

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

**FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SALUD DE LA PARROQUIA ATACAMES DE
LA PROVINCIA DE ESMERALDAS DURANTE EL PERIODO DE MAYO A JULIO
DE 2010.

Elaborado por:
MARÍA JOSÉ GANÁN M.

QUITO, Septiembre de 2011

DEDICATORIA

ESTA INVESTIGACIÓN ESTÁ DEDICADA A DIOS POR DARME LA OPORTUNIDAD DE
CONOCER ESTA MARAVILLOSA PROFESIÓN COMO LO ES LA ENFERMERÍA.

A MI PADRE FREDDY GANÁN QUE ME HA APOYADO Y ACEPTADO
INCONDICIONALMENTE DURANTE TODA MI VIDA.

A TODAS LAS PERSONAS QUE CON PACIENCIA Y GENEROSIDAD ME APOYARON
PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO.

MARÍA JOSÉ GANÁN M.

AGRADECIMIENTO

“GRACIAS SEÑOR POR PERMITIRME HACER LAS COSAS CON AMOR”

A MI PADRE YA QUE CON SU SACRIFICIO Y APOYO PERMITIÓ QUE ME
REALIZARA COMO PROFESIONAL.

A LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR, A SU PERSONAL
DOCENTE Y ADMINISTRATIVO, QUIENES SE HAN ENCARGADO DE FORMARME
COMO BUENA PROFESIONAL.

A MI DIRECTORA DE DISERTACIÓN, MPH. NELLY SARMIENTO, POR SU PACIENCIA,
APOYO Y EXPERIENCIA QUE ME BRINDÓ PARA EL DESARROLLO Y CULMINACIÓN
DE ESTA INVESTIGACIÓN.

A TODA MI FAMILIA, Y AMIGOS.

MARÍA JOSÉ GANÁN M.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	3
JUSTIFICACIÓN	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
OBJETIVOS	11
MARCO DE REFERENCIA.....	12

CAPÍTULO I

SISTEMAS DE SALUD

1.1	DEFINICIÓN	12
1.2	TIPOS DE SISTEMAS DE SALUD.....	13
1.3	EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	15
1.4	NUEVO MODELO DE ATENCIÓN	22

CAPITULO II

SISTEMA REGIONALIZADO DE SALUD

2.1	DEFINICIÓN DE REGIONALIZACIÓN	41
2.2	NIVELES DE GESTIÓN	42

CAPITULO III

DIAGNÓSTICO DE SALUD

3.1	DEFINICIÓN DE DIAGNÓSTICO	58
3.2	ETAPAS DEL DIAGNÓSTICO COMUNITARIO	59
3.3	MÉTODOS Y TÉCNICAS UTILIZADOS PARA REALIZAR UN DIAGNÓSTICO COMUNITARIO.....	61
3.4	FUENTES DE INFORMACIÓN	63
3.5	INDICADORES DE SALUD.....	65

3.6	INFORMACIÓN DE ANÁLISIS	65
-----	-------------------------------	----

CAPÍTULO IV

CALIDAD EN SALUD

4.1	ANTECEDENTES	71
4.2	DEFINICIÓN	73
4.3	CALIDAD DE ATENCIÓN.....	73
4.4	CALIDAD DE SERVICIO.....	79

METODOLOGÍA.....	81
------------------	----

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	83
--	-----------

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA PARROQUIA ATACAMES

5.1	RESEÑA HISTÓRICA	83
5.2	ASPECTOS GEOGRÁFICOS	84
5.2.1	MAPA.....	85
5.2.2	DELIMITACIÓN TERRITORIAL Y UBICACIÓN	86
5.2.3	CLIMA	86
5.2.4	FLORA	87
5.2.5	FAUNA.....	88
5.3	CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN	88
5.3.1	ESTRUCTURA SOCIAL.....	88
5.3.2	ESTRUCTURA ECONÓMICA.....	90
5.3.3	FORMAS DE PRODUCCIÓN.....	91
5.3.4	ESTRUCTURA POLÍTICA	91
5.3.5	RELIGIÓN	92
5.4	SERVICIOS BÁSICOS	92
5.4.1	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	93
5.4.2	EDUCACIÓN	94
5.4.3	TRANSPORTE Y COMUNICACIÓN	97
5.4.4	SANEAMIENTO BÁSICO	98
5.5	UNIDAD DE SALUD	101
5.5.1	HISTORIA DEL CENTRO DE SALUD	101

5.5.2	INFRAESTRUCTURA	102
5.5.3	RECURSOS MATERIALES	104
5.5.4	RECURSOS HUMANOS	105
5.5.5	RECURSO FINANCIEROS	108
5.5.6	SISTEMAS DE INFORMACIÓN	110
5.5.7	GESTIÓN DE MEDICAMENTOS	111
5.5.8	PAQUETE DE ACTIVIDADES	113
5.5.9	DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA UNIDAD DE SALUD	116
5.6	PROBLEMAS ENCONTRADOS EN LA COMUNIDAD ATACAMES	120
5.6.1	ARBOL DE PROBLEMAS	122
5.6.2	ARBOL DE OBJETIVOS	127
5.6.3	PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN SEGÚN LA METODOLOGÍA DEL MARCO LÓGICO	132
	CONCLUSIONES	142
	RECOMENDACIONES	144
	BIBLIOGRAFÍA	145

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se realizó en la parroquia de Atacames, con el objetivo de describir realizar el Diagnóstico Situacional de la Parroquia Atacames cantón Atacames de la Provincia de Esmeraldas en el periodo de mayo a julio del 2010.

El marco teórico incluye 4 capítulos en los que se describe los siguientes elementos:

En el primer capítulo se describe al Sistema Nacional de Salud como un sistema mixto, formado por entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud que se articulan funcionalmente sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes, para hacer efectivo el derecho a la salud de la población. También habla del Nuevo Modelo de Atención Integral de Salud, en el que se incluyen las políticas, normas, estrategias, procedimientos, instrumentos y recursos, los cuales permiten la implementación del mismo con un enfoque integrado, integral (promoción, prevención, curación y rehabilitación), con calidad y calidez y cuyas acciones se aplican en el individuo, familia, comunidad y medio ambiente.

El segundo capítulo hace referencia al Sistema Regional de Salud, con sus niveles de gestión: Nacional.- Es la instancia rectora de salud, asesora y supervisa al nivel provincial y evalúa globalmente el funcionamiento de toda la red de servicios de salud; Provincial: Está constituido por la Dirección Provincial de Salud; su función es apoyar técnica y administrativamente a las jefaturas de área, y los hospitales provinciales de su jurisdicción geográfica. Local: está conformado por la Jefatura de Área, el hospital Cantonal y/o Centro de Salud y las unidades operativas, gerencia y brinda atención ambulatoria y complementaria

También se describen los niveles de prevención primaria como es el fomento de la salud y la prevención de la enfermedad; la prevención secundaria que hace referencia al diagnóstico precoz y al tratamiento oportuno y finalmente a la prevención terciaria que menciona la rehabilitación como estrategia para evitar complicaciones a futuro.

En el tercer capítulo se describen las etapas del diagnóstico comunitario: valoración, planificación, ejecución y evaluación, además se mencionan métodos y técnicas utilizados para realizar el diagnóstico, las fuentes de información utilizadas, los indicadores de salud y la información que se debe recolectar para analizar.

El cuarto capítulo se refiere a la Calidad en Salud, se utiliza este término para hacer referencia a la atención ofrecida con los mayores beneficios en salud, con la menor cantidad de riesgos a la misma, a la mayor cantidad de personas, dados los recursos disponibles. La calidad en salud tiene varios aspectos como lo son la calidad de atención, calidad de servicio.

Se realizó una investigación descriptiva y transversal, las técnicas e instrumentos utilizados fueron: observación, entrevista, revisión documental; guía de observación, guía de entrevista y hoja de registro.

Los principales resultados obtenidos al finalizar la investigación fueron:

- Se identificaron los problemas de salud existentes en la comunidad y se realizó la priorización de los mismos, se seleccionaron los de mayor importancia: IRAs, EDAs, alta incidencia de madres adolescentes, el alto grado de deserción escolar y la contaminación ambiental.
- Se realiza una propuesta de intervención; con la metodología del marco lógico; para cada uno de los problemas encontrados.

ANTECEDENTES

Ecuador es un país latinoamericano, que como muchos otros se encuentra en vías de desarrollo; se lo conoce por su gran biodiversidad y por ser un país muy atractivo para el turismo, entre los sitios más destacados se encuentra la provincia de Esmeraldas.

La parroquia Atacames está situada en el cantón Atacames de la provincia de Esmeraldas; en es una parroquia comercial y altamente turística más aún en sus días festivos en los que personas de la sierra norte del país y extranjeros acuden a este lugar.

En esta parroquia se encuentra el Centro de Salud Atacames que pertenece al Área de Salud N. 4. El Centro de Salud fue fundado en el año 1973 con la categoría de subcentro de salud, en ese entonces se ubicaba en el centro del pueblo en el parque central; la edificación era alquilada por la Comisaría Política del pueblo.

Se proporcionaba atención a más de 100 personas semanalmente, lo cual no podía ser abastecido por el reducido personal que estaba conformado por: un médico, una enfermera y una auxiliar de enfermería, es por esto que se piensa en la reubicación y ampliación del subcentro de salud, la misma que se llevo a cabo en el año de 1978, con la ayuda del inspector de salud, Dr. Luis Benítez, y la comunidad; entonces se lo situó en la entrada del pueblo donde ese encuentra hasta la actualidad.

Con el paso de los años la edificación fue envejeciendo y la demanda de servicios de salud en el área aumento, por lo que hace seis años aproximadamente, con la intervención, ya no solo del pueblo, sino de la Comunidad Europea y del

Ministerio de Salud Pública del Ecuador se construye la actual edificación; al ser más espaciosa aumentan sus servicios y sube de categoría a Centro de Salud. Actualmente en el Centro de Salud se atiende a pacientes de todos los estratos, pero en su mayoría de bajos recursos, incluso a indigentes de la parroquia y de otros poblados del rededor y al estar ubicado en una zona turística se atienden también a los turistas (nacionales y extranjeros).

Este Centro de Salud pone en práctica los siguientes programas para la comunidad: DOTS; Pan 2000; D.O.C.; con estos programas, charlas educativas y visitas domiciliarias se trata de aumentar la participación de la comunidad, que hasta ahora ha sido muy escasa, en la prevención de diversas enfermedades tomando en cuenta que el número de habitantes¹ solo en la parroquia Atacames es de 11.251.

Se han realizado numerosas investigaciones similares para determinar las diversas características geográficas, socioculturales, económicas y de salud de una población como podemos ver en los siguientes ejemplos:

- Jimena Sisa y Eliana Betancourt en el año 1999 en la Comunidad La Asunción realizaron un Estudio del Barrio del mismo nombre. Sus objetivos fueron: Identificar características histórico-demográficas en relación a la población total, grupos étnicos, distribución geográfica, condición socio-económica, ocupación y nivel de instrucción; Identificar los conocimientos y creencias que tiene la población en relación a salud y sus servicios. Identificar la morbi-mortalidad más frecuente de la población de La Asunción. Promover la participación comunitaria en la elaboración del plan de actividades para la solución de los problemas prioritarios. Y los resultados que obtuvieron fueron: Se encontraron diversos problemas como: no hay suficientes medicamentos en el SCS; no hay actualización de conocimientos entre los miembros del SCS, y comunidad desmotivada. Y al final se obtuvo una mayor colaboración del personal del SCS y de la población, por lo que se dieron recomendaciones para mejorar la calidad de vida de la comunidad.

¹ SIISE 3.5, C CONDEM, 2005

- Cárdenas Carmita en el año 2001 en la parroquia Veracruz realizó un Estudio de Caso de esta parroquia; sus objetivos fueron: Identificar las características geográficas, culturales, políticas y demográficas de la comunidad; Caracterizar a la población del Casco Urbano del Cantón Quero, en relación al sexo, edad, ocupación e instrucción; Determinar los conocimientos que tiene la comunidad en relación a la salud y sus servicios; Promover la participación comunitaria en la identificación de sus problemas y la solución de los mismos; Participar con la comunidad en la propuesta de un plan de actividades concernientes a la solución de los problemas prioritarios. Y obtuvo los siguientes resultados: Se logró la participación de la comunidad para establecer los principales problemas de salud y para empezar a solucionarlos, gracias a la colaboración del personal de salud y la comunidad se pudieron llevar a cabo acciones de solución.
- Moscoso Margarita en 2003 en el Cantón Quero realizó un Estudio en el casco urbano del mismo. Sus objetivos fueron: Identificar las características geográficas, culturales, políticas y demográficas de la comunidad; Caracterizar a la población del Casco Urbano del Cantón Quero, en relación al sexo, edad, ocupación e instrucción; Describir a la unidad operativa en los aspectos estructural y funcional con sus respectivos programas; Identificar los conocimientos que tiene la población de esta comunidad, en relación a la utilización de los servicios de salud. Identificar la morbilidad más frecuente. Y los resultados que obtuvo fueron los siguientes: Se obtuvo la participación activa de los miembros presentes, llegando a soluciones que ayuden a mejorar los niveles de vida de dicho sector; Con la ayuda del equipo de salud y las autoridades municipales se llegó a establecer un plan de actividades para dar solución a los problemas planteados.
- Palacios Cueto Rolando Gilberto en el 2005 en Santa Rosa realizó un Estudio Situacional De La Comunidad Nativa Santa Rosa; sus objetivos fueron: Identificar las características geográficas, culturales, políticas y demográficas de la comunidad; Caracterizar a la población nativa de Santa Rosa en relación al sexo, edad, instrucción y ocupación; Incentivar la participación comunitaria en la identificación de los problemas (sociales, de transporte y comunicación,

de salud y otros) y la solución de los mismos. El obtuvo los siguientes resultados: se dio la apertura de una carretera; se construyó un puesto de salud y un local comunal; se consiguió agua potable y alcantarillado y la reparación del tendido eléctrico; todos estos con ayuda y colaboración permanente de la comunidad.

