaron que se lo hace frecuentemente, y en menor porcentaje el 16,67% manifestaron que nunca se sensibiliza.

Interpretación:

Se evidencia que el personal operativo del Centro de Salud 24-H Posorja, con frecuencia sensibiliza e informa a los pacientes sobre los derechos y prestaciones a los que éstos pueden acceder.

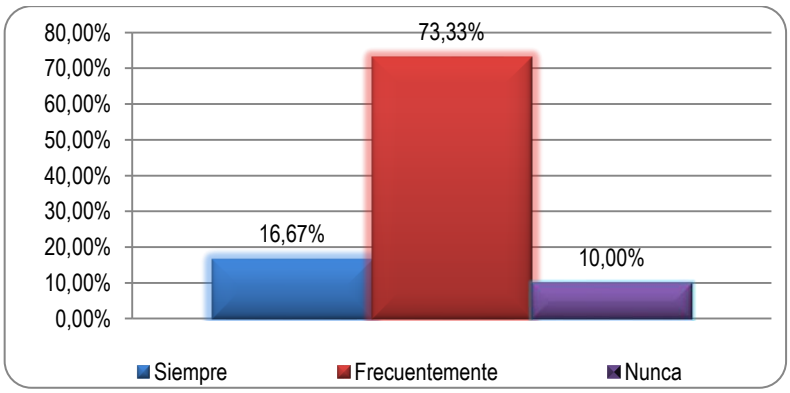
6. **¿Se realiza la toma de peso, talla y Presión Arterial durante la consulta?**

Tabla 16: Toma de peso, talla y Presión Arterial

Detalle	Frecuencia	%
Siempre	5	16,67%
Frecuentemente	22	73,33%
Nunca	3	10,00%
Total	**30**	**100%**

Elaborado Por: Obst. Mariana Morán Cruz

Gráfico No. 22.- Toma de peso, talla y Presión Arterial



Fuente: Encuesta aplicada al Personal Operativo

Análisis:

En relación a la pregunta que se refiere si se realiza la toma de peso, talla y Presión Arterial durante la consulta, el 73,33% de los encuestados respondieron que se realiza con frecuencia, mientras que el 16,67% indicaron que siempre se realiza, y el 10,00% manifestaron nunca.

Interpretación:

De acuerdo a las respuestas si se realiza la toma de peso, talla y Presión Arterial durante la consulta, requisitos que son previos como parte de la preparación del paciente.

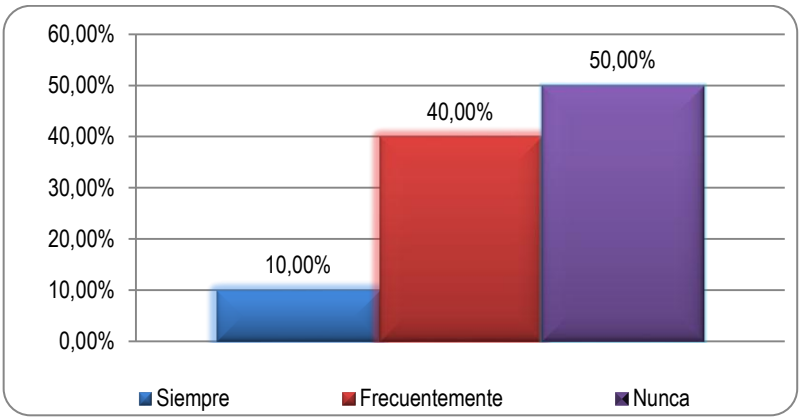
7. **¿Se realiza el seguimiento y monitoreo de personas en el contexto de la familia: Se asegura la continuidad de las acciones hasta completar la oferta del Portafolio de intervención, luego de la identificación y priorización de necesidades?**

Tabla 17: Seguimiento y monitoreo

Detalle	Frecuencia	%
Siempre	3	10,00%
Frecuentemente	12	40,00%
Nunca	15	50,00%
Total	**30**	**100%**

Elaborado Por: Obst. Mariana Morán Cruz

Gráfico No. 23.- Seguimiento y monitoreo



Fuente: Encuesta aplicada al Personal Operativo

Análisis:

El 50,00% manifestó que nunca se realiza el seguimiento y monitoreo de personas en el contexto de la familia hasta completar la oferta del Portafolio de intervención, luego de la identificación y priorización de necesidades; el 40,00% indicó que se lo hace con frecuencia, y en menor porcentaje el 10,00% respondió que siempre lo realizan.

Interpretación:

Poco o nada se está trabajando en el seguimiento y monitoreo de personas en el contexto de la familia, en asegurar la continuidad de las acciones hasta completar la oferta del Portafolio de intervención, luego de la identificación y priorización de necesidades.

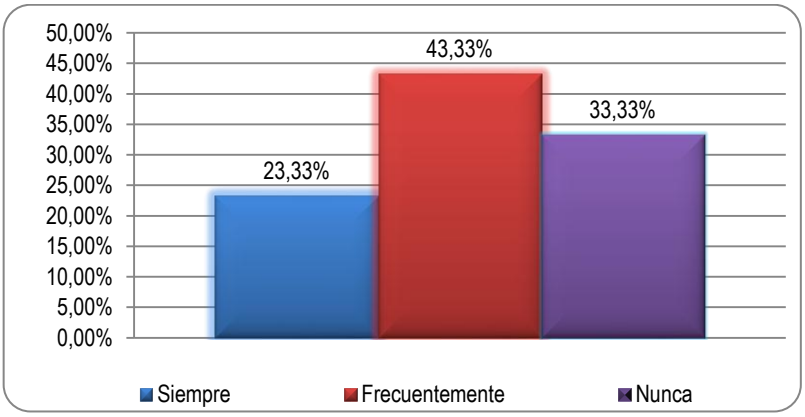
8. **¿Se concentra en el cumplimiento del Plan de acciones elaborado de acuerdo a las necesidades de la persona identificadas dentro y fuera del Centro de salud?**

Tabla 18: Cumplimiento de Plan de Acciones

Detalle	Frecuencia	%
Siempre	7	23,33%
Frecuentemente	13	43,33%
Nunca	10	33,33%
Total	**30**	**100%**

Elaborado Por: Obst. Mariana Morán Cruz

Gráfico No. 24.- Cumplimiento de Plan de Acciones



Fuente: Encuesta aplicada al Personal Operativo

Análisis:

Los datos procesados demuestran un 43,33% de respuestas por parte del personal operativo que indica que frecuentemente se concentra en el cumplimiento del Plan de acciones elaborado de acuerdo a las necesidades de la persona identificadas dentro y fuera del centro de salud; mientras que el 33,33% respondieron que nunca se concentra, y el 23,33% manifestaron que siempre se concentra.