- Zambrano Cantuña Jessenia en el año 2006 en la parroquia Atahualpa realizó un estudio de caso de la misma, sus objetivos fueron: Analizar las características histórico-demográficas en relación a la población rural, grupos étnicos, distribución geográfica, condición socio-económica, ocupación y nivel de instrucción; identificar la morbilidad más frecuente y los factores que influyen para orientar a la solución de problemas prioritarios, lograr una mejor participación comunitaria mediante mecanismo, estrategias que mejorarán las condiciones de salud y de vida. Sus resultados fueron: Se encontraron diversos problemas de salud, socioculturales y de servicios básicos como: respiratorios, enfermedades diarreicas, contaminación ambiental, automedicación por parte de los pobladores, falta de equipo básico, falta de un médico permanente; falta de cuidado infantil, desintegración del núcleo familiar, falta de recursos económicos y falta de motivación para la participación comunitaria. También se dieron recomendaciones y se construyó un plan de acción para la solución de problemas y además se consiguió mayor integración de la comunidad.
- EUROPEAID en el año 2006 en Caazapa realizó un Diagnóstico situacional en esta parroquia. Los objetivos que se planteo fueron: Desarrollar una estrategia para la extensión de la protección social en salud; Incluir unidades de Salud en Atención Primaria y solucionar los diversos problemas con ayuda de la comunidad. Los resultados fueron positivos ya que cumplieron con sus objetivos y además lograron que la comunidad participe activamente en la búsqueda de problemas y soluciones.
- Salas Villadiego Benjamín en el año 2008 en los Almendros realizó un Diagnóstico situacional de esta parroquia, su objetivo fue: Recomendar alternativas orientadas al mejoramiento de servicios básicos y de salud de la

comunidad con su participación; y obtuvo los siguientes resultados: la comunidad colaboró y se logro conseguir los servicios de salud y básicos para la misma en el transcurso de 2años.

JUSTIFICACIÓN

El realizar un Diagnóstico Situacional es útil ya que el mismo se constituye como aquel estudio que busca determinar y/o exponer las diversas características geográficas, socioculturales, económicas y de salud de la población, por medio de una investigación de campo efectuada en una comunidad definida y en determinadas circunstancias, analizando todos los datos al que accede el investigador del contexto en un momento específico. En otras palabras, conjuga el momento y el contexto en que una comunidad se encuentra.

Por otro lado se debe mencionar que el último estudio que tiene el MSP se basa en los datos del último censo que se realizó en el año 2001, es por esto que el presente trabajo podría constituirse como un insumo de actualización a los datos ya existentes como:

- Las 10 principales causas de morbilidad en nuestro país: Infecciones Respiratorias Agudas, Enfermedades Diarreicas Agudas, Otras Enfermedades Venéreas, Hipertensión Arterial, Varicela, Dengue Clásico, Intoxicación alimentaria, víctimas de violencia y maltrato, Salmonelosis; y los datos de morbilidad,
- Así también los datos más específicos de la provincia de Esmeraldas que son: infecciones Respiratorias agudas, Enfermedades Diarreicas, HTA, otras enfermedades Venéreas, Diabetes, Paludismo Vivax, Dengue Clásico, Intoxicación Alimentaria, Varicela, Paludismo Falciparum.
- Y además la tasa de mortalidad general que: en el último censo realizado en el 2001 indica que en nuestro país la tasa bruta de mortalidad se redujo en

aproximadamente un 18% (de 6.1 a 5.0 por mil, respectivamente²), y la esperanza de vida al nacer aumentó de 68.9 a 73.8 años. Este último valor ubica al Ecuador en el contexto latinoamericano entre los países de mortalidad media baja

Los datos también evidencian, que la reducción en el nivel de la mortalidad general, se produjo con distinta intensidad entre sexos y áreas de residencia: las mujeres y los habitantes de las áreas rurales aumentaron sus esperanzas de vida promedio con mayor vigor que los hombres y los residentes urbanos.

Personalmente se puede y se debe mencionar que este tema me resulta sumamente interesante, además que como futura Enfermera, tengo presente que para el trabajo que realiza la enfermería comunitaria es muy útil el contar con un insumo como el Diagnóstico Situacional, el mismo que no existe en la parroquia Atacames, ya que como se mencionó en párrafos anteriores este nos da un panorama actual de una comunidad determinada, además que dichos datos podrán ser utilizados como aporte para estudios mas globales; en el caso concreto de Atacames nos servirá para reconocer las diversas características geográficas, socioculturales, económicas y de salud de la población y al finalizarlo se podrá aportar con recomendaciones las misma que serán contextuales y por ende probablemente lograrán un mayor empoderamiento, que beneficiarán a la población ayudándoles a mejorar su calidad de vida.

Cabe recalcar que un Diagnóstico Situacional servirá tanto a la enfermería, como a la estadística y a otras ramas ya que estos contribuyen a la formulación de planes, programas y proyectos para solucionar los diversos problemas que pudieran encontrarse en el contexto analizado.

Finalmente aspiro que este estudio de pautas generales para que se puedan llevar a cabo futuras investigaciones.

² Estos valores de las TBM fueron calculados con la información de las tablas de vida construidas para 1990 y 2001 y las estimaciones de población por grupos de edad para esos mismos años. Estas tasas comparadas con la que registran los anuarios estadísticos permiten presumir que éstas últimas tendrían un subestimación del 25% en 1990 y del 14% en 2001. Asimismo, ponen en evidencia una probable omisión en el número total de defunciones del 25% en 1990 y del 12.7% en 2001.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tomando en cuenta los aspectos enfocados anteriormente se plantea el siguiente problema para ser estudiado:

¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS, SOCIOCULTURALES, ECONÓMICAS Y DE SALUD QUE EXISTEN EN LA PARROQUIA ATACAMES, CANTÓN ATACAMES DE LA PROVINCIA DE ESMERALDAS EN EL PERIODO DE MAYO A JULIO DEL 2010?

OBJETIVOS

Esta investigación tiene como finalidad lograr los siguientes objetivos:

- **General:**

- Realizar el Diagnóstico Situacional de la Parroquia Atacames cantón Atacames de la Provincia de Esmeraldas en el periodo de mayo a julio del 2010.

- **Específicos:**

- Analizar las principales características geográficas, socioculturales y de Salud que existen en la población de la parroquia.
- Describir las principales características de la unidad operativa, tales como: aspectos estructural, funcional, programas de salud, entre otros.
- Identificar los principales problemas de salud (morbi-mortalidad más frecuente en Junio de 2010) que existen en la población.
- Elaborar una propuesta de intervención con la metodología del marco lógico para solucionar los posibles problemas.

MARCO DE REFERENCIA

CAPÍTULO I

SISTEMAS DE SALUD

1.1 DEFINICIÓN

Para poder entender que es un Sistema de Salud se debe tomar en cuenta varias cosas como: que el enfoque sistémico como teoría asume que toda la realidad se agrupa en sistemas, los mismos que son recortes de la realidad constituidos por la identificación de un fin común, que lo hacen un todo, el cual está compuesto por elementos o partes que se encuentran en equilibrio e interrelación. “Cada parte es funcional al todo”³, por lo tanto el equilibrio es una de sus principales características. Cuando hay desequilibrio se debe corregirlo para restablecer el sentido único del sistema. Cada uno de los elementos tiene un rol y un status, si una parte pretende hacer algo diferente simplemente se constituye en un problema.

Un sistema de salud puede ser delimitado, planteado, descrito y analizado de varias formas, en su configuración influyen sus objetivos y valores fundamentales. Como lo afirma el reconocido médico y antropólogo Pedersen, el sistema de salud suele ser uno de los más complicados por haberse desarrollado en mucho tiempo, a partir de elementos como las creencias de la gente, la ciencia, factores de mercado y otras fuentes sociales.

³ SN. Sistemas de Salud. En línea 04/02/09
< <http://www.monografias.com/trabajos52/definiciones-sistema-salud/definiciones-sistema-salud.shtml&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=ec> > Fecha de consulta 23/11/10.

Con todo lo mencionado se puede decir que un Sistema de Salud es: El conjunto de recursos físicos, financieros, humanos, etc, de que dispone un país para proveer de salud a sus ciudadanos, en todos los aspectos de promoción y protección a la salud, reducción de riesgos y prevención de enfermedades, cuidados y recuperación frente a los agravantes; es decir que el sistema de salud abarca todas las organizaciones, las instituciones y los recursos de los que emanan iniciativas cuya principal finalidad es mejorar la salud.

Conjuntamente con esta definición también es importante saber el concepto de “Nuevo Universalismo en Sistemas de Salud” de la OMS, el cual trata de reemplazar el ofrecer toda la atención posible para todo el mundo, o solo la atención más simple y básica para los pobres, ya que un sistema de Salud debe tratar de hacer llegar a todos una atención esencial de alta calidad, definida fundamentalmente por criterios de eficacia, financiamientos y aceptabilidad social.

1.2 TIPOS DE SISTEMAS DE SALUD

Existen varias clasificaciones de los diferentes tipos de sistemas de salud, la clasificación que se presentan a continuación forman parte de la presentada por el Prof. Dr. Lemus J.D. la cual fue publicada en diciembre de 2009

◇ Modelo Universalista o de Beveridge (Público)

Se aplica en el Reino Unido, Suecia, Noruega, Dinamarca, España, Portugal, los países del antiguo bloque soviético y algunos del Caribe, este se caracteriza por una financiación pública cuyos recursos proceden en su mayor parte de los impuestos y con acceso general a los servicios de salud suministrados por prestadores públicos, es por ello que todos los trabajadores de dicho sistema tienen gran responsabilidad en su conducción y gestión. Suele practicar la provisión directa de los servicios,

sin necesidad de intermediarios, además que la capacidad instalada en los servicios públicos es muy superior a la instalada en los privados.

◇ **Modelo de Seguro Social.**

Tiene una menor participación del Estado, posee una organización mucha más planificada y regulada, aunque fragmentada, con amplia descentralización. Este modelo se aplica en Alemania, Francia, Bélgica, Suiza y Japón, entre otros países. La financiación se hace en base de los aportes obligatorios de los trabajadores y empresarios. La gestión de recursos y la organización de los servicios están a cargo de entidades intermedias que, a su vez, contratan con proveedores privados y públicos. Un sistema similar al de las obras sociales en Argentina. La cobertura es para titulares o grupo familiar.

◇ **Modelo de Seguro Privado**

Son criticados por crear inequidad, brinda una cobertura restringida y cubre sólo al que paga, es por ello que puede provocar fuertes desigualdades, con una predisposición especial para excluir a los que más lo necesitan (enfermos de bajos recursos económicos), y concentrar la oferta de servicios en personas con mayor poder adquisitivo. El gasto en general es alto y no guarda relación directa con las prestaciones de salud, sino con el marketing, la propaganda y el lucro. Los indicadores de condición de salud son inferiores al promedio registrado en países europeos y Canadá.

◇ **Modelo Asistencialista**

Se ocupa de brindar asistencia a las personas incapaces de asumir responsablemente el cuidado individual de su salud. Las acciones están

centralizadas en las personas pobres que, sin duda, son las más vulnerables se financia exclusivamente con los recursos del fisco.

◇ **Modelo Mixto**

Es una mezcla con partes de uno y otro sistema; generalmente sistemas públicos conviven con los sistemas privados, como sucede en nuestro País. Nace tratando de incrementar la cobertura, con nuevas formas de organización, pero al mismo tiempo, segmenta la integralidad de las prestaciones y su calidad. El gasto suele ser muy alto y está mal asignado, por falta de población objetivo y no se observa con claridad dónde está el dinero ni a dónde va. Hay tendencia a la utilización y financiamiento cruzado, con sobre utilización. Las varias coberturas no se responsabilizan por la salud integral del beneficiario.

Después de conocer los diversos Sistemas de Salud existentes en el mundo se puede entender mejor El Sistema de Salud del Ecuador, el cual se explicará a continuación.

1.3 EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Es el conjunto de entidades, públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud que se articulan funcionalmente sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes, para hacer efectivo el derecho a la salud de la población⁴.

⁴ CONASA, MSP, MODERSA, OPS, UNFA. (2005). Sistema Nacional de Salud: Consejo Nacional de Salud: Guía metodológica para la conformación de Consejos Cantonales y Provinciales de Salud. Quito Ecuador.

1.3.1 ANTECEDENTES

El Ecuador es un Estado constitucional, se organiza en forma de república y se gobierna de manera descentralizada. Según el censo realizado en el 2006 “la población total del país era de 13.408.270 habitantes con una estructura demográfica de población predominantemente joven, con más del 30% de menores de 15 años y un índice de envejecimiento del 25,97%”⁵. El país se caracteriza por ser multiétnico y pluricultural, compuesto por población indígena, afro descendiente, mulata, mestiza y blanca.

Se evidencia una acumulación epidemiológica, en la que las enfermedades carenciales y transmisibles comparten espacio con las crónico-degenerativas. Los problemas de salud pública más frecuentes son los accidentes de transporte y las agresiones.

La evolución política del país en los últimos quince años se ha caracterizado por una gran inestabilidad de las instituciones y alto grado de conflictividad social y ha generado una profunda crisis de gobernabilidad, violencia social e incremento de la corrupción, inestabilidad administrativa y falta de continuidad en la gestión pública. Estos problemas han afectado la dinámica del sector salud y sus reformas.

La Constitución aprobada en 2008 establece el marco jurídico- legal para instituir el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, en el que se incluye la salud.

Los textos constitucionales establecen que “la salud es un derecho” y señalan las características del Sistema Nacional de Salud que funcionará dentro de principios de universalidad y equidad, con una red pública integral de salud y bajo la rectoría de la autoridad sanitaria nacional. En este sentido, los artículos de la nueva Constitución favorecen la reforma

⁵ Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. 2008. Perfi 1 de Sistema de Salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Washington, D.C.

del sector, que en el país ha tomado el nombre de Transformación Sectorial de Salud del Ecuador (TSSE).

El Sistema de Provisión de los Servicios de Salud se caracteriza por la fragmentación y segmentación, ya que no existe coordinación entre actores ni separación de funciones entre subsistemas, y cada uno de ellos cuenta con una población adscrita o beneficiaria con acceso a servicios diferenciados. Cada institución del sector salud mantiene un esquema de organización, gestión y financiamiento propio. El sub sector público está conformado por los servicios del MSP, el IESS, SSC, ISSFA e ISSPOL y los servicios de salud de algunos municipios. La Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) y la Cruz Roja Ecuatoriana son entes privados que actúan dentro del sector público.