Interpretación:

Según los datos observados se puede determinar que con frecuencia el trabajo del personal operativo se concentra en el cumplimiento del Plan de acciones elaborado de acuerdo a las necesidades de la persona identificadas dentro y fuera del centro de salud.

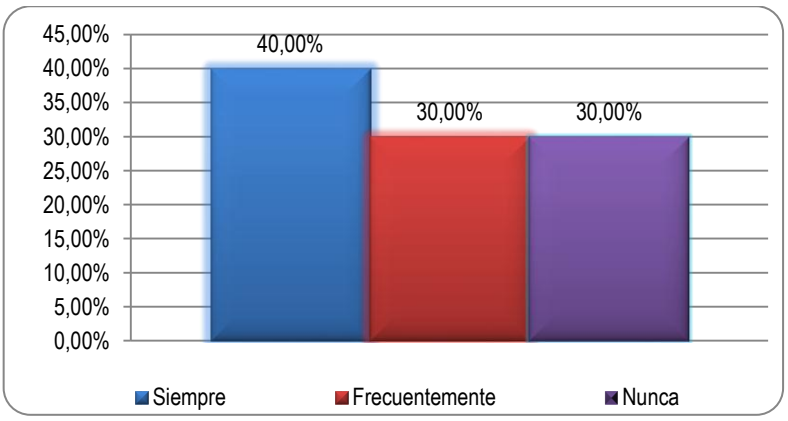
9. ¿Cumple con la atención extramural o comunitaria?

Tabla 19: Cumplimiento de atención extramural o comunitaria

Detalle	Frecuencia	%
Siempre	12	40,00%
Frecuentemente	9	30,00%
Nunca	9	30,00%
Total	**30**	**100%**

Elaborado Por: Obst. Mariana Morán Cruz

Gráfico No. 25.- Cumplimiento de atención extramural o comunitaria



Fuente: Encuesta aplicada al Personal Operativo

Análisis:

El 40,00% de encuestados manifestaron que siempre se cumple con la atención extramural o comunitaria, y en igual porcentaje de respuesta el 30,00% indicaron que se cumple frecuentemente y nunca.

Interpretación:

En lo que respecta al cumplimiento de actividades extramurales y/o comunitarias, es más o menos frecuente que el personal operativo cumpla con estas.

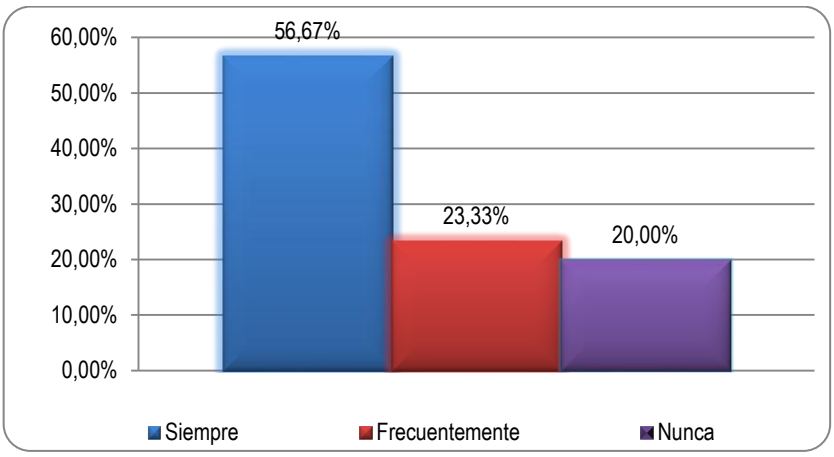
10. ¿Cumple con la atención intramural o en el establecimiento?

Tabla 20: Cumplimiento de atención intramural o en el establecimiento

Detalle	Frecuencia	%
Siempre	17	56,67%
Frecuentemente	7	23,33%
Nunca	6	20,00%
Total	**30**	**100%**

Elaborado Por: Obst. Mariana Morán Cruz

Gráfico No. 26.- Cumplimiento de atención intramural o en el establecimiento



Fuente: Encuesta aplicada al Personal Operativo

Análisis:

El 56,67% del personal operativo encuestado respondió que siempre se cumple con la atención intramural o dentro del establecimiento de salud, el 23,33% indicaron que frecuentemente se cumple, y el 20,00% manifestaron nunca cumplir.

Interpretación:

Se puede determinar que se está trabajando con mucha frecuencia en el cumplimiento de actividades de atención intramural o dentro del establecimiento de salud.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA ENTREVISTA APLICADA A LAS AUTORIDADES DEL CENTRO DE SALUD 24-H POSORJA

1. **¿Se cumple con la implementación del Modelo de Atención Integral – MAIS?**

   Se cumple con todas las disposiciones que emite el Ministerio de Salud, a través del Distrito, referentes a la implementación del MAIS.

2. **¿Se evalúa el cumplimiento del Modelo de Atención Integral – MAIS?**

   Se evalúa periódicamente de acuerdo a las directrices del Ministerio de Salud, a través del Distrito.

3. **¿Se implementan estrategias para solucionar nudos críticos que se presentan en los procesos operativos?**

   Se realiza todo el esfuerzo posible para mejorar los servicios.

4. **¿Se presentan dificultades en el servicio que se brinda a los usuarios a través de consulta externa?**

   Por lo general en la obtención de turnos y atención médica por el déficit de personal y alta demanda.

5. **¿Cree usted que se requieren nuevas estrategias para mejorar el servicio?**

   Sí, se necesitan estrategias que hagan más eficientes los servicios.