No ha existido en el país un proceso real de Reforma del Sector Salud relacionado con cambios profundos y sostenidos en la estructura del sector. Durante el período 1995-2005, este proceso se caracterizó por la formulación y discusión de varias iniciativas con diversos enfoques sobre el aseguramiento, el marco legal y la aplicación parcial o focalizada de la desconcentración y descentralización de los servicios de salud; programas para la extensión de cobertura, nuevos modelos de atención de salud con enfoque familiar y comunitario con base en la atención primaria y el programa de Aseguramiento Universal (AUS).

Las inestabilidades político-administrativas vividas por el país en ese período impidieron la realización de planes concretos y sostenidos de implementación, debido a la predominancia de políticas coyunturales y contradictorias de cada nuevo gobierno, a la resistencia de las organizaciones sociales progresistas y a la falta de consenso entre los actores involucrados.

Durante el actual gobierno se priorizó al sector social y dentro del sector salud inició el proceso de Transformación Sectorial de Salud del Ecuador

(TSSE), que parte del principio de equidad y garantiza el acceso universal, progresivo y gratuito a servicios públicos de salud de calidad a toda la población. El establecimiento de una Red de Prestadores Públicos promoverá un modelo de atención integral que priorice la promoción, prevención y atención primaria, evitando la duplicación de actividades entre los principales prestadores y garantizando la eficiencia del sistema. La equidad y la eficiencia, tienen particular relevancia ya que son factores de cohesión que permiten la articulación y la integración de mecanismos, tendencias y políticas que pueden concertarse entre los distintos sectores que participan en los servicios de salud.

Después de conocer los antecedentes se puede concluir que El Sistema Nacional de Salud del Ecuador es: El conjunto de entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias que se articulan funcionalmente sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes.

1.3.2 OBJETIVOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El desafío fundamental que enfrenta el Sistema Nacional de Salud del Ecuador, es el de garantizar a todos los ciudadanos la protección social Universal en materia de salud, eliminando o reduciendo al máximo las desigualdades evitables en la cobertura, el acceso y la utilización de servicios de calidad; para lograr esto se plantea los siguientes objetivos específicos:

1. Proveer cobertura universal y acceso equitativo.
2. Descentralizar y desconcentrar el SNS.
3. Brindar protección integral.
4. Lograr que exista una coordinación sectorial.
5. Conseguir la participación ciudadana.
6. Obtener entornos saludables.

1.3.3 PRINCIPIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

- ◇ Equidad
- ◇ Calidad
- ◇ Eficiencia
- ◇ Participación
- ◇ Pluralidad
- ◇ Solidaridad
- ◇ Universalidad
- ◇ Descentralización
- ◇ Autonomía

1.3.4 INTEGRANTES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

- ◇ Ministerio de Salud Pública y entidades adscritas.
- ◇ Ministerios que participan en el campo de la salud.
- ◇ IESS, ISSFA, ISSPOL.
- ◇ Organizaciones de la Fuerza Pública.
- ◇ Asociación de Facultades Ecuatorianas de Medicina y Ciencias de la Salud (AFEME).
- ◇ Junta de Beneficencia de Guayaquil.
- ◇ SOLCA.
- ◇ Cruz Roja Ecuatoriana.
- ◇ CONCOPE, AME, CONAJUPARE.
- ◇ Entidades de salud con fines de lucro.
- ◇ Entidades de salud sin fines de lucro.
- ◇ Servicios comunitarios de salud.
- ◇ Centros de desarrollo de ciencia y tecnología en salud
- ◇ Organizaciones comunitarias que actúen en promoción y defensa de la salud.
- ◇ Organizaciones que trabajan en salud ambiental
- ◇ Organizaciones gremiales de profesionales y trabajadores de la salud.

- ◇ Otros organismos de carácter público, del régimen dependiente o autónomo y de carácter privado que actúen en el campo de la salud.

1.3.5 FUNCIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Según la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, las funciones generales de los sistemas de salud son:

- ◇ **Rectoría**

Esta función es la más importante, ya que gracias a esta se logra mantener el orden dentro del SNS. De acuerdo con el marco constitucional y legal vigente, el Ministerio de Salud Pública (MSP) es el ente rector de la salud en el país y lleva el liderazgo en todos los procesos definidos en las políticas de salud del gobierno. El MSP participa activamente con los diversos actores involucrados en salud para la concertación de dichas políticas a nivel sectorial a través del Consejo Nacional de Salud (CONASA), presidido por el ministro/a de salud. El ejercicio de la función de rectoría por parte del MSP es reconocido por todos los actores del sector público y privado que actúan en la salud, quienes han manifestado la necesidad de fortalecer este rol para un mejor desempeño y control del sistema de salud.

- ◇ **Financiamiento y Aseguramiento:**

- **Financiamiento:** Es la garantía de la disponibilidad y sostenibilidad de los recursos financieros. El presupuesto del

MSP ha mantenido un incremento constante desde el 2001 hasta la actualidad.

- **Aseguramiento:** Es la garantía de acceso universal y equitativo de la población al plan integral de salud. El Conjunto de Prestaciones del SNS, aprobado mediante resolución del Directorio del CONASA el 25 de octubre del 2006, define los beneficios para dicho sistema y se establecen los criterios de inclusión y de exclusión para el listado de prestaciones.

◇ **Provisión de Servicios**

Es plural y se realiza con la participación coordinada de las Instituciones prestadoras que operarán en redes que aseguren la calidad, continuidad y complementariedad de la atención.

◇ **Mapeo institucional de los sistemas de salud**

El mapeo institucional del Sistema de Salud se caracteriza por tener un ente rector de acuerdo a la política nacional y múltiples instituciones con funciones de financiamiento y provisión. El IESS regula y fiscaliza sus propias acciones de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios.

Además de tener y cumplir estas cuatro funciones básicas cada sistema de Salud tiene su propio modelo de atención, en nuestro país se viene trabajando con un Nuevo Modelo de Atención, el mismo que se explicará a continuación.

1.4 NUEVO MODELO DE ATENCIÓN

Las transformaciones y cambios sociales así como las nuevas concepciones y prácticas en salud iniciadas a fines del siglo XX, definen a los Modelos de Atención los cuales se desarrollaron a través de los procesos de reforma iniciados por los diferentes países.

Entre las razones planteadas para dar inicio a un proceso de reforma de salud en esta región se encuentran las siguientes:

- *Aumentar la cobertura de los servicios de salud*
- *Mejorar la calidad de la atención*
- *Mejorar la equidad*
- *Incrementar la eficiencia y la eficacia de los servicios*
- *Posibilitar mayor participación comunitaria*
- *Alcanzar resultados de impacto social⁶.*

Ante esta situación y con la finalidad de establecer y sobre todo entender a que se debe considerar como Reforma del Sector Salud, en el año de 1995 la Organización Panamericana de la Salud estableció una definición resumida como:

Procesos de introducción de cambios tanto en la estructura y funciones del sector con el propósito de disminuir la inequidad de las prestaciones e incrementar la eficiencia en su gestión y la efectividad de sus intervenciones para lograr de esta forma satisfacer las necesidades de la población⁷.

En el Ecuador los resultados de este proceso fueron una serie de cambios desarticulados, parciales y coyunturales que no consiguieron dar solución de una forma integral e integrada a graves problemas que enfrenta el sector.

En base a la nueva constitución aprobada en el año 2008 en la que se incorporan criterios relacionados con las tendencias de cambios sociales y las nuevas concepciones en salud; el Ministerio de Salud Pública inicia el proceso de Transformación del Sector estableciendo siete ejes estratégicos que permiten

⁶ Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Nuevo modelo de Atención. En línea 12/04/10/ < <http://www.msp.gov.ec> > Fecha de consulta 28/10/10

⁷ MSP del Ecuador. 2010. Nuevo modelo de Atención Integral de Salud. Quito - Ecuador

generar los cambios dentro del Sistema Nacional de Salud. El eje tres se relaciona con la Red de Prestadores, públicos, de Salud y el Modelo de Atención.

El modelo de atención es uno de los elementos claves para el desarrollo de los procesos de reforma o transformación sectorial y se lo define generalmente como: “La forma de organización que permite desarrollar Procesos de Gestión y de atención a la salud entendiéndose como Gestión a los procesos que facilitan la Atención, no solo de las enfermedades sino también de las condiciones que afectan el bienestar físico, psicológico y social de la población”⁸. Su diseño y desarrollo depende fundamentalmente del contexto político que atraviesan los países; en el caso de Ecuador el marco constitucional establece claramente las características que debe adoptar, por ejemplo: Integral y participativo (art 359), basado en APS con participación de medicinas ancestrales y alternativas (art 360), establece también que los proveedores se organizarán en Red para proporcionar la atención requerida (art. 360), entre otras.

Se conocerá entonces al modelo de nuestro país como Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) por todas las condiciones enumeradas anteriormente.

1.4.1 DEFINICIÓN DE EL MAIS.

El Modelo de Atención Integral de Salud es el conjunto de políticas, normas, estrategias, procedimientos, instrumentos y recursos los cuales permiten la implementación del Modelo de Atención en el Sistema Nacional de Salud, con un enfoque integrado, integral (promoción, prevención, curación y rehabilitación), con calidad y calidez y cuyas acciones se aplican en el individuo, familia, comunidad y medio ambiente; promoviendo también la participación social como estrategia fundamental en la solución de los problemas de salud de la comunidad; por lo tanto el MAIS es la política, estrategias, procesos técnicos y operativos que permiten el cumplimiento

⁸ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. 2010. Nuevo modelo de Atención Integral de Salud. Quito - Ecuador

de la salud como un derecho por tanto constituye un eje transversal en la gestión y la provisión de servicios del SNS.

Por eso, el MAIS define como van a interactuar los actores de otros sectores, los miembros de la red de servicios y la comunidad para llevar a cabo las acciones conjuntas que permitan dar solución a las necesidades o problemas de salud de la comunidad contribuyendo de esta manera a mejorar su calidad de vida.

Se debe tomar en cuenta que el MAIS trabaja principalmente con el Primer Nivel de Atención.

1.4.2 PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL

El MAIS se basa en los siguientes principios que plantea el MSP del Ecuador en el 2010:

◇ **Universalidad progresiva en el acceso y la cobertura**

Implica que los mecanismos de organización, provisión, gestión y financiamiento son adecuados y suficientes para cubrir a toda la población, eliminando las barreras de acceso a la salud.

◇ **Integralidad**

Es la atención a las personas, a los riesgos y condiciones que afectan su salud; involucra acciones de promoción prevención, recuperación y rehabilitación de las personas, familias, comunidad y medio ambiente. Interrelaciona y complementa actividades sectoriales, ciudadanas, e interrelaciona los diversos sistemas médicos (medicina formal / medicinas ancestrales / medicinas alternativas / medicinas complementarias).

◇ **Equidad**

Se da por la eliminación de diferencias injustas en el estado de salud; acceso a la atención de la salud y ambientes saludables; trato equitativo en el sistema de salud y en otros servicios sociales. La equidad es un requisito para el desarrollo de las capacidades, las libertades y el ejercicio de los derechos de las personas.

◇ **Continuidad**

Es el seguimiento al estado de salud de una persona; el control de los riesgos y factores determinantes para la salud de las personas y su medio ambiente; atención de cualquier episodio de enfermedad específica hasta su resolución o deficiencia hasta su rehabilitación.

◇ **Coordinado e integrado**

Es la articulación de la red de servicios con otros sectores institucionales y la ciudadanía organizada, destinada a garantizar respuestas integrales, sustentables y sostenibles según los requerimientos de salud, la satisfacción de la demanda y su atención continua en la red plural de servicios de diversa complejidad. Para que se realice, se requiere del fortalecimiento y sostenibilidad de un sistema de referencia y contra referencia.

◇ **Participativo**

Convierte a los individuos en socios activos, tanto en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, como en la definición de las prioridades, la rendición de cuentas, y en la generación de una cultura de auto cuidado.

◇ **Desconcentrado**

Transferencia de competencias de una entidad administrativa del nivel nacional a otra jerárquicamente dependiente (nivel regional, provincial o distrital), siendo la primera la que mantiene la rectoría y asegura su calidad y buen cumplimiento.

◇ **Eficiente, eficaz y de calidad**

Optimización y uso racional de los recursos, orientados a la satisfacción de las necesidades de las personas, principalmente de los grupos poblacionales más desprotegidos o en situación de riesgo. La eficiencia del gasto se define como la implementación de mecanismos y procedimientos que garanticen un mayor rendimiento de los recursos.

1.4.3 PROPÓSITO

Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población que vive en el territorio ecuatoriano, aportando al Plan Nacional del Buen Vivir, Plan estratégico del MSP y Planes estratégicos Regionales y Distritales “mediante la aplicación de acciones integrales de promoción, prevención,

curación y rehabilitación cuyos resultados buscan solucionar las principales necesidades en salud del país”⁹ alcanzando resultados de impacto social.

1.4.4 OBJETIVOS

El MSP del Ecuador en junio de 2010 explica los objetivos a alcanzarse con el nuevo modelo de atención y son los siguientes:

- ◇ Mejorar las condiciones de salud de la población ecuatoriana a través de generar cambios a nivel individual, familiar y comunitario con la implementación de acciones en salud oportunas, efectivas, eficientes entregadas con calidad y con calidez enfatizando en la prevención y la promoción de la salud.
- ◇ Reducir las brechas de acceso y disponibilidad de la población a los servicios de salud a través de la definición de estrategias que permitan acercar la atención a los grupos prioritarios utilizando los enfoques de derechos, género, interculturalidad, etc.
- ◇ Mejorar la capacidad resolutive en los tres niveles de atención a través de la dotación necesaria y suficiente de infraestructura sanitaria, equipamiento, recurso humano capacitado y normas de atención que respondan a las necesidades en salud de la población ecuatoriana.
- ◇ Mejorar la articulación entre la prestación y la gestión en los servicios de salud y su financiamiento.

⁹ Constitución Ecuatoriana 2008: Art 358, 359, 360

- ◇ Fortalecer la articulación de los actores sociales a través de una coordinación intersectorial, interinstitucional y con la comunidad.

1.4.5 COMPONENTES NECESARIOS PARA EL MAIS.

Los siguientes componentes y sus productos deberán ser desarrollados para viabilizar el desarrollo del MAIS; cabe recalcar que estos tres componentes deben estar articulados y deben ser desarrollados simultáneamente.

- ◇ **Provisión:** La provisión de la atención se realiza a partir de la definición de las necesidades de la población quienes definen las prestaciones y servicios integrales brindados a la persona, familia, comunidad.
- ◇ **Gestión:** Es el proceso de planificación, programación, distribución de recursos necesarios, suficientes y oportunos para el desarrollo de actividades, supervisión, monitoreo y evaluación, desarrollo por ámbitos de responsabilidad y según niveles de competencia y complejidad que garanticen la provisión de las prestaciones.
- ◇ **Financiamiento:** En función de las necesidades de población se establece los recursos necesarios, suficientes y oportunos para la prestación de los servicios, en el marco de los derechos y el buen vivir; y asignación de recursos en función del cumplimiento de metas de impacto, coberturas, calidad.

1.4.6 RESULTADOS DE IMPACTO SOCIAL A LOS QUE CONTRIBUYE EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD (MAIS)

- ◇ Las acciones que los equipos de salud van a desarrollar conjuntamente con los actores sociales en el marco del nuevo Modelo de Atención, sobretudo en el primer nivel de atención, deben producir no solamente resultados institucionales sino fundamentalmente resultados de impacto social en sus zonas de responsabilidad.
- ◇ Los resultados institucionales tienen que ver con la productividad de los servicios como número de atenciones, número de fichas familiares llenas, coberturas obtenidas en las estrategias o intervenciones normadas por Ministerio de Salud Pública entre otros. Históricamente estos han sido los resultados privilegiados por el antiguo modelo y considerados como logros.
- ◇ La Constitución actual establece que el sistema de salud debe producir fundamentalmente resultado de impacto social es decir cambio en las condiciones de salud de población ecuatoriana, por ejemplo: la disminución en la mortalidad en niños, en embarazadas, que la población asuma hábitos saludables, desarrollo de espacios saludables, etc. Las metas de estos resultados están definidas en los objetivos 1, 2, 3,7,9 y 12 del Plan Nacional de Desarrollo 2009-2013 las cuales deben estar claramente asumidas e interiorizadas por los equipos de salud en los tres niveles de atención ya que esto dará la lógica a su trabajo del día a día.
- ◇ Para producir impacto social se requiere la participación conjunta de varios sectores como Educación, Bienestar Social, Trabajo, Salud, Vivienda, Municipios, Policía, entre otros; el MAIS establece lineamiento que permite coordinar entre ellos con la

finalidad de potenciar las intervenciones y obtener estos resultados¹⁰.

1.4.7 IMPLEMENTACIÓN DEL MAIS.

Para la implementación del MAIS se debe tomar en cuenta principalmente el Primer nivel de atención y que es un proceso largo y debe ser llevado paso a paso. El trabajo de los equipos de salud, en identificar distintos riesgos que constituyen determinantes que inciden en problemas de salud y enfermedad, son insumos que permitirán a la gestión distrital proceder a las respectivas estrategias de relación con otros sectores e instituciones (MIDUVI, MIES, MINISTERIO DEL AMBIENTE, SERVICIOS BÁSICOS, Y OTROS) que tienen que ver en las mejoras de las condiciones de salud de un grupo social determinado.

Las características funcionales de los Servicios de Salud en el Primer Nivel de Atención, deben ser:

- ◇ La adecuada capacidad resolutoria de servicios con la respectiva adecuación cultural, que responda frente a problemas de salud más frecuentes, trascendentes y de mayor demanda de la población diversa.
- ◇ Integralidad de la atención: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación básica no sólo de problemas biomédicos, sino también de problemas biosociales.
- ◇ Cobertura universal con acciones preventivas interculturales básicas y de atención a la morbilidad más frecuente, promoviendo para ello la coordinación y complementación entre

¹⁰ MSP del Ecuador. 2010. Nuevo modelo de Atención Integral de Salud; Marco Teórico. Quito – Ecuador

todas las entidades locales (públicas y privadas) que realizan actividades de salud.

- ◇ Atención priorizada bajo el principio de equidad, de acuerdo al riesgo, a personas, familias y grupos más deprimidos y vulnerables.
- ◇ Proyección a la comunidad para la obtención de resultados de Alto Impacto Social, dinamizando la atención en el ámbito extramural, trabajando conjuntamente con organizaciones comunitarias e instituciones de desarrollo social.

La orientación en acciones específicas de la gestión y atención que mutuamente contribuyen a resultados sociales mediante resultados institucionales, redirecciona el sentido del trabajo del modelo de salud, que complementa al duro trabajo de levantar y actualizar permanentemente una ficha familiar, que es tan solo una parte de un proceso de intervención social.

El modelo de atención desarrolla en el primer nivel de atención un proceso planificado y organizado que permite articular cuatro elementos: la Demanda en salud de la comunidad, la Experiencia y el Conocimiento de la realidad del área geográfica – poblacional, epidemiológica que poseen los equipos de salud , las normas de atención y los programas sociales impulsados desde varios sectores como el Bono de Desarrollo Humano, Agua y Saneamiento, Vivienda, Atención a las Discapacidades entre otros, Para esto se requiere implementar los enfoques Familiar, Comunitario e Intercultural del Modelo que se expresan en normas, procedimientos y herramientas que los equipos de salud deben aplicar para su implementación.

Productos de los equipo de salud de primer nivel

Los productos que se enumeran a continuación deber ser obtenidos por los equipos de salud del primer nivel para alcanzar resultados de impacto institucional e impacto social, por tanto son parámetros para la evaluación de desempeño.

- ◇ *Comité de salud local funcionado y en el que se evidencie planificación, ejecución y evaluación de acciones en salud para controlar problemas prioritarios de la zona de cobertura.*
- ◇ *Diagnóstico situacional inicial y diagnósticos dinámicos para la priorización de problemas de salud comunitario, familiar e individual.*
- ◇ *Plan de intervenciones diseñado e implementado conjuntamente con actores sociales para obtener resultados de impacto social.*
- ◇ *Conjunto de prestaciones integrales dirigidas al individuo, familia y comunidad implementadas en la unidad operativa de acuerdo a las normas de atención del MSP. Incluye actividades intra y extramurales.*
- ◇ *Compromisos de gestión.*
- ◇ *Acciones en salud Monitoreadas y Evaluadas¹¹.*

1.4.8 METODOLOGIA DE LA IMPLEMENTACION DEL MODELO DE ATENCIÓN EN LAS UNIDADES DE PRIMER NIVEL

1.4.8.1 Criterios Básicos para la organización del equipo

El equipo de salud es definido por la OMS, en 1973, como una asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es el

¹¹ MSP del Ecuador. 2010. Nuevo modelo de Atención Integral de Salud. Quito – Ecuador.

de proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible.

De la Revilla define el equipo de salud como un grupo de profesionales sanitarios y no sanitarios que realizan distintas actividades encaminadas al logro de una elevación de la salud de la comunidad sobre la que actúan.

La composición del equipo de salud para las unidades de primer nivel de atención ha de ajustarse a las características concretas de la comunidad a la que atiende. Sin embargo, para fines operativos se considerará como Equipo Básico (EBAS) al constituido por médico, enfermero/a y promotor de salud que es el mínimo requerido para el desarrollo de las estrategias del MAIS.

A este equipo se podrán incorporar el siguiente personal de salud para apoyar las actividades del EBAS.

- ◇ Profesionales: odontólogos/as, nutricionistas, psicólogos/as, tecnólogos/as, trabajadores/as sociales, médicos/as especialistas, obstetrix, entre otros.
- ◇ Personal de salud: auxiliares, inspector/a sanitario entre otros
- ◇ Personal logístico: choferes, auxiliares administrativos, entre otros.
- ◇ Proveedores de medicina ancestral, terapias alternativas o complementarias: parteras, pajuyos, shamanes, acupunturistas, homeópatas, entre otros.

Se denominará Equipo de Salud al compuesto por un EBAS y uno o más miembros del personal de apoyo detallado anteriormente.

El personal de apoyo será asignado utilizando los siguientes criterios: perfil epidemiológico del territorio en el que actúa el equipo básico, condiciones de acceso de la población, densidad poblacional, población vulnerable, intervenciones requeridas para las familias y comunidades, productividad.

Los EBAS y su ubicación, dependen donde se encuentre la Unidad Operativa con respecto a un territorio, es decir, deberán clasificarse en unidades de Primer Nivel de Atención, 1.- Urbanas, 2.- Urbanas Marginales y 3.- Rurales, que dependiendo de esta clasificación, se desarrollaran:

- ◇ Productos mínimos del personal EBAS hacer considerados en el perfil óptimo del funcionario para su evaluación del desempeño.
- ◇ Los resultados esperados (institucionales y sociales) como productos de equipo.
- ◇ La gestión del equipo gestor frente a esta diversidad de unidades y EBAS.
- ◇ La distribución de recursos bajo el principio de Equidad.
- ◇ El monitoreo, seguimiento y evaluación de acorde a contextos y realidades diferentes en las circunstancias mencionadas. (urbanos, urbano – marginales, rurales).

CONFORMACIÓN DEL EBAS:

La Dirección de Distrito conjuntamente con la unidad de conducción del distrito, serán quienes designen los Equipos de

Salud. Se estructurará dependiendo de las necesidades del área geográfica, la población asignada y el personal de salud.

1.4.8.2 Atributos y funciones del equipo de salud

- ◇ Aplicar principios y valores éticos que le permita intervenir en los problemas de salud individual, familiar y comunitaria, con sentido humanitario y vocación de servicio.
- ◇ Demostrar actitud de cambio frente al nuevo modelo de atención de manera que sus acciones contribuya a la mejoría de la calidad de vida individual, familiar y comunitaria.
- ◇ Demostrar actitud crítica y auténtica que le permita evaluar con objetividad su trabajo y proyecciones, así como las de su equipo.
- ◇ Demostrar actitud para integrarse al equipo de salud para planificar, programar, ejecutar y evaluar las actividades y particularmente en su proyección como líder de salud en la comunidad.
- ◇ Demostrar capacidad y actitud para continuar y profundizar su autoformación
- ◇ Contribuir con un adecuado clima organizacional en el entorno del trabajo.
- ◇ Demostrar actitud de confraternidad y apoyo mutuo entre todos los integrantes del equipo.

- ◇ Aplicar normas y disposiciones legales.
- ◇ Fomentar en el equipo de salud la cultura de respeto, comprensión y aceptación de la cultura de la población.
- ◇ Fomentar la participación de la comunidad en el cuidado de la salud y del medio ambiente.
- ◇ Coordinar la organización de equipos salud de apoyo al EBAS contando con el personal que se encuentra en las aéreas de salud los cuales apoyaran las acciones ambulatorias que se oferten en los ESPACIOS COMUNITARIOS PARA LA SALUD.
- ◇ Fortalecerá y/o formará la RED SOCIAL COMUNITARIA PARA LA SALUD de su circunscripción territorial, a través de los Concejos Cantonales de Salud u otras instancias conformadas y desarrolladas por el Equipo Gestor del Distrito.
- ◇ Coordinará con los Gestores Comunitarios (promotores, parteras, etc.) de salud la identificación de los ESPACIOS COMUNITARIOS PARA LA SALUD para desarrollar las actividades programadas por los EBAS en coordinación de ser necesario con el Equipo de Apoyo al EBAS, como: capacitaciones, acciones y estrategias integrales de salud (promoción, prevención, curación, rehabilitación) de los programas del MSP que tengan coherencia con su realidad local, salas situacionales, brigadas médicas, ferias de la salud entre otras actividades, que contribuyan a generar resultados de efecto institucional – REI - como mediadores de resultados de alto impacto social – RAIS -. Ejemplos: REI.: Aumento de coberturas de control prenatal. RAIS.:

Reducción de la muerte materna y neonatal por causas evitables.

1.4.8.3 Asignación de tiempos para los equipos de salud.

La distribución del tiempo busca fundamentalmente asegurar y ordenar el cumplimiento de las actividades extramurales dentro de la aplicación del modelo por cada uno de los miembros de equipo, “se ha considerado para ello los siguientes criterios:

- ◇ *Perfil de cada miembro del equipo.*
- ◇ *Tipo de unidad por su ubicación*¹².

1.4.8.4 Campo de acción de los Equipos de salud.

◇ **Nivel Epidemiológico**

Permite construir la base del perfil epidemiológico como herramienta fundamental, para mantener la salud mediante acciones dirigidas a grupos desagregados por género, etnia y por ciclo de vida.

◇ **Nivel de Enfermedad**

Identifica quién requiere de atención y oportunamente decidir la acción inmediata a realizar: la cual puede ser atenderlo o referirlo a otro nivel.

¹² MSP del Ecuador. 2010. Nuevo modelo de Atención Integral de Salud. Quito - Ecuador

◇ **Nivel familiar y comunitario**

Explora, identifica y reconoce las inequidades y las desigualdades diferenciales por factores étnicos, culturales, de género y socioeconómicos que inciden en los patrones de enfermedad, discapacidad o muerte en las familias y comunidades, al tiempo que contribuye a la generación de estrategias para el mantenimiento y mejoramiento de la salud respetando su propia cultura, principios, costumbres, creencias y valores.

◇ **Nivel social**

Contribuye al desarrollo social de la localidad promoviendo familias sanas que participen activamente en la construcción y conservación de espacios saludables impulsando la solidaridad entre los miembros de la sociedad.