Conclusiones y Recomendaciones

11.1.1 Conclusiones

Una vez procesada la información recabada de las encuestas aplicadas a los usuarios de consulta externa y del personal operativo del Centro de Salud 24-H Posorja, se llegaron a las siguientes conclusiones:

- No se está cumpliendo a cabalidad con el Modelo de Atención Integral, puesto que el nivel de efectividad de los servicios de salud brindados a la comunidad del Centro de Salud 24H-Posorja, de la parroquia Posorja, cantón Guayaquil, provincia del Guayas, son poco satisfactorios.

- No se ha realizado una evaluación permanente del modelo de atención, lo que impide mejorar los servicios de salud del Centro de Salud 24H-Posorja, de la parroquia Posorja, cantón Guayaquil, provincia del Guayas.

- Existen nudos críticos en la obtención de turnos para asistencia médica, lo que dificulta la atención en los servicios de salud en el Centro de Salud 24H-Posorja, de la parroquia Posorja, cantón Guayaquil, provincia del Guayas.

- Existe la necesidad urgente de implementar estrategias del modelo de atención, para mejorar significativamente los servicios de salud en el Centro de Salud 24H-Posorja, de la parroquia Posorja, cantón Guayaquil, provincia del Guayas.

11.1.2 Recomendaciones

- Que las autoridades hagan cumplir a cabalidad el Modelo de Atención Integral, con la finalidad de mejorar el nivel de efectividad de los servicios de salud brindados a la comunidad del Centro de Salud 24H-Posorja, de la parroquia Posorja, cantón Guayaquil, provincia del Guayas.

- Que las autoridades y funcionarios competentes realicen evaluaciones permanentemente del modelo de atención, para mejorar los servicios de salud del Centro de Salud 24H-Posorja, de la parroquia Posorja, cantón Guayaquil, provincia del Guayas.

- Que se implementen procesos tecnológicos adecuados para contrarrestar los nudos críticos en la obtención de turnos para asistencia médica, mejorando la atención en los servicios de salud en el Centro de Salud 24H-Posorja, de la parroquia Posorja, cantón Guayaquil, provincia del Guayas.

- Que las autoridades implementen estrategias del modelo de atención, para mejorar significativamente los servicios de salud en el Centro de Salud 24H-Posorja, de la parroquia Posorja, cantón Guayaquil, provincia del Guayas.

12 PROPUESTA DE APLICACIÓN DE RESULTADOS

12.1 Alternativa obtenida

PLAN ESTRATÉGICO 2016

BASADO EN EL PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR

12.2 Alcance de la alternativa

La propuesta sobre el Plan Estratégico 2016 basado en el Plan Nacional del Buen Vivir, plantea establecer una nueva visión, misión, principios, valores, la identificación de objetivos estratégicos, la alineación de los objetivos estratégicos institucionales con los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir, el diseño de estrategias, la evaluación de las mismas estrategias, hasta la construcción del Plan Operativo Anual – POA 2016. La alternativa puede ser considerada para que las autoridades del Centro de Salud 24H Posorja de la parroquia Posorja, cantón Guayaquil, la incorporen dentro de la planificación institucional del año 2016.

12.3 Aspectos básicos de la alternativa

12.3.1 Antecedentes

En la investigación desarrollada en el Centro de Salud 24-H Posorja, se evidenciaron varios factores que requieren atención inmediata para mejorar el servicio brindado, que a través de estrategias bien enfocadas permitirán un mejor trabajo, entre las dificultades encontradas están:

Se puede evidenciar que la mayoría de usuarios asisten al Centro de Salud 24-H Posorja por encontrarse cerca de su domicilio y por la gratuidad de los servicios, no asisten por la calidad del servicio brindado, lo que demuestra que no se brinda un buen servicio. Existe un nudo

crítico en la obtención de turnos, debido a que no se los puede obtener de forma inmediata, lo que causa molestia en los usuarios. Los usuarios obtienen turnos para atención médica asistiendo personalmente a la casa de salud, en menor porcentaje lo realizan por llamadas telefónicas y no se puede obtener turnos vía internet.

Se evidenció demora excesiva en los tiempos de espera de los usuarios que en la mayoría de los casos sobrepasan las 2 horas una vez obtenido el turno, lo que genera molestias en los usuarios que asisten al centro de salud. Existe déficit por parte del personal médico en el médico brindar la atención requerida con esmero, dedicación y demostrando preocupación por su mejora, lo que repercute en la insatisfacción de los usuarios.

Poco o nada se está trabajando en el seguimiento y monitoreo de personas en el contexto de la familia, en asegurar la continuidad de las acciones hasta completar la oferta del Portafolio de intervención, luego de la identificación y priorización de necesidades.

12.3.2 Justificación

La investigación evidencia falta de estrategias para mejorar el nivel de satisfacción de los usuarios en los servicios que estos reciben por parte del Centro de Salud 24-H Posorja, y que permitan contrarrestar los nudos críticos encontrados en algunos procesos operativos, por lo que es

necesario de forma urgente establecer un Plan Estratégico basado en el Manual de Atención Integral – MAIS, que en el año 2016 establezca objetivos estratégico, misión, visión y una descripción clara que describa los componentes de dicho plan, que sea consecuente con el Buen Vivir y que se enfoque en satisfacer las necesidades de la comunidad en general.

12.3.3 Planteamiento de la Propuesta

TITULO:

PLAN ESTRATÉGICO 2016, BASADO EN EL PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR.

12.3.4 Objetivos

Objetivo General

Establecer objetivos estratégicos consecuentes con el Plan Nacional del Buen Vivir, que permitan mejorar los servicios del Centro de Salud 24-H Posorja, de la parroquia Posorja, cantón Guayaquil.

Objetivos Específicos

- Mejorar la calidad en las prestaciones de salud a la población del Centro de Salud 24-H Posorja, de la parroquia Posorja, cantón Guayaquil.

- Fortalecer los mecanismos de formación y articulación de las diferentes estrategias del Ministerio de Salud Pública.