1.4.8.5 Modalidades de atención.

Los equipos de atención integral de primer nivel brindarán su atención bajo dos modalidades:

- ◇ Atención extramural o comunitaria.
- ◇ Atención intramural o en el establecimiento

1.4.9 FASES DE IMPLEMENTACIÓN DEL MAIS EN LAS UNIDADES DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

El proceso de implementación del MAIS en las unidades de nivel uno está dividido en cinco fases que son:

- ◇ Fase 1: Se va a realizar el Diagnóstico situacional inicial y el diagnóstico de familias en riesgo; en esta fase se incluyen:
 - Formación del comité local de salud.
 - Diagnóstico Situacional.
 - Diagnóstico Dinámico
 - Elaboración del Mapa Parlante
 - Sala Situacional

- ◇ Fase 2, 3, y 4: En estas fases se da la Intervención de problemas individuales, familiares y comunitarios y se las realiza mediante:
 - Entrega de compromisos de gestión
 - Plan de intervención individual y familiar
 - Plan de intervención comunitario

- ◇ Fase 5: Es la fase del monitoreo y evaluación de las actividades en salud, y “para llevar a cabo esta fase se siguen los siguientes procesos.

- *Monitoreo y evaluación de la programación de actividades y proyectos.*
- *Monitoreo del seguimiento del seguimiento a las familias.*
- *Indicadores.*
- *Sistema de registro¹³.*

¹³ MSP del Ecuador. 2010. Nuevo modelo de Atención Integral de Salud; Marco Teórico. Quito - Ecuador

CAPITULO II

SISTEMA REGIONALIZADO DE SALUD

En el país de acuerdo a las políticas de salud, existe una red de servicios de salud del MSP constituida en el ámbito urbano por el Centro de Salud (CS) y Subcentros de Salud (SCS); y a nivel rural por el hospital cantonal (HC), Subcentros de Salud Rural (SCSR) y Puestos de Salud y Hospitales de Referencia Regional y Nacional. A este sistema se suman una red interinstitucional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Seguro Social Campesino, Fuerzas Armadas, Municipios, Consejos Provinciales y otros.

2.1 DEFINICIÓN DE REGIONALIZACIÓN

El Sistema Regional o Regionalizado de Salud se basa en la regionalización que es:

Una estrategia dirigida a facilitar la administración del MSP, a fin de satisfacer eficaz y eficientemente las necesidades de salud del área geográfica en que se encuentran ubicados los servicios (provincias, áreas) mediante definición de niveles de atención y prevención, según tipo y complejidad tecnológica, vinculados entre si por los sistemas de información, supervisión y referencia, que permitan asegurar al individuo, familia, comunidad, las posibilidades y accesibilidad a todos los servicios del sistema¹⁴.

A través del proceso de regionalización, el MSP ha desarrollado una estructura técnico-administrativa financiera, que establece una delimitación geográfico-

¹⁴ MSP. 2005. Sistema Nacional de Salud: Sistema Regionalizado de Salud. Quito Ecuador.

poblacional, organiza y define un sistema de gerencia tendiente a mejorar la coordinación y el funcionamiento de la red de servicios.

Todo esto ayuda a cubrir a la población que se ha ido extendiendo por todo el territorio y que carece de este servicio tan importante como es la salud.

El MSP, con el Sistema Regionalizado de Salud, hace énfasis en la formación de un sistema de salud en el que involucra a todas sus dependencias; con esto establece conexiones y comunicaciones de dos direcciones entre los diferentes niveles de atención, instituciones prestadoras de servicios en la región y la comunidad.

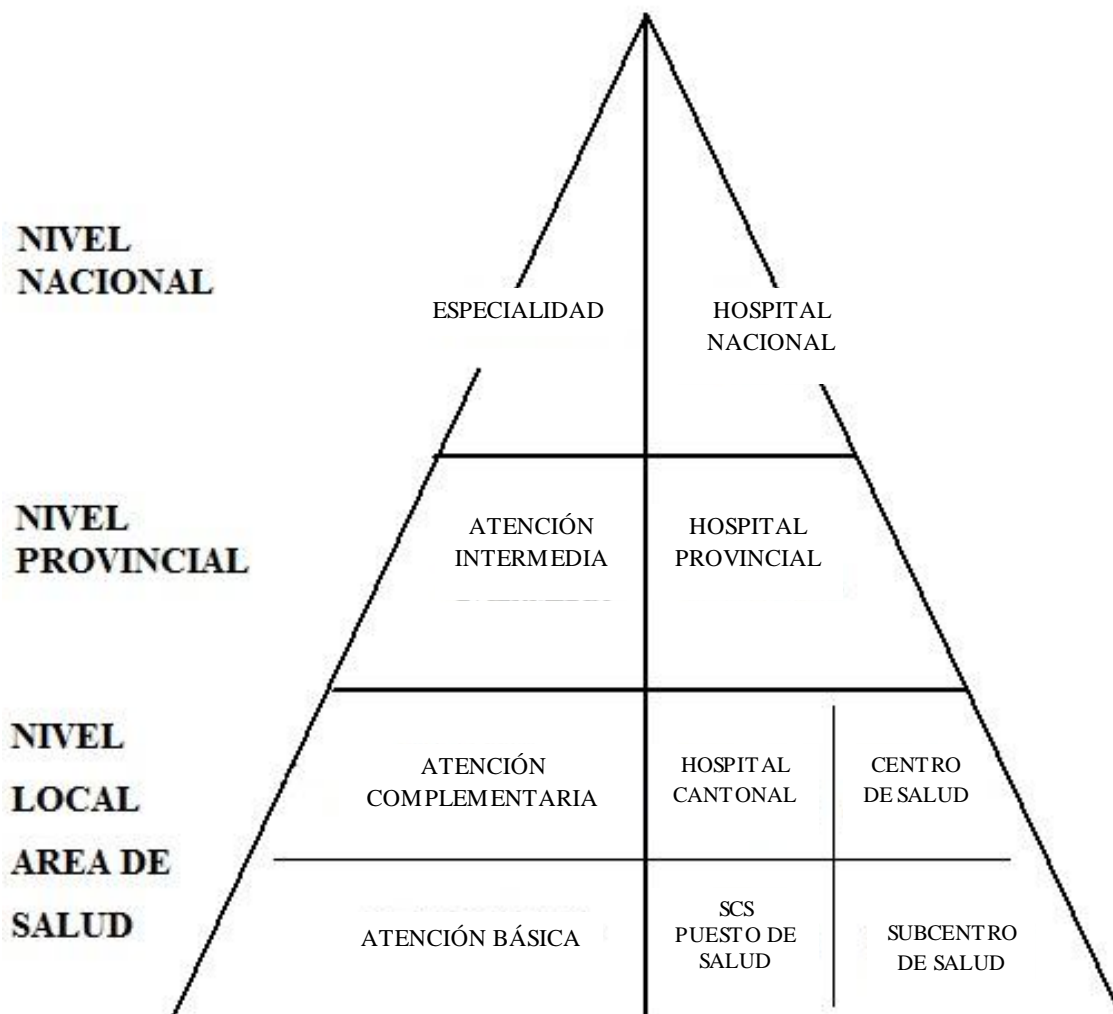
De acuerdo a la regionalización funcional, el MSP ha establecido niveles de gestión

2.2 NIVELES DE GESTIÓN

Los niveles de gestión son tres como se puede observar en el siguiente gráfico:

GRAFICO # 1

SISTEMA REGIONALIZADO DE SALUD



FUENTE: Ministerio de Salud Pública 2005.

ELABORADO: María José Ganán M.

2.1.1 NIVEL DE ÁREA LOCAL DE SALUD

Está conformado por la Jefatura de Área, el hospital Cantonal y/o Centro de Salud y las unidades operativas, gerencia y brinda atención ambulatoria y complementaria a través de sus unidades operativas; tiene capacidad resolutoria técnica, administrativa, financiera, promueve la participación social, recibe supervisión y asesoramiento del nivel Provincial.

2.1.2 NIVEL PROVINCIAL

Está constituido por la Dirección Provincial de Salud, representado por su Director, quien preside la Unidad de Gestión Provincial (UGP), su función es apoyar técnica y administrativamente a las Jefaturas de Área, y los Hospitales Provinciales de su jurisdicción geográfica.

Los hospitales de la provincia dependen jerárquicamente de las Direcciones Provinciales de Salud, que forman parte del sistema de referencia y contrarreferencia de los hospitales cantonales.

2.1.3 NIVEL NACIONAL

Es la instancia rectora de salud, conformada por las autoridades del nivel central, direcciones nacionales y personal de planta central del MSP, responsable de elaborar y definir las normas técnico-administrativas-financieras de aplicación nacional, que están en concordancia con la misión institucional.

Asesora y supervisa al nivel provincial y evalúa globalmente el funcionamiento de toda la red de servicios de salud. Además en este nivel se identifican los hospitales nacionales (especializados y de especialidades).

Este nivel orienta y apoya el desarrollo técnico gerencial de las Áreas de Salud a través de las Direcciones Provinciales de Salud.

2.1.3.1 Organización de las Áreas de Salud

El MSP, de acuerdo a criterios técnicos y políticos ha estructurado 167 áreas de salud.

Un Área de Salud es la estructura técnica administrativa básica del sistema nacional de salud, es el ente coordinador de la red de servicios del sector y es el lugar de articulación.

- **Requisitos para la conformación del área de salud:**

- ◇ Tamaño poblacional
 - Áreas urbanas de 150.000 a 200.000 habitantes
 - Áreas rurales de 50.000 a 120.000 habitantes
- ◇ Área Geográfica y accesibilidad
- ◇ Existencia de una red de servicios de salud
 - Área urbana – Jefatura de Área ubicada en el CS y entre 7 y 15 SCS, dispone de un Hospital Provincial para su referencia.
 - Área rural - Hospital Cantonal, donde se ubica la Jefatura de Área, está conformada de 7 a 15 SCS y por PS.
- ◇ Capacidad de gestión técnica-administrativa
 - La Jefatura de Área deberá contar con todos los recursos humanos, técnicos y administrativos para conformar la Unidad de Conducción del Área (UCA).

2.1.3.2 Estructura de las Áreas de Salud

Las áreas de salud son una red de servicios, que consta de dos niveles de atención, el primero formado por las unidades operativas del primer nivel y un hospital de referencia que constituye el segundo nivel.

- **Funciones del primer nivel:** El primer nivel cumple varias funciones como los son:
 - ◇ Puerta de entrada al sistema de salud
 - ◇ Primer contacto con la comunidad
 - ◇ Síntesis de la información
 - ◇ Resolución del mayor porcentaje de problemas de salud de la población (80%)

- **Funciones del hospital:** Dentro de la estructura de las áreas de salud el hospital cumple funciones como:
 - ◇ Asistencia
 - ◇ Docencia
 - ◇ Investigación
 - ◇ Otras.

- **Unidades de la red de servicios de la estructura de las áreas de salud**
 - ◇ **Hospital Cantonal**
 Se ubica en las cabeceras cantonales, es la sede de la Jefatura de Área; cuenta con los recursos humanos y equipo médico mínimo necesarios para brindar atención de las cuatro especialidades básicas. Dispone de servicios auxiliares de diagnóstico como laboratorio y rayos X, funciona las 24h al día.

 - ◇ **Centro de Salud**
 Se ubica en cabeceras cantonales o capitales de provincia, atiende a poblaciones superiores de 20,000 habitantes. Es la Jefatura de Área a nivel urbano. Los recursos humanos son: médicos generales,

odontólogo, obstetrix, enfermera, tecnólogos y auxiliares de enfermería.

◇ **Subcentro de salud**

Pueden ser urbanos o rurales, se ubican en cabeceras parroquiales, con poblaciones de 6.000 habitantes en urbanos y de 2.000 habitantes en rurales. El recurso humano mínimo es: médico, enfermera y/o auxiliar de enfermería.

◇ **Puestos de salud**

Es la unidad operativa de menor complejidad, ubicados en comunidades menores de 2.000 habitantes. Está atendida por auxiliares de enfermería comunitarios.

2.1.3.3 Capacidad Resolutiva.

- Resolución del 80% al 90% de los problemas de salud del área geográfica de influencia.
- Conducir la programación local anual en todas las unidades operativas. Receptar, consolidar, analizar y retroinformar a todas las unidades operativas del área sobre la producción de los servicios.
- Supervisar todas las actividades realizadas en las unidades operativas.

2.1.3.4 Capacidad Administrativa

- Administrar recursos humanos.
- Conduce y apoya la implementación y el manejo adecuado de procedimientos técnico-administrativos para la organización y funcionamiento de los servicios de salud.
- Responsable de mantenimiento y mejoramiento de la infraestructura física y equipamiento de sus unidades operativas.

2.1.3.5 Capacidad Financiera

- El área de salud tiene la capacidad de manejar su propio presupuesto de acuerdo a la programación local y al plan operativo.

Se debe tomar en cuenta que la regionalización y los niveles de gestión, como se lo mencionó anteriormente, utilizan y/o se guían mediante los diferentes niveles de atención y prevención, los mismos que se explican a continuación.

2.1.4 NIVELES DE ATENCIÓN EN SALUD: COBERTURA Y COMPLEJIDAD

Son la organización de la atención en diferentes niveles de complejidad y tiene por objetivo conjugar en forma eficiente la necesidad de cumplir con un máximo de cobertura los servicios que se prestan, con la mayor calidad posible y con una misma cantidad de recursos.

Los niveles de atención son el conjunto de establecimientos de salud con niveles de complejidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia

necesidades de salud de diferente magnitud y severidad; estos constituyen una de las formas de la OMS, en la cual se relacionan con la magnitud y severidad de las necesidades de salud de la población¹⁵.

2.1.4.1 Nivel Primario.

Es el de mayor cobertura pero de menor complejidad. Está representado por los puestos de salud, Centros, Subcentros y los Hospitales Cantonales, los Consultorios urbanos y rurales. “Se atiende más o menos el 70%-80% de la población”¹⁶. La severidad de los problemas de salud plantean una atención de baja complejidad con una oferta de gran tamaño y menor especialización y tecnificación de los recursos.

Para lograr sus objetivos debe proyectarse a la comunidad con sus recursos, coordinarse con sus organizaciones a fin de lograr actitudes favorables para la salud y hacer que estas se involucren y confíen en el Sistema.

Su recurso humano lo constituyen entre otros:

- Médicos
- Odontólogos
- Enfermeras
- Auxiliares
- Nutricionistas
- Psicólogos
- Asistentes sociales
- Técnicos
- Paramédicos
- Epidemiólogos.

¹⁵ MSP. 2005. Sistema Nacional de Salud: Sistema Regionalizado de Salud. Quito Ecuador.