- Incrementar la satisfacción al usuario con la atención por parte del personal de salud alcanzando el 90% de satisfacción global con la atención recibida en el Centro de Salud 24-H Posorja, de la parroquia Posorja, cantón Guayaquil.

12.4 Estructura de la propuesta

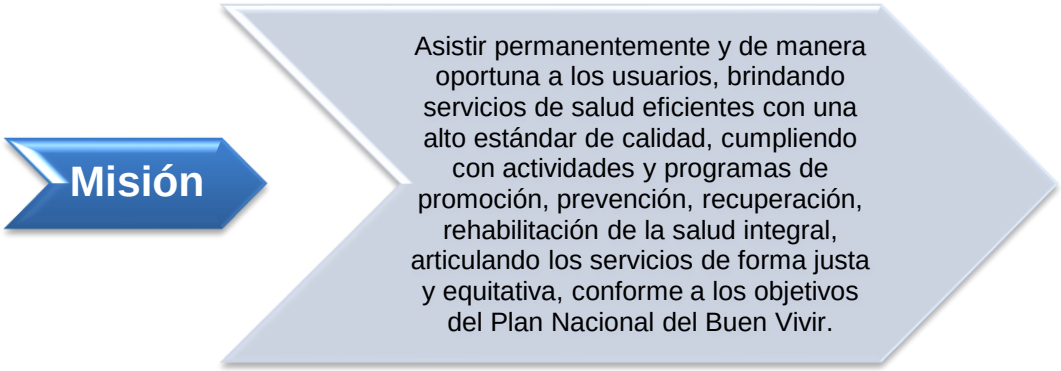
12.4.1 Desarrollo de la propuesta

PLAN ESTRATÉGICO 2016

BASADO EN EL PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR

DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

El direccionamiento estratégico es la base para plantear los objetivos estratégicos institucionales, considerados como elementos orientadores para el futuro de la organización. Los objetivos estratégicos institucionales determinan el futuro que la institución pretende alcanzar y cuyo logro contribuye al cumplimiento de las políticas sectoriales y, a través de éstas, al Plan Nacional para el Buen Vivir. El Plan Estratégico 2016, y su direccionamiento, están enmarcados dentro de los objetivos del Ministerio de salud y objetivos del Modelo de Atención, para provocar una transformación en los servicios de salud, mejorando la calidad de los mismos y por consecuente aumentando el nivel de satisfacción de los usuarios del Centro de Salud 24-HPosorja.



VALORES

El Plan Estratégico 2016, se sustenta en base a principios y valores consecuentes con el fortalecimiento de relaciones interpersonales entre el personal operativo y usuarios del Centro de Salud 24-H Posorja, de la parroquia Posorja, cantón Guayaquil.

RESPETO.- Se brindará un servicio basado en el respeto mutuo, considerando permanentemente sus derechos.

INCLUSION.- Se valorarán sus diferencias, considerando sus capacidades especiales de forma equitativa y con respeto.

VOCACIÓN DE SERVICIO.- Se trabajará con amor y demostrando entrega en cada una de las actividades que se realicen.

COMPROMISO.- Invertir al máximo las capacidades técnicas y personales en todo lo encomendado.

INTEGRIDAD.- Velar porque toda la población tenga las mismas oportunidades de acceso a una atención gratuita e integral con calidad y calidez.

JUSTICIA.- Velar porque toda la población tenga las mismas oportunidades de acceso a una atención gratuita e integral con calidad y calidez.

LEALTAD.- Velar porque toda la población tenga las mismas oportunidades de acceso a una atención gratuita e integral con calidad y calidez.

PRINCIPIOS basados en el (Ministerio de Salud Pública, 2012, pág. 58)

EQUIDAD.- Garantizar a toda la población el acceso a servicios de calidad, de acuerdo a sus necesidades, eliminando las disparidades evitables e injustas como las concernientes al género y a lo generacional.

CALIDAD.- Buscar la efectividad de las acciones, la atención con calidez y la satisfacción de los usuarios.

EFICIENCIA.- Optimizar el rendimiento de los recursos disponibles y en una forma social epidemiológicamente adecuada.

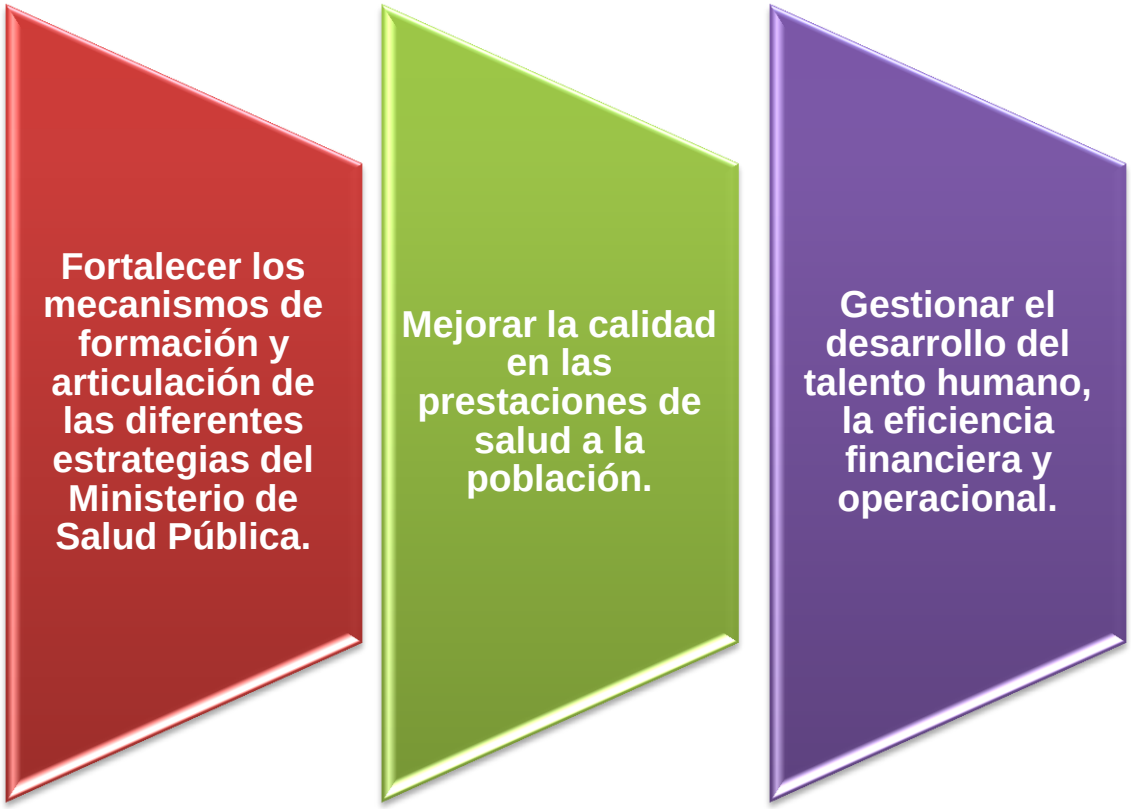
PARTICIPACIÓN.- Promover que el ejercicio ciudadano contribuya en la toma de decisiones y en el control social de las acciones y servicios de Salud.