¹⁶ MSP. Niveles de Atención de Salud. En línea 16/01/10
<<http://www.msp.gov.ec>> Fecha de consulta. 06/11/10

Sus actividades se relacionan entre otras, con:

- Promoción para la salud
- Control de salud
- Tasa de morbilidad
- Tratamiento de morbilidad no compleja
- Derivación oportuna de casos a niveles de mayor complejidad.

Funciones:

- Creación y protección de entornos saludables
- Fomento de estilos de vida saludables
- Prevención de riesgos y daños
- Recuperación de la salud
- Análisis de la situación local, encuestas

2.1.4.2 Nivel Secundario.

Su quehacer está orientado a un segmento menor de la población (menor cobertura). Recibe, para diagnóstico y tratamiento, los casos que no pudieron ser resueltos en el nivel primario. Generalmente está estrechamente relacionado con los servicios clínicos de los hospitales.

Su recurso humano está representado por el especialista. Su grado de desarrollo es variable y depende del establecimiento al que está adosado y de las características propias de cada servicio de salud.

Para su trabajo requiere de unidades de apoyo diagnóstico más complejas (Laboratorio, Imagenología, Anatomía Patológica, etc.).

En general no se contacta directamente con la comunidad. Se relaciona tanto con el nivel primario para devolver los casos resueltos como con el terciario cuando la complejidad así lo requiere.

En la medida que el nivel primario va siendo más eficiente este nivel debe adecuarse y diferenciarse en las especialidades o subespecialidades que sean necesarias

Este nivel se enfoca en la promoción, prevención y diagnóstico, brindaran acciones y servicios de atención ambulatoria especializado y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o de los que se presentan de modo espontáneo con urgencias.

Funciones:

- Las mismas que el anterior, empero, se realiza más énfasis en la recuperación.

En este nivel se encuentran dos tipos de atención según la categoría:

- Tipo de atención: primera categoría:

Se brinda atención integral ambulatoria y hospitalaria, en cuatro especialidades que pueden ser: medicina interna, ginecología, cirugía general, pediatría, anestesiología con acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, recuperación y rehabilitación de problemas de salud

- Tipo de atención: segunda categoría:

Atención integral ambulatoria y hospitalaria con énfasis en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud (mayor número de especialidades).

2.1.4.3 Nivel Terciario

Representado por los establecimientos con condiciones para realizar acciones bajo régimen de atención cerrada (hospitalización).

Su nivel de cobertura es menor y se aboca a manejar solo los casos con patología a excepción del Programa de la Mujer en el cuál se pretende una atención institucional del 100% de los partos aunque estos son habitualmente de baja complejidad y sin patología.

en los hospitales se organiza en los servicios clínicos y requiere de las unidades de apoyo diagnóstico y terapéutico para su trabajo, incluidos los pabellones quirúrgicos

Este nivel se ubica a nivel del ámbito nacional y constituye el centro de referencia de mayor complejidad nacional y regional. Aquí laboran especialistas para la atención de problemas patológicos complejos, que necesiten equipos e instalaciones especializadas.

En este nivel la categoría de los cuidados tienen el propósito de ayudar a los usuarios a conseguir un grado de funcionamiento tan elevado como sea posible¹⁷.

Funciones

- Al ser hospitales de mayor complejidad se ocupan y ponen más énfasis en investigación y docencia.

¹⁷ M.S.P. Niveles de Atención de Salud. En línea 16/01/10
<<http://www.msp.gov.ec>> Fecha de consulta. 06/11/10

2.1.4.4 Nivel Cuaternario.

En otros países existe este nivel y está representado por las Unidades de Tratamiento Intensivo.

Para su trabajo requiere de una gran concentración de recursos tanto humanos como de equipamiento, este último de gran sofisticación

Su característica es la mínima cobertura y la máxima complejidad. Su grado de desarrollo es variable en los distintos Servicios de Salud del país.

Se consideran dentro de este nivel, los siguientes procedimientos:

- Trasplante renal
- Diálisis
- Neurocirugía. sistema nervioso
- Cirugía cardiaca
- Reemplazos articulares
- Manejo del gran quemado.
- Manejo del trauma mayor.
- Manejo de pacientes infectados por VIH
- Oncología.
- Manejo de pacientes en unidad de cuidados intensivos.
- Tratamiento quirúrgico de enfermedades congénitas.

2.1.5 NIVELES DE PREVENCIÓN:

Uno de los principales objetivos de la Salud Pública es “la interrupción de la cadena de acontecimientos que constituyen la historia natural de la enfermedad, y que conducen al deterioro progresivo de la salud”¹⁸.

¹⁸ RODRIGUEZ F. Niveles de Prevención. En línea 25/08/09

La Salud Pública incluye en tal responsabilidad a todos los miembros de un equipo de salud ya que la enfermedad obedece a múltiples causas o factores de riesgo interrelacionados cuyo control no puede ser abordado ni por una disciplina en particular ni por diferentes disciplinas desvinculadas entre si y del contexto sociocultural en el cual trabajan.

Se ha considerado que los equipos de salud deben estar capacitados para colocar barreras en diferentes puntos del proceso de la enfermedad.

Estas barreras han sido llamadas Niveles de Prevención, siendo ellos los siguientes:

2.1.5.1 Nivel primario de prevención:

El nivel primario o nivel de prevención primaria actúa durante el periodo pre-patogénico de la enfermedad y como tal está dirigido a eliminar o a disminuir la cantidad o la calidad de los factores de riesgo presentes en la comunidad. En otras palabras, “son las acciones destinadas a prevenir la aparición de enfermedades y mantener la salud”¹⁹.

Su objetivo es limitar la incidencia de la enfermedad mediante el control de sus causas y de los factores de riesgo.

Este tipo de prevención puede lograrse con la promoción de la salud, que se alcanza primordialmente con medidas educativas, económicas y sociales; y con la protección específica que se refiere a aquellas medidas que en forma más directa previenen el desarrollo de la enfermedad como las inmunizaciones.

¹⁹ SN. Niveles de Prevención en Salud. En línea 29/11/06
<<http://www.rcm.upr.edu/PublicHealth/medu6500/Prevencion.pdf>> Fecha de consulta 25/11/10
<<http://salud.tripod.com.pe/id13.html+niveles+de+prevencion+en+salud>> Fecha de consulta.
06/05/10

2.1.5.2 Nivel secundario de prevención

Si las acciones de prevención primaria no han sido aplicadas o han sido deficientemente desarrolladas se debe recurrir a la segunda barrera que es la prevención secundaria.

Al segundo nivel de prevención le corresponden las acciones destinadas a la detección precoz de la enfermedad, en individuos y poblaciones, y su tratamiento oportuno, además de limitar en lo posible la incapacidad y las secuelas que el proceso puede dejar; incluye acciones de recuperación de la salud con una intervención rápida y efectiva.

La prevención secundaria depende básicamente de la calidad y distribución de los recursos físicos y humanos en los servicios de atención médica e igualmente de su organización y administración.

El objetivo de la prevención secundaria es “curar a los pacientes y/o reducir las consecuencias más graves de la enfermedad mediante el diagnóstico y tratamiento precoz”²⁰.

Su propósito es reducir la prevalencia de la enfermedad. Suele aplicarse a enfermedades cuya historia natural comprende un período precoz en que son fáciles de diagnosticar y tratar.

2.1.5.3 Nivel terciario de prevención

Si por las características particulares de una determinada enfermedad o por el fracaso de las anteriores medidas se llega a las

²⁰ MPH. Morales Bedoya Arturo. Historia natural de la enfermedad y Niveles de Prevención. En línea 05/05/09

< http://Salud_p%C3%BAblica+niveles+de+prevencion > Fecha de consulta 24/11/10.

secuelas o a la incapacidad, debe contarse con la prevención terciaria.

Este nivel está dado básicamente por la rehabilitación ya sea física o mental, para lo cual debe proveerse de medidas adecuadas que se utilizaran en la readaptación de las persona, con el objetivo de recuperar sus cualidades remanentes y reincorporarlo a sus actividades habituales.

Además la prevención terciara se encamina a minimizar los sufrimientos causados por la pérdida de la salud y facilitar la adaptación de los pacientes a cuadros incurables.

La terapia física, ocupacional y la psicológica tratan de que las personas se adapten a su situación y puedan valerse por si mismos.

Su objetivo es “reducir el progreso o las complicaciones de una enfermedad ya establecida”²¹.

Antes de finalizar este capítulo, es importante recalcar que en nuestro país se están elaborando reformas en el SNS, por lo que, tal vez, el Sistema Regionalizado de Salud ya no sea aplicado, sino que se reemplazaran las regiones por distritos debido a la Estrategia Territorial Nacional.

²¹ Dr. Méndez Espinosa Eduardo. Niveles de Prevención de Leavel y Clark: Concepto y Esquema. En línea 16/01/10 <<http://www.scribd.com/doc/23343816/NIVELES-DE-PREVENCIÓN-EN-SALUD>> Fecha de consulta 06/09/10.

CAPITULO III

DIAGNÓSTICO DE SALUD

Antes de definir Diagnóstico de Salud es necesario tener claro el concepto de salud, por ello se lo explica a continuación.

La definición del concepto de salud no es fácil y así lo demuestran las numerosas versiones que se han dado en ella. La salud es un concepto relativo, multidimensional y cambiante, lo mismo que la enfermedad.

Hasta no hace mucho tiempo la salud era considerada, en un sentido negativo, como la “ausencia de enfermedad”. En la conferencia de ALMA ATA en 1976 la OMS definió la salud como:

El perfecto estado físico, mental y social y la posibilidad para cualquier persona de estar de aprovechar y desarrollar todas sus capacidades en el orden intelectual, cultural y espiritual²².

De esta forma la OMS reconocía que no solo se trataba de encontrarse bien sino de estar capacitado para vivir la vida con plenitud.

El organismo vivo se encuentra en un estado dinámico es decir en continuo cambio. Habitualmente se consigue el equilibrio y la salud prevalece pero otras veces coinciden varios factores endógenos y exógenos, desestabilizadores que inclinan la balanza hacia un lado y los mecanismos de defensa se ven superados y con lo cual aparece la enfermedad. Según Aristóteles la salud es la justa medida entre calor y frío.

²² OMS. Definición de Salud. En línea 07/09/08 < <http://www.oms.salud.com.ec> > Fecha de Consulta 25/10/10

La salud es uno de los bienes más preciados que posee el hombre pues de ella van a depender todos los demás ingredientes necesarios para una vida plena, feliz y satisfactoria.

3.1 DEFINICIÓN DE DIAGNÓSTICO

El concepto de diagnóstico etimológicamente proviene del griego, tiene dos raíces, día- que es a través de o por; y gignoskein que es conocer, así etimológicamente diagnóstico significa conocer a través de.

Un diagnóstico comunitario es un proceso de recolección, ordenamiento, estudio y análisis de datos e información que permite conocer mejor la realidad de la comunidad o de una parte de ella, para dar respuestas a los problemas. Es importante señalar, que es la propia comunidad quien determinará cuales son sus necesidades primordiales por resolver, establecerán la jerarquización de las mismas y podrán proponer las posibles soluciones.

Es decir, es un proceso mediante el cual la población de un lugar determinado analiza y toma conciencia de su realidad, de su historia, de su entorno natural, de sus problemas y potencialidades, de sus conocimientos, actitudes y prácticas para mantener la salud y combatir la enfermedad de los individuos y familias de la comunidad.

En este proceso el equipo de salud se constituye en un facilitador para conseguir la motivación, organización, participación y compromiso de todas las personas de una comunidad, en el propio proceso de identificación de los problemas y potencialidades en relación con la salud.

Existen diferentes enfoques de los diagnósticos de salud comunitarios:

- **Diagnóstico situacional:** Está básicamente orientado a medir la eficiencia y analizar la productividad de los recursos para la salud.

- **Diagnóstico de salud:** Es la relación de los recursos para la salud y los daños.
- **Diagnóstico de necesidades:** Es la relación existente entre los daños a la salud, los servicios y los factores pre-disponentes o condicionantes.

3.2 ETAPAS DEL DIAGNÓSTICO COMUNITARIO

En este apartado se explicarán de manera general las etapas del diagnóstico y se desarrollaran con detenimiento en el Capítulo V.

3.2.1 VALORACIÓN O RECOLECCIÓN DE DATOS

En esta etapa se procede a recoger la información relacionada con la salud de la comunidad, la misma que se transformará en datos estadísticos, los mismos que servirán para identificar los problemas, recursos y la disposición de la población dentro de un área geográfica;

3.2.2 DIAGNÓSTICO:

Identificación de los problemas dentro de la población para atender las necesidades y vacíos.

En esta etapa se analiza y relaciona los datos obtenidos, se procede a determinar los problemas de salud que afectan a la comunidad. Se debe tomar en cuenta la estructura y la interacción de la comunidad

3.2.3 PLANIFICACIÓN:

Trata de desarrollar un plan estratégico integral basado en la información obtenida, se formulan: objetivos o criterios de resultado, intervenciones o actividades y evaluación.

El objetivo fundamental del proceso, debe de estar orientado al control de los problemas de salud y factores de riesgo identificados y priorizados de la población.

Se debe proceder con el mismo orden de los problemas priorizados en el diagnóstico. El análisis del problema de salud se lo deberá considerar con un enfoque epidemiológico, sin perder de vista la causa con la que se encuentra relacionado el problema.

3.2.4 EJECUCIÓN:

Es la puesta en marcha de las intervenciones o actividades en base a la evidencia. A fin de garantizar la organización y el cumplimiento de las actividades planificadas se debe elaborar un cronograma de trabajo en el que consten las actividades que se realizarán.

3.2.5 EVALUACIÓN

Para realizar una correcta evaluación se toma en cuenta los objetivos propuestos y además la evaluación sistemática que se va realizando en la ejecución. Si no se logra alcanzar la totalidad de un objetivo, se señalan las razones por las cuales no se logró.

La evaluación es sobre todo un momento de aprendizaje compartido, en el que los distintos participantes suman sus visiones, apreciaciones y conocimientos sobre la práctica efectuada en conjunto, para sacar conclusiones que les permitan mejorar su trabajo futuro.

La evaluación sirve para:

- Medir: el grado de cumplimiento de los objetivos señalados al diseñar el programa (general y específicos).

- Conocer: Son los frutos o productos alcanzados con las acciones realizadas.
- Identificar: cambios de comportamientos de la población.

3.3 MÉTODOS Y TÉCNICAS UTILIZADOS PARA REALIZAR UN DIAGNÓSTICO COMUNITARIO

La idea de concepto metodológico indica como llegar a un diagnóstico a través de la jerarquización de las necesidades del “fenómeno y de las acciones de la atención”²³.

Los métodos más utilizados para realizar un diagnóstico comunitario son:

3.3.1 MÉTODOS O TÉCNICAS CUANTITATIVOS

- **Entrevista:** Esta técnica se complementa con el cuestionario y permite recoger información que puede ser investigada hasta en sus mínimos detalles en una conversación personal con los miembros de una organización.
- **Cuestionario.** Permite recoger mayor cantidad de información de mayor cantidad de gente y de una manera más rápida y más económica que otros métodos; y facilita el análisis estadístico.
- **Análisis de transmisión de mensajes.** Consiste en un cuestionario especializado que descubre el proceso de difusión de un mensaje en la organización, desde su punto de origen hasta que logre alcanzar a los diferentes miembros de la misma.

²³ESCUELA de Medicina. Métodos de Diagnóstico. En línea 04/06/08
<<http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/insintrod6.html>> Fecha de consulta 25/11/10

Este método revela el tiempo que toma la difusión de un mensaje, su proceso comunicativo, quienes bloquean la comunicación, las redes de comunicación informal y la manera como se procesa la información.

- **El análisis de experiencias críticas de comunicación.** Sirve para conocer las experiencias positivas y negativas que existen dentro de la organización y la efectividad o ineffectividad de las mismas.
- **Análisis de redes de comunicación.** Analiza la estructura de comunicación de una organización y su efectividad. Se evalúa quien se comunica con quién, que grupos existen en la organización, qué miembros actúan como puente entre los grupos, los bloqueos que sufre la información, el contenido de la comunicación y la cantidad de información difundida.
- **La entrevista grupal.** Esta técnica selecciona un cierto número de miembros representativos de la organización para ser entrevistados como grupo. La entrevista se suele centrar en aspectos críticos de la comunicación organizacional.

3.3.2 MÉTODOS O TÉCNICAS CUALITATIVAS

- **Observación.** El investigador puede optar por **ser** un miembro más del grupo (observación participante), o bien por **observarlos** desde fuera (observación no participante u ordinaria). El investigador debe ganarse, en cualquier caso, la confianza de las personas que va a estudiar, lograr su aceptación y evitar en lo posible que su presencia interfiera o perturbe de algún modo las actividades cotidianas del grupo.
- **Entrevistas individuales.** Es muy importante que en las entrevistas se logre lo que se conoce con el nombre de "simpatía". Esta implica el

establecimiento de un clima de confianza mutua, comprensión y afinidad emocional entre el entrevistador y el entrevistado.

- **Análisis de documentos.** El investigador reunirá una colección de documentos diversos que necesitan ser interpretados a fin de extraer la información que contienen sobre la historia y características de la organización, y que lo llevarán a inferir algunos aspectos importantes de la cultura de la misma.
- **Discusión en grupos pequeños.** Sesiones de grupo con una discusión dirigida.
- **Dramatización.** Proporciona datos sobre la percepción que la gente tiene de ciertos papeles, relaciones y situaciones de trabajo.
- **Técnicas proyectivas.** Consiste en presentar a un sujeto un material poco estructurado, con instrucciones vagas y pidiéndole que lo organice a su manera, cosas que no puede hacer sin proyectar la estructura de su propia personalidad.

3.4 FUENTES DE INFORMACIÓN

Para recoger datos que ayuden a obtener diagnósticos de salud se utilizan múltiples procedimientos, los más utilizados son:

- Encuestas de morbilidad sentida: es decir, preguntando.
- Técnicas de consenso: informador clave, grupo nominal, Delphi, Brainstorming, Brainsriting, forma comunitaria e impresiones de la comunidad.
- Usando indicadores sanitarios.

Un indicador requiere siempre del uso de fuentes confiables de información y rigurosidad técnica en su construcción e interpretación.

Las principales fuentes de datos universalmente propuestas para el cálculo de indicadores usados en salud pública son:

- ◇ Registros de sucesos demográficos (registro civil).
- ◇ Censos de población y vivienda.
- ◇ Registros ordinarios de los servicios de salud.
- ◇ Datos de vigilancia epidemiológica.
- ◇ Encuestas por muestreo (encuestas poblacionales).
- ◇ Registros de enfermedades.
- ◇ Otras fuentes de datos de otros sectores (económicos, políticos, bienestar social).

Estas fuentes constituyen generalmente las fuentes primarias de información, vale decir, aquellas que recogen sistemáticamente información con una finalidad determinada. “La función de las fuentes primarias es de difundir el conocimiento nuevo, permitiendo su evaluación en la comunidad general”²⁴.

Si estos datos no son confiables o simplemente no existen, se pueden buscar fuentes alternativas que generalmente son estimadores indirectos del valor real.

Las fuentes secundarias se utilizan cuando se debe recoger información específica respecto de una situación por no disponer de información de datos rutinarios.

Estas fuentes son documentos que compilan y reseñan la información publicada en las fuentes primarias y se usa:

- ◇ Para proporcionar a los lectores una síntesis de la información que existe en los documentos primarios sobre temas de interés y,

²⁴ MSP. Diagnóstico de Salud. En línea 24/07/10
< <http://www.salud.gob.mx/unidades/conava/varios> > Fecha de consulta 24/11/10

- ◇ Permitir a los usuarios obtener los documentos cuyos contenidos puedan ayudar a solucionar sus necesidades de información.

3.5 INDICADORES DE SALUD.

Son variables relacionadas con la salud colectiva (números absolutos, proporciones, razones, tasas e índices), cuya función es medir sucesos y objetivar cambios para poder tomar decisiones, poner en marcha programas y realizar intervenciones de salud pública.

La OMS los ha definido como "variables que sirven para medir los cambios"²⁵. Ellos son necesarios para poder objetivar una situación determinada y a la vez poder evaluar su comportamiento en el tiempo mediante su comparación con otras situaciones que utilizan la misma forma de apreciar la realidad. En consecuencia, sin ellos se tendría dificultades para efectuar comparaciones.

Los indicadores de salud son instrumentos de evaluación que pueden determinar directa o indirectamente modificaciones dando así una idea del estado de situación de una condición.

3.6 INFORMACIÓN DE ANÁLISIS

La información que se debe analizar para realizar un diagnóstico en una comunidad es la siguiente:

Antecedentes históricos, políticos y socio-culturales

- Constitución e historia de la Comunidad

²⁵ OMS. Indicadores de Salud. En línea 24/07/10
< <http://www.salud.gob.mx/unidades/conava/varios> > Fecha de consulta 24/11/10

- Constitución e historia de la Unidad de Salud

Ubicación

- Provincia, cantón, parroquia, localidades, áreas, sectores, manzanas y familias.

Límites geopolíticos

- Delimitación geográfica y política
- Área de cobertura de la unidad de salud

Características geográficas

- Orografía, hidrografía, accidentes, clima, flora, fauna.

Vivienda

- Según: propiedad, materiales de construcción, distribución de los espacios según la ocupación y el uso, servicios básicos (luz, agua, disposición de basura y excretas), animales intra domiciliarios.
- Número de miembros por vivienda y por dormitorio.

Vías y medios de comunicación

- Vías de acceso, condiciones de los caminos

- Distancias en relación a la unidad de salud
- Medios o canales de comunicación: periódico, radio, televisión, carteleras, informantes clave, entre otros.

Características demográficas

- Según grupos de edad, sexo, lugar de residencia, mujeres en edad fértil y población económicamente activa.
- Pirámide poblacional

Composición de las familias

- Número de miembros, relaciones de consanguinidad, jefe de familia y estado civil.
- Tipos de familias: Ampliadas y Nucleares
- Riesgos familiares: socioeconómicos, higiénico sanitarios, biológicos, psicológicos

Características socioculturales y económicas

- Ocupaciones y su horario, ingresos y egresos, costumbres, tradiciones, fiestas, religión, escolaridad, formas, niveles y características de organización.
- Características del vestido.
- Religión.

Servicios de salud disponibles

- Servicios formales: públicos y privados.
- Servicios no formales: parteras, curanderos, sobadores y otros (recursos, demanda y tipo de atención).
- Recursos humanos y materiales disponibles en las unidades operativas.
- Iniciativa y características de participación del equipo de salud en las gestiones.
- Cobertura con eficiencia, eficacia, efectividad.

Procesos protectores de la salud:

- Condiciones en las que sienten bienestar, felicidad, los individuos, las familias y la comunidad.
- Conceptos, actitudes y prácticas de salud familiar y comunitaria.
- Acciones de protección en el trabajo, práctica doméstica y en la procreación (sobre todo de las mujeres).
- Acciones para la protección del medio ambiente.
- Niveles, formas y características de participación comunitaria en las gestiones de salud.

Procesos destructivos

- Criterios de insatisfacción individual, familiar y comunitaria en relación con los servicios de salud formales y no formales.
- Diez primeras causas de morbilidad.
- Diez primeras causas de mortalidad
- Deterioro del medio ambiente.
- Problema en las relaciones sociales.

Los mapas comunitarios

En los mapas comunitarios se pueden representar: el entorno natural, las relaciones sociales, aspectos biológicos, psicológicos, etc. relacionados con la salud de una comunidad, desde su propia visión y nos sirven para:

- Describir las características sociales, culturales, biológicas, psicológicas, ambientales, etc. como factores de potencial, deterioro y riesgo en un proceso de desarrollo comunitario.
- Delimitar el ámbito territorial de cobertura de la unidad de salud y localizar las viviendas y las familias que allí existen.
- Lograr participación, interés y compromiso de las personas en el trabajo comunitario.
- Ver la realidad de distintas maneras.
- Disponer información para otros trabajos.

Los mapas se deben realizar al comenzar el trabajo en una comunidad, y durante el proceso de intervención, tomando en cuenta los siguientes criterios básicos:

a) Cobertura Territorial: La población a la que se debe cubrir con el servicio

Una vez elaborados los mapas es preciso analizar la información anotada, con lo cual será posible precisar los grupos de mayor riesgo y de este modo priorizar las actividades en la programación local y en la ejecución de las actividades.

CAPÍTULO IV

CALIDAD EN SALUD

4.1 ANTECEDENTES

En un principio la calidad estaba regulada por la propia conciencia y por el código deontológico²⁶ de la profesión.

Florence Nightingale, posterior a la guerra de Crimea (1858), introdujo dos hechos fundamentales, por un lado apoyo la formación de enfermera y por otro realizó estudio de tasas de mortalidad de los hospitales militares logrando mediante el control del ambiente, disminuir la mortalidad de un 40 % a un 4 %.

En 1910 Flexner, evaluó a los colegios de enseñanza médica de Canadá y Estados Unidos, descubriendo la ausencia generalizada de normas relativas a la educación médica y recomendó el establecimiento de normas educativas en todo el continente americano.

En 1912 Codman desarrolla un método que permite clasificar y medir “los resultados finales” de la asistencia hospitalaria y en 1913 a consecuencia de los informes de Flexner y Codman el Colegio Americano de Cirujanos emprende estudios sobre la normalización de los hospitales.

En 1950, en Canada se crea el Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales y en 1951 en Estados Unidos la Joint Comisión on Accreditation of

²⁶ El término deontología profesional hace referencia al conjunto de principios y reglas éticas que regulan y guían una actividad profesional. Estas normas determinan los deberes mínimamente exigibles a los profesionales en el desempeño de su actividad. Por este motivo, suele ser el propio colectivo profesional quién determina dichas normas y, a su vez, se encarga de recogerlas por escrito en los códigos deontológicos.

Hospitals (JCAH). Estos organismos permiten la generalización de las normas de acreditación en los hospitales y la aparición de las primeras definiciones de parámetros de calidad.

En 1961 Donabedian publica su primer artículo sobre la calidad de la atención médica, conceptos que continúa desarrollando posteriormente y que constituirán una de las bases del desarrollo del control de calidad en la asistencia sanitaria. Este control se ejerce con tres pilares básicos que son: Análisis de la estructura, análisis del proceso y análisis de los resultados.

Alrededor de los años sesenta nacen los audits médicos como método de control interno de la institución, esto con el fin de verificar y mejorar aspectos concretos de la práctica asistencial. Posteriormente la JCAH los incorporó a sus programas de control de calidad y los exigió como condición de acreditación del centro.

La OMS ha manifestado mucho interés por potenciar y desarrollar la calidad en salud y ya en los años ochenta las organizaciones de la salud comenzaron a utilizar las filosofías industriales del proceso de mejoramiento continuo (PMC) y la administración total de la calidad (TQM), asimismo, la acreditación en hospitales amplió su enfoque hasta promover el mejoramiento de la calidad.

En el año 1991 el servicio nacional del Reino Unido adopta una política formal de calidad y reconoció al PMC como la manera más rentable de ponerla en práctica. El PMC y la TQM se basan en los trabajos de W. Edwards Deming, Joseph Juran, Armand Fiegenbaum y Kaoru Ishikawa.

En Chile en el año 1990 las instituciones de salud se fueron acreditando en Infecciones Intrahospitalarias (IIH) y ya entre los años 1996 a 2000 se empezaron a acreditar instituciones más complejas y de urgencias.

El Programa de Evaluación de calidad de la atención hospitalaria (PECAH) empezó a desarrollarse entre los años 2000 a 2004, elaborando estándares en conjunto con los servicios de salud.

En estos momentos aún sigue siendo un poco desconocida, pero ya cada institución de salud con sus respectivas unidades y servicios, “esta abordando y trabajando este tema, creando sus propios verificadores e indicadores en relación a lo que el MINSAL recomienda y exige”²⁷.

4.2 DEFINICIÓN

La definición más sencilla de la calidad "hacer lo correcto en la manera correcta" En los campos de salud, esto significa ofrecer una gama de servicios que sean seguros y eficaces y que cubran las necesidades y los deseos del cliente.