PLURALIDAD.- Respetar las necesidades y aspiraciones diferenciadas de los grupos sociales y propiciar su interrelación con una visión pluricultural. .

SOLIDARIDAD.- Satisfacer las necesidades de salud de la población más vulnerable, con el esfuerzo y cooperación de la sociedad en su conjunto.

UNIVERSALIDAD.- Extender la cobertura de los beneficios del Sistema, a toda la población en el territorio nacional. .

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES


Fortalecer los mecanismos de formación y articulación de las diferentes estrategias del Ministerio de Salud Pública.
Mejorar la calidad en las prestaciones de salud a la población.
Gestionar el desarrollo del talento humano, la eficiencia financiera y operacional.

ALINEACIÓN DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES A LOS OBJETIVOS DEL PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR

OBJETIVOS DEL PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR			OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES
OBJETIVOS	**POLITICA**	**LINEAMIENTOS**	
Objetivo 3. Mejorar La calidad de vida de la población	Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas	a. Diseñar e implementar mecanismos integrales de promoción de la salud para prevenir riesgos durante todo el ciclo de vida, con énfasis sobre los determinantes sociales de salud. g. Desarrollar e implementar programas nacionales de reducción de la muerte materna y neonatal, con enfoque integrado e intercultural h. Promover el uso de prácticas médicas que reduzcan el riesgo de transmisión materno-fetal y materno-infantil de enfermedades j. Promover la lactancia materna como la acción más efectiva para la nutrición y la prevención de enfermedades infecciosas neonatales, sobre todo gastroenteritis	1. Fortalecer los mecanismos de formación y articulación de las diferentes estrategias del Ministerio de Salud Pública
	Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud	a. Consolidar y fortalecer la red pública integral de salud de manera coordinada e integrada, para optimizar el uso de recursos, con base en la capacidad de acogida de los territorios. e. Implementar el sistema de referencia y contra referencia entre instituciones de la red pública y la red complementaria en todos los niveles, garantizando el acceso oportuno y optimizando el uso de todos los recursos disponibles en el país. l. Garantizar la provisión oportuna de medicamentos acorde con las necesidades sanitarias de la población, en especial para enfermedades catastróficas, raras y personas con discapacidad severa, dando preferencia al uso de medicamentos genéricos	2. Mejorar la calidad en las prestaciones de salud a la población.

Objetivo 1: Consolidar el Estado democrático y la construcción del poder popular.	Afianzar una gestión pública inclusiva, oportuna, eficiente, eficaz y de excelencia	a. Agilizar y simplificar los procesos y procedimientos administrativos, con el uso y el desarrollo de tecnologías de información y comunicación e. Profundizar la aplicación de mecanismos de selección, profesionalización, promoción, seguimiento y evaluación del talento humano, para garantizar la eficiencia y la calidad de la gestión pública. f. Promover la formación y capacitación de funcionarios públicos como parte de su carrera profesional.	3. Gestionar el desarrollo del talento humano, la eficiencia financiera y operacional.
	Fortalecer el Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa, con un enfoque de derechos.	k. Mejorar las capacidades del talento humano encargado de la planificación del Estado, en todos sus niveles, promoviendo el diálogo, la deliberación y la visión integral del territorio.	
	Fortalecer los mecanismos de control social, la transparencia de la administración pública y la prevención y la lucha contra la corrupción	g. Consolidar en todos los niveles de gobierno la aplicación de procedimientos para transparentar la asignación y ejecución de recursos presupuestarios.	

(Secretaría Técnica del Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa, 2013 2017, págs. 83- 85 - 146)

DISEÑO DE ESTRATEGIAS

ESTRATEGIAS

Las estrategias constituyen los medios que permiten plantear los cursos de acción factibles y necesarios para el logro de objetivos y metas institucionales y, por ende, para el cumplimiento de la política pública. Esta fase permite identificar el conjunto de acciones destinadas al cumplimiento de los objetivos y la determinación de recursos requeridos para este fin.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1

Fortalecer los mecanismos de formación y articulación de las diferentes estrategias del Ministerio de Salud Pública

- Fortalecer el sistema generalizado de referencia y contra-referencia entre los diferentes niveles de atención.
- Evaluar los resultados de programas de prevención, su ejecución y planificación.
- Evaluación de la Atención integral e integradora a personas con discapacidad, rehabilitación y cuidados especiales.
- Reducción de la mortalidad materna y neonatal.
- Evaluar la ejecución de programas de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes.
- Fortalecer el Programa de Control y prevención de la Tuberculosis.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2

Mejorar la calidad en las prestaciones de salud a la población

- Mejorar la calidad de atención primaria, a través de la actualización y aplicación de normas y estándares para los principales problemas de salud que se atienden en el primer nivel de atención.
- Disminuir los tiempos de espera para citas programadas en la consulta de primer nivel y en la consulta de especialidades (30 minutos como máximo).
- Implementar acciones para aumentar la eficiencia en el uso de quirófanos y consultorios, utilizando los turnos vespertinos y de fin de semana, con un programa de incentivos económicos.
- Fortalecer el proceso para obtención de turnos de atención médica.
- Crear un sistema de control para la provisión oportuna de medicamentos e insumos.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3

Gestionar el desarrollo del talento humano, la eficiencia financiera y operacional

- Implementar planes de capacitación permanente para el personal.
- Establecer un plan de incentivos.
- Evaluar el desempeño del personal.
- Tratamiento de quejas de los servidores públicos.
- Plan de inducción para el personal.
- Análisis del clima laboral.
- Gestionar el uso eficiente del presupuesto y recursos.

EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN ESTRATÉGICO ESTRATEGIA DE DIFUSIÓN Y EMPODERAMIENTO DEL PLAN INSTITUCIONAL

Una vez implementado el Plan Estratégico Institucional es de vital importancia comunicar y empoderar al personal sobre los resultados del trabajo realizado en cada una de las unidades del Centro de Salud tanto técnicas, como administrativas.

Comunicar la Misión y Visión, así como los objetivos en cada uno de los diferentes servicios, usando medios como canales internos, eventos de socialización, actividades de implementación y entendimiento en cada unidad.

EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA

Para que la gestión estratégica sea efectiva, las autoridades realizarán de forma anual la rendición de cuentas o evaluación.

Para el desarrollo del trabajo de coordinación de ejecución se deberá contar con equipos multidisciplinarios, responsables por el análisis y resolución de los principales problemas de gestión identificados.

Para el ingreso y actualización de la información se utilizará el sistema Gobierno por Resultados (GPR), complementando la ejecución de actividades con los sistemas e-SIGEF, y otros más de gestión pública.

PROGRAMACIÓN PLURIANUAL Y ANUAL DE PLANIFICACIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL 2016 (POA)

El plan Operativo Anual (POA) es un instrumento para concretar y facilitar la implementación del conjunto de propuestas contenidas en el Plan de Desarrollo Institucional.

Es un instrumento para la gestión al permitir y facilitar la ejecución del plan de desarrollo, el seguimiento al cumplimiento de las actividades, la administración eficaz de los recursos y la adecuada ejecución del presupuesto. Contiene los distintos objetivos operativos, metas y actividades que un área o proceso específico proyecta desarrollar durante el año en referencia.

1. Fortalecer los mecanismos de formación y articulación de las diferentes estrategias del Ministerio de Salud Pública				
ESTRATEGIA /OBJETIVOS	**META**	**ESTRUCTURA RESPONSABLE**	**INDICADOR DE CUMPLIMIENTO**	**MEDIO VERIFICACION CUMPLIMIENTO META**
• Fortalecer el sistema generalizado de referencia y contra-referencia entre los diferentes niveles de atención.	70% de cumplimiento de referencias. 90% de contra referencias. Máximo 5% de referencias solicitadas.	Comité de Sistema de Referencias	Porcentaje de cumplimiento de referencias. Porcentaje de contra referencias	Informes, actas, matrices , presentaciones

• Evaluar los resultados de programas de prevención, su ejecución y planificación.	100% de programas planificados y ejecutados	Planificación	Porcentaje de participación de usuarios, Número de sectores atendidos	Informes de asistencias Planificaciones realizadas Documentos de soporte
• Evaluación de la Atención integral e integradora a personas con discapacidad, rehabilitación y cuidados especiales.	100% de usuarios con discapacidades atendidos	Planificación, Financiero, Fisiatría	% presupuesto	Matriz de discapacidades y % presupuesto devengado
• Reducción de la mortalidad materna y neonatal.	0% de muerte materna	Comité Calidad de Atención materno-infantil	16 estándares de reporte materno-neonatal	Matriz y ciclos rápidos
• Evaluar la ejecución de programas de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes.	100% de programas planificados y ejecutados	Planificación	Porcentaje de participación de usuarios, Número de sectores atendidos	Informes de asistencias Planificaciones realizadas Documentos de soporte
• Fortalecer el Programa de Control y prevención de la Tuberculosis.	0% de pacientes TB	Oficina de TB.	% de pacientes con tb/total pacientes atendidos en este servicio.	Reportes mensuales
2. Mejorar la calidad en las prestaciones de salud a la población.				
ESTRATEGIA /OBJETIVOS	**META**	**ESTRUCTURA RESPONSABLE**	**INDICADOR DE CUMPLIMIENTO**	**MEDIO VERIFICACION CUMPLIMIENTO META**
• Mejorar la calidad de atención primaria, a través de la actualización y aplicación de normas y estándares para los principales problemas de salud que se atienden en el primer nivel de atención.	100% de los estándares medidos	Equipos de calidad, Admisión, Planificación	Medición mensual de cada indicador	Matriz de reporte
• Disminuir los tiempos de espera para citas programadas en la consulta de primer nivel y en la consulta de especialidades (30 minutos como máximo).	90% de satisfacción de usuarios	Atención usuario	Número de pacientes satisfechos/total de pacientes encuestados	Encuestas de satisfacción e informes.

• Implementar acciones para aumentar la eficiencia en el uso de quirófanos y consultorios, utilizando los turnos vespertinos y de fin de semana, con un programa de incentivos económicos.	100% casos clínicos analizados y atendidos	Personal médico y operativo, Talento Humano	Número turnos asignados y pacientes atendidos.	Informes y planificación.
• Fortalecer el proceso para obtención de turnos de atención médica.	90% de satisfacción de usuarios	Atención usuario	Número de pacientes satisfechos/total de pacientes encuestados	Encuestas de satisfacción e informes.
• Crear un sistema de control para la provisión oportuna de medicamentos e insumos	100% de medicamentos esenciales	Farmacia	Porcentaje de medicamentos esenciales existentes/total de medicamentos esenciales	Medicamentos, formularios, recetas, Actas reuniones.
3. Gestionar el desarrollo del talento humano, la eficiencia financiera y operacional				
ESTRATEGIA /OBJETIVOS	**META**	**ESTRUCTURA RESPONSABLE**	**INDICADOR DE CUMPLIMIENTO**	**MEDIO VERIFICACION CUMPLIMIENTO META**
• Implementar planes de capacitación permanente para el personal.	100% de Elaboración del plan de Talento Humano	Talento Humano, Docencia, Coordinadores Médicos, Planificación.	Plan elaborado	Plan implementado
• Establecer un plan de incentivos.	Contar con programas de actividades recreación y esparcimiento.	Talento Humano, Financiero, Comunicación, Planificación.	Programa elaborado difundido y aplicado	Documentos de programa integral de reconocimiento
• Evaluar el desempeño del personal.	100% evaluados	Talento Humano	Promedio de la Evaluación anual.	Registro de Evaluación, y certificados de evaluación.
• Tratamiento de quejas de los servidores públicos.	100% de quejas atendidas	Talento Humano, Salud Ocupacional, Atención Usuario, Planificación.	Número de quejas atendidas	Informes
• Plan de inducción para el personal.	100% Plan elaborado e implementado	Talento Humano, Comunicación	Plan elaborado e implementado. Registro de difusión o comunicaciones.	Plan elaborado e implementado
• Análisis del clima laboral.	Efectuar una medicación del clima laboral al 40% del personal. Plan de mejora de	Gerencia, Dirección Administrativa, Talento Humano	% de cumplimiento del plan de mejora de clima laboral	Planes de mejora de clima laboral.

	clima laboral			
• Gestionar el uso eficiente del presupuesto y recursos.	100% del presupuesto devengado	Financiero	Presupuesto devengado/Presupuesto codificado	% de Presupuesto

13 BIBLIOGRAFIA

Alvarez Vidal, M. (2011). *Modelo de atención integral de salud familiar comunitario e intercultural aplicado en el Centro de Salud No. 1 de Azogues 2009-2011.* Cuenca: Universidad de Cuenca.

Bolívar, K. (2011). *“Construyamos Salud”. Sistematización de la Experiencia “Fortalecimiento del Modelo de Atención en Salud y Calidad de Vida en Poblaciones Rurales de las Provincias de Pichincha y Esmeraldas”.* Quito: Corporación Utopía.

Cerón Tatac, O. (2014). *"Modelo De Atención Integral De Salud Comunitaria, Comuna San Antonio, Parroquia Manglaralto - Cantón Santa Elena.* Quito: PUCE.

Comité Internacional de la Cruz Roja. (2006). *Los servicios de salud en el nivel primario.* Ginebra: CICR.

Del Bosque, S. (1998). *Megatendencias de Cambio y Desarrollo en las Proximidades del Siglo XXI: El macro contexto. en Manos a la Salud.* México: CIESS-OPS.

Delgado Gallego, M., Vázquez Navarrete, M., & Moraes Vanderlei, L. (2010). *Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil.* Cali: Rev. salud pública.

Domenech, D. (2007). *Modelo de atención integral a la salud: aporte desde la práctica de la residencia de medicina familiar y comunitaria.* Montevideo: UDELAR.

Fundation PAHO. (2012). Hacia un modelo de atención integral de saludbasado en la atención primaria de salud. *Propuesta preliminar del COT Modelo de atención*, 1-18.

Gómez, M. (2010). *Concepto de calidad y de las Normas ISO.* Bogotá: LNS.

Medicus Mundi Navarra. (2012). *Aportes para la operativización del modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad.* Lima - Perú: Salud Sin Límites.

Ministerio de Salud Pública. (2012). Manual del modelo de atencion integral del sistema nacional de salud familiar comunitario e intercultural (MAIS-FCI). 50 - 61.

Ministerio de Salud Publica. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral en Salud.* Quito - Ecuador.

Secretaría Técnica del Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa. (2013 2017). *Plan nacional para el buen vivir* (Vol. tomo I). Quito, Ecuador.

Vilaca, E. (2011). *Las redes de atención de salud.* Brasilia: OPS.

14 ANEXOS

ANEXO No. 1

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Centro de Estudios Postgrado y Educación Continua
MAESTRÍA EN GERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD (CEPOS)

CUESTIONARIO DIRIGIDO A LOS USUARIOS QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA

Objetivo: El propósito del cuestionario es para medir el grado de conformidad en la efectividad y la eficiencia de la atención en el CS24H Posorja.

Instrucciones: Marque con una X, la respuesta que usted estime pertinente.

EFECTIVIDAD EN LOS SERVICIOS	**1. Cuándo Ud. requiere servicios de salud, ¿con que frecuencia asiste al Centro de Salud 24-H Posorja?**					
	Siempre		Frecuentemente		Rara vez	
	2. Asiste al Centro de Salud por: *(pregunta de selección múltiple)*					
	Cercanía a su domicilio		Factor económico		Buen servicio	
	3. ¿La obtención de turnos para atención médica es inmediata?					
	Siempre		Frecuentemente		Nunca	
	4. La obtención de turnos para atención médica la realiza por:					
	Internet		Llamadas telefónicas		Personalmente	
	5. El tiempo de espera para la atención en consulta a partir de su turno es:					
	Hasta 15 minutos		Más de 15 minutos		Más de 2 horas	
EFICIENCIA EN LOS SERVICIOS	**6. ¿El Centro de Salud realza el registro del historial clínico?**					
	Siempre		Frecuentemente		Nunca	

	7. ¿El personal médico le realiza la toma de peso, talla y presión arterial?					
	Siempre		Frecuentemente		Nunca	
	8. ¿El médico le informa claramente sobre el(los) problema(s) de salud, posibles causas, riesgos, etc., al momento de la consulta?					
	Siempre		Frecuentemente		Nunca	
	9. ¿El médico brinda la atención requerida con esmero, dedicación y demostrando preocupación por su mejora?					
	Siempre		Frecuentemente		Nunca	
	10. Considera que la atención ha sido:					
	Satisfactoria		Poco Satisfactoria		Nada Satisfactoria	

ANEXO No. 2

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Centro de Estudios Postgrado y Educación Continua
MAESTRÍA EN GERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD (CEPOS)

CUESTIONARIO DIRIGIDO AL PERSONAL OPERATIVO QUE LABORA QUE LABORA EN EL CS24H POSORJA

Objetivo: El propósito del cuestionario es para medir el grado de desempeño de las actividades realizadas en el CS24H Posorja.

Instrucciones: Marque con una X, la respuesta que usted estime pertinente.

CAPTACIÓN	**1. ¿Planifica actividades de mercadeo social de los servicios? Ej. Ferias y brigadas de la Salud**					
	Siempre		Frecuentemente		Rara vez	
ADMISIÓN INTEGRAL	**2. ¿Se apertura la historia clínica y se realiza el reconocimiento de riesgo personal de los pacientes?**					
	Siempre		Frecuentemente		Rara vez	
	3. ¿Se identifica y prioriza las necesidades de salud?					
	Siempre		Frecuentemente		Nunca	
	4. ¿Se realiza la derivación a otros servicios según necesidad, se realiza la transferencia, referencia o contra-referencia según el caso?					
	Siempre		Frecuentemente		Nunca	
	5. ¿Se sensibiliza e informa a los pacientes sobre derechos y prestaciones?					
	Siempre		Frecuentemente		Nunca	
	6. ¿Se realiza la toma de peso, talla y Presión Arterial durante la consulta?					
	Siempre		Frecuentemente		Nunca	

ATENCIÓN INTEGRAL	**7. ¿Se realiza el seguimiento y monitoreo de personas en el contexto de la familia: Se asegura la continuidad de las acciones hasta completar la oferta del Portafolio de intervención, luego de la identificación y priorización de necesidades?**					
	Siempre		Frecuentemente		Nunca	
	8. ¿Se concentra en el cumplimiento del Plan de acciones elaborado de acuerdo a las necesidades de la persona identificadas dentro y fuera del Centro de salud?					
	Siempre		Frecuentemente		Nunca	
MODALIDADES DE ATENCIÓN	**9. ¿Cumple con la atención extramural o comunitaria?**					
	Siempre		Frecuentemente		Nunca	
	10. ¿Cumple con la atención intramural o en el establecimiento?					
	Siempre		Frecuentemente		Nunca	

ANEXO No. 3

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Centro de Estudios Postgrado y Educación Continua
MAESTRÍA EN GERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD (CEPOS)

ENTREVISTA DIRIGIDA AL DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD 24H POSORJA

Objetivo: El propósito de la entrevista es para medir el grado de conformidad en la efectividad y la eficiencia de la atención en el CS24H Posorja.

Instrucciones: La Postgradista realizo preguntas abiertas a la autoridad del Centro de Salud y anotará las respuestas en las líneas contiguas.

1. **¿Se cumple con la implementación del Modelo de Atención Integral – MAIS?**

   _____

   _____

2. **¿Se evalúa el cumplimiento del Modelo de Atención Integral – MAIS?**

   _____

   _____

3. **¿Se implementan estrategias para solucionar nudos críticos que se presentan en los procesos operativos?**

   _____

   _____

4. **¿Se presentan dificultades en el servicio que se brinda a los usuarios a través de consulta externa?**

   _____

   _____

5. **¿Cree Ud. que se requieren nuevas estrategias para mejorar el servicio?**

   _____

   _____

ANEXO No. 4

FOTOS

Foto de Centro de Salud 24h Posorja

Foto de las entrevistas a los usuarios en el área de consulta externa

Foto de la aplicación de cuestionarios del personal operativo

ANEXO No. 5

UBICACIÓN GEOGRAFICA

Se encuentra en la Provincia del Guayas, Suroeste del cantón Guayaquil en la Región Costa.

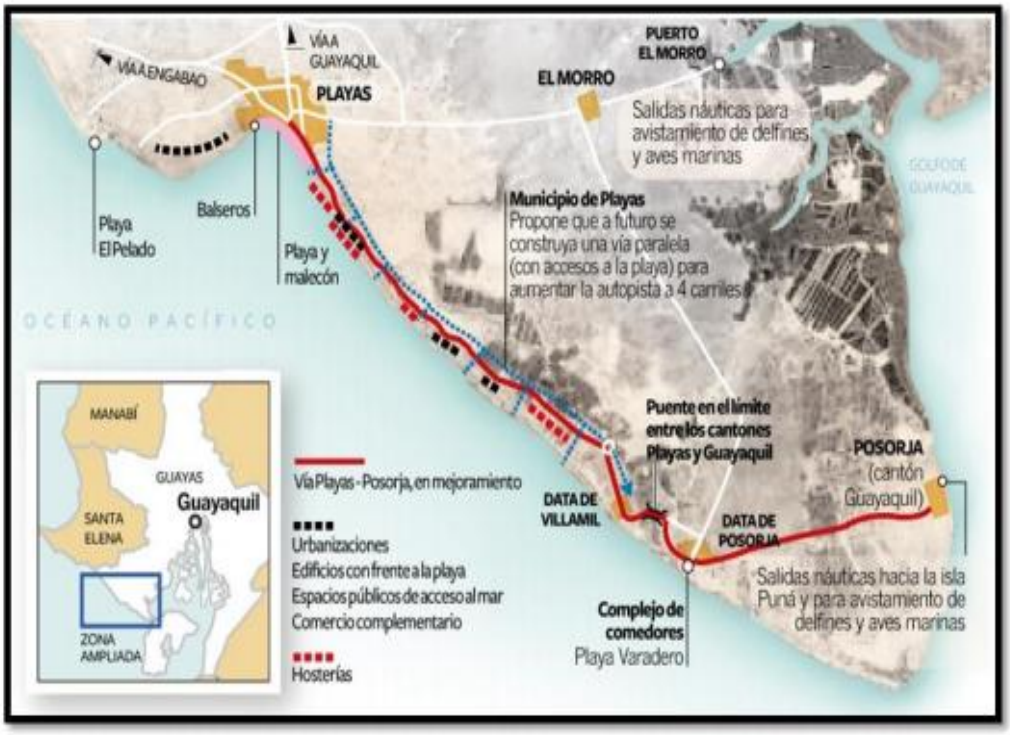
Limites:

Norte: Parroquia el Morro

Sur: Golfo de Guayaquil- Océano Pacifico

Este: Canal el Morro

Oeste: Cantón General Villamil Playas

Superficie: 107 km2.

MAPA DE LA UBICACION GEOGRAFICA DE POSORJA