Desde una perspectiva de salud pública, la calidad significa ofrecer los mayores beneficios a la salud, con la menor cantidad de riesgos a la misma, a la mayor cantidad de personas, dados los recursos disponibles.

El análisis de la Calidad se realiza del sistema de salud, del servicio de salud y de la atención a los usuarios o pacientes

4.3 CALIDAD DE ATENCIÓN

La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología de salud en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar, en forma proporcional, sus riesgos.

El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios.

Los servicios de salud deben incorporar progresivamente el enfoque de calidad que estará centrada en la satisfacción del usuario.

²⁷ VIDAL Yanira Chandia. Calidad en Salud. En línea 2006
<<http://www.enfermeraspabellonyesterilizacion.cl/calidad/Historia.pdf>> Fecha de consulta 25/11/10

4.3.1 CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

Globalidad

Las personas deben ser individuo debe ser valorado en su totalidad, es decir desde el punto de vista integral, bio-psico-social u holístico; esto significa que se consideran los diferentes aspectos de los problemas del usuario. Es necesario que el paciente perciba en el personal una respuesta favorable a su sufrimiento. Debe haber una relación de empatía, para ello es necesario conocer a la población y escucharla. Sin globalidad la continuidad de la atención se pone en peligro.

Descentralización operativa

- Geográfica:

Los servicios deben situarse lo más cerca posible de la población

- Cultural:

Prestación de formas de atención aceptadas por la comunidad.

Fomentar las positivas y educar con delicadeza y si es posible actuar con aquellas que atentan con la integridad de las personas

- Económica

La atención debe estar al alcance del bolsillo de la población. Un obstáculo financiero puede ser penoso e insuperable para los grupos de bajos ingresos y ser causa para el abandono de la atención o del tratamiento.

- Funcional

Significa proveer los servicios que son requeridos por la comunidad

Permanencia

Es la presencia del servicio en el horario y calendario que permita la continuidad intra e inter episodio. El servicio debe estar accesible por lo menos los días laborales.

Polivalencia

Disponer de recursos humanos apropiados para afrontar las diferentes necesidades de atención de una comunidad para responder adecuadamente a todos los problemas de salud.

Efectividad

Es el cumplimiento de un conjunto de estándares de acreditación, desempeño técnico y producción. La efectividad se basa en los conocimientos básicos, clínicos y epidemiológicos sobre los que se sustentan las normas y procedimientos que el servicio aplica.

Continua

Es la responsabilidad que asume el equipo de salud por el individuo, hasta que finalice el episodio de enfermedad o de riesgo es decir que el equipo de salud realiza una aplicación lógica y secuencial de actividades que corresponden a cada una de las etapas del proceso de atención.

Eficiente

Es el cumplimiento de un conjunto de estándares de rendimiento costo efectividad- costo beneficio

El servicio debe ofrecer a la comunidad atención óptima de acuerdo a los recursos que estén a su disposición ya que la eficiencia exige que los profesionales utilicen el tiempo, los recursos materiales, las finanzas y la información para producir la mayor cantidad de servicios posibles.

Es decir, es la capacidad de reducir al máximo los costos de la atención, sin reducir el grado de mejoramiento de la salud. La eficiencia exige la reducción de tratamientos inadecuados como resultado de un diagnóstico incorrecto o de la aplicación de normas deficientes que implican mayor costos

Efectiva

Es el grado máximo de mejoramiento de la salud que es posible alcanzar con la mejor atención posible. La efectividad se da cuando los procedimientos son aplicados correctamente para que se produzca los efectos benéficos deseados para el paciente

Participativa

Son los espacios y los mecanismos suficientes para mantener la participación de la comunidad, el diálogo social, la información, la transparencia y la rendición de cuentas.

El paciente debe participar en el momento de la atención con preguntas o cuestionamientos sobre su salud, su tratamiento, sobre la manera de como es atendido. La información que dispone el paciente es un punto clave para su participación

4.3.2 OBJETIVOS

a) Brindar una atención eficiente y oportuna a todos los que demanden una atención, por lo que se tratara de:

- Evitar o disminuir el tiempo de espera en las consultas.
- Evitar o disminuir las oportunidades perdidas (OPP)
- Mejorar rendimiento y la productividad (horas/producción/servidor)
- Disminuir costos en la atención
- Mejorar eficiencia (Oportunidad y mejor relación costo/ beneficio)
- Debe ser brindada por personal capacitado y actualizado.
- La atención no puede ser discriminada por razones sociales, culturales todos deben recibir un trato igualitario.
- La atención debe brindarse de manera Oportuna
- La atención tiene que ser periódica desde el nacimiento hasta la edad adulta el seguimiento es importante.
- Toda actividad que se realiza debe tener un efecto en la persona que la recibe es decir Que tenga impacto.

b) Proporcionar atención Integral: La atención de los pacientes no puede terminar en una receta sino en la atención integral, eficiente y oportuna del paciente.

- En muestreos y encuestas realizadas en varios centros de salud encontramos que uno de los mayores problemas identificados por la población es el largo tiempo de espera y para ser atendidos y el mal trato al usuario. Para esto proponemos algunas cosas practicas:
- Mejorar el traje, poner al personal de mejores condiciones y aptitudes personales para tratar con el público.

- Mantener un sistema de archivo de fichas familiares, ordenado y seleccionado para agilizar la atención.
 - Coordinación entre laboratorio, Rx y otros exámenes auxiliares para no causar demora.
 - Contar con el mayor personal disponible los días de mayor afluencia de consultas, debe limitarse los días libres y licencias en estos días.
 - Establecer horarios adecuados a la vida económica y social de la mayoría de pobladores y no al interés de los trabajadores.
 - El fluxograma de atención debe ser discutido e interiorizado por todo el personal.
 - Establecer un sistema de señalización, adecuado a la cultura, en cada servicio.
 - Los días de salida al campo del personal se planificara para los días de menor demanda.
- c) Reducir la oportunidades perdidas: para esto se realizaran las siguientes actividades
- Hacer un pequeño estudio para identificar las Causa de OPP y ver la posibilidad de intervenir.
 - Que todos los que trabajan conozcan los servicios que oferta la unidad de salud.
 - Ofertar los servicios al paciente y a sus acompañantes.

- Aprovechar al máximo la estadía de las personas para consejería, educación sanitaria, e información en salud

4.4 CALIDAD DE SERVICIO

La calidad de servicio es la característica de la oferta de un servicio el cual cumple con criterios definidos para satisfacer tanto a los actores de salud como a la comunidad.

El concepto de calidad, aplicado a los Servicios de Salud, se ha incorporado en el país en los últimos años. Esto no implica que históricamente los Servicios de Salud no hayan buscado permanentemente la excelencia, pero la adaptación de modalidades provenientes del sector industrial al sector de los servicios deben repercutir favorablemente en los mismos.

No se trata exclusivamente de poseer calidad técnica o intrínseca, sino de producir actos de calidad y que esta sea percibida por el usuario.

En el Sector Salud se utilizan habitualmente cuatro palabras con las que se pretende enmarcar el accionar sanitario. Estas son: Equidad, Efectividad, Eficacia y Eficiencia.

Cuando la prestación de servicios se realiza con equidad (dar más a quién más necesita garantizando la accesibilidad); con eficacia (con metodologías y tecnologías adecuadas); con efectividad (alcanzando cobertura e impacto adecuados), y con eficiencia (con rendimiento y costos acordes), podemos decir sin duda que esto constituye Calidad de los Servicios de Salud.

Las nuevas influencias antes mencionadas tienen por un lado la posibilidad de revitalizar viejos conceptos siempre vigentes, pero ha fortalecido elementos que no siempre han sido tenidos en cuenta.

Uno de ellos es la importancia del desarrollo de los procesos y fundamentalmente tener en cuenta en los servicios la satisfacción y la opinión del paciente o usuario o como se define hoy día el cliente. En síntesis pensar más que es lo que la gente necesita y no lo que nosotros le ofrecemos. En otras palabras pensar más en la demanda que en la oferta de servicios.

Existen algunas consideraciones importantes respecto del término calidad que vale la pena tener en cuenta. En primer lugar calidad no es sinónimo de lujo o de complejidad, sino que por el contrario la calidad debe ser la misma en todos los niveles de atención. En segundo lugar no constituye un término absoluto sino que es un proceso de mejoramiento continuo. En tercer lugar es una cualidad objetiva y mensurable. Por último no depende de un grupo de personas sino que involucra a todo el equipo de salud.

El poder evaluar el proceso de mejoramiento de calidad en su conjunto en cada establecimiento de modo tal que pueda ser comparado, que permita conformar estándares y elaborar procesos correctivos para producir mejoras continuas, se ha convertido en todo un desafío.

Para estos fines es imprescindible introducir la cultura de la evaluación institucional, desarrollando procesos evaluativos y normativos de consenso, pautas y estándares mínimos para las acciones y procedimientos en salud, así como para la organización y funcionamiento de los servicios y establecimientos asistenciales.

Se hace necesario entonces, fortalecer institucionalmente sistemas y estructuras gubernamentales para la evaluación, promoción y resguardo de la calidad de atención, de forma de inducir al sector transformaciones en ese sentido como un proceso continuo, permanente y uniforme para todos los subsectores del sector salud y “en forma consensuada con las jurisdicciones provinciales y municipales”²⁸.

²⁸ Dr. Williams Guillermo I. Calidad de los Servicios de Salud. En línea 28/12/06
<<http://www.med.unne.edu.ec/catedras/calidad.pdf>> Fecha de consulta 25/11/10

METODOLOGÍA

- **Tipo de Estudio**

Se realizará un estudio o investigación descriptiva, de campo, transversal.

Descriptiva o también conocida como la investigación estadística ya que describe los datos y características para realizar el Diagnóstico Situacional, de la población existente en la parroquia Atacames. La Investigación descriptiva responde a las preguntas: quién, qué, dónde, por que, cuándo y cómo. Aunque la descripción de datos es real, precisa y sistemática, la investigación no puede describir lo que provocó una situación. Por lo tanto, la investigación descriptiva no puede utilizarse para crear una relación causal, en caso de que una variable afecta a otra.

De Campo por que el mismo objeto de estudio, en este caso la Parroquia Atacames, sirve como fuente de información para el investigador. Consiste en la observación, directa y en vivo, de signos o síntomas, comportamiento de personas, circunstancia en que ocurren ciertos hechos; “por ese motivo la naturaleza de las fuentes determina la manera de obtener los datos”²⁹

Y transversal ya que estudia las variables simultáneamente en determinado momento haciendo un corte de tiempo específico, en este caso de mayo a junio del 2010.

- **Universo**

El universo lo conforman todos los pobladores de la parroquia Atacames que son 11.251 habitantes.

²⁹ Cázares, Christen, Jaramillo, Villaseñor y Zamudio (2000, p. 18)

- **Muestra**

La muestra fue tomada a conveniencia, es decir a criterio del investigador ya que se eligió a fuentes clave como el personal del CS Atacames, pacientes del CS Atacames, líderes comunitarios, entre otros.

- **Fuentes de Información**

Las fuentes a utilizarse son las siguientes:

- **Primarias:** En este estudio las principal fuente es la población de la parroquia Atacames, la misma a la que se le aplicarán entrevistas; además se utilizaran archivos del centro de Salud, Municipio del Cantón, testimonios de los usuarios, del personal del centro de salud y líderes de la comunidad, y la observación del área y revisión documental para dar nuevas contribuciones al conocimiento, permitiendo su evaluación en la comunidad, debido a que esta es la función de las fuentes primarias.
- **Secundarias:** En esta investigación se utilizarán revistas, Internet, archivos, bibliografía relacionada con el tema entre otros ya que estos compilan y reseñan la información publicada en las fuentes primarias.

- **Técnicas de investigación**

Observación.

Entrevista.

Revisión documental.

- **Instrumentos**

Guía de observación.

Guía de entrevista

Hoja de registro.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA PARROQUIA ATACAMES

5.1 RESEÑA HISTÓRICA

Atacames cuenta con pueblos llenos de historia. Para el historiador Padre Juan de Velasco, los Caras fueron los primeros pobladores que llegaron a las costas ecuatorianas que originariamente se habrían asentado en Bahía de Caráquez (Manabí), ascendieron y navegaron por el río Esmeraldas y luego de trasponer la cordillera dominaron a los Quitus.

Las investigaciones arqueológicas realizadas en algunos lugares, particularmente en la Tolita “han establecido que en la región de Esmeraldas existieron culturas muy antiguas como la Valdivia y Chorrera que pueden tener una antigüedad de 3.000 años a.c”³⁰.

Fueron los Atacames, Tolas y Cayapas, los pobladores que conocieron los españoles cuando llegaron a estas costas desde Panamá.

González Suarez escribe que las tribus que poblaron la provincia no fueron dominadas por la invasión de los incas y permanecieron autónomas en sus vastos territorios.

Atacames fue cuna de la cultura indígena de los Atacames y alternó como capital de la Provincia. “El 4 de septiembre 1526 en San Mateo, descubrieron que Atacames era el poblado más importante”³¹.

³⁰ SN. Datos generales de Esmeraldas. En línea 06/06/07
<<http://www.visitaecuador.com/costa>> Fecha de consulta 25/10/10

³¹ SN. Datos generales de Esmeraldas. En línea 06/06/07
<<http://www.visitaecuador.com/costa>> Fecha de consulta 25/10/10

En 1543, el capitán Juan de Olmos, vecino de Portoviejo, llegó con una expedición de cien soldados y fundó Atacames sobre el poblado indígena que encontraron los españoles en 1526.

En 1577, los curas Miguel Cabello y Juan de Cáceres construyeron allí la primera capilla y cabañas. Debido a una peste, en 1589 la capital de Esmeraldas pasó a Atacames.

El 21 de enero de 1832, ya en la República; se crea como parroquia con el nombre de "SANTA ROSA DE ATACAMES". En 1533, el naufragio de un barco de esclavos permitió el asentamiento y la presencia de una activa población negra que se fusionó con las culturas blancas e indígena generando varias manifestaciones culturales, música, artesanía y danza.

En la actualidad, su población es una amalgama de etnias, aquí conviven gentes de todas las latitudes del mundo.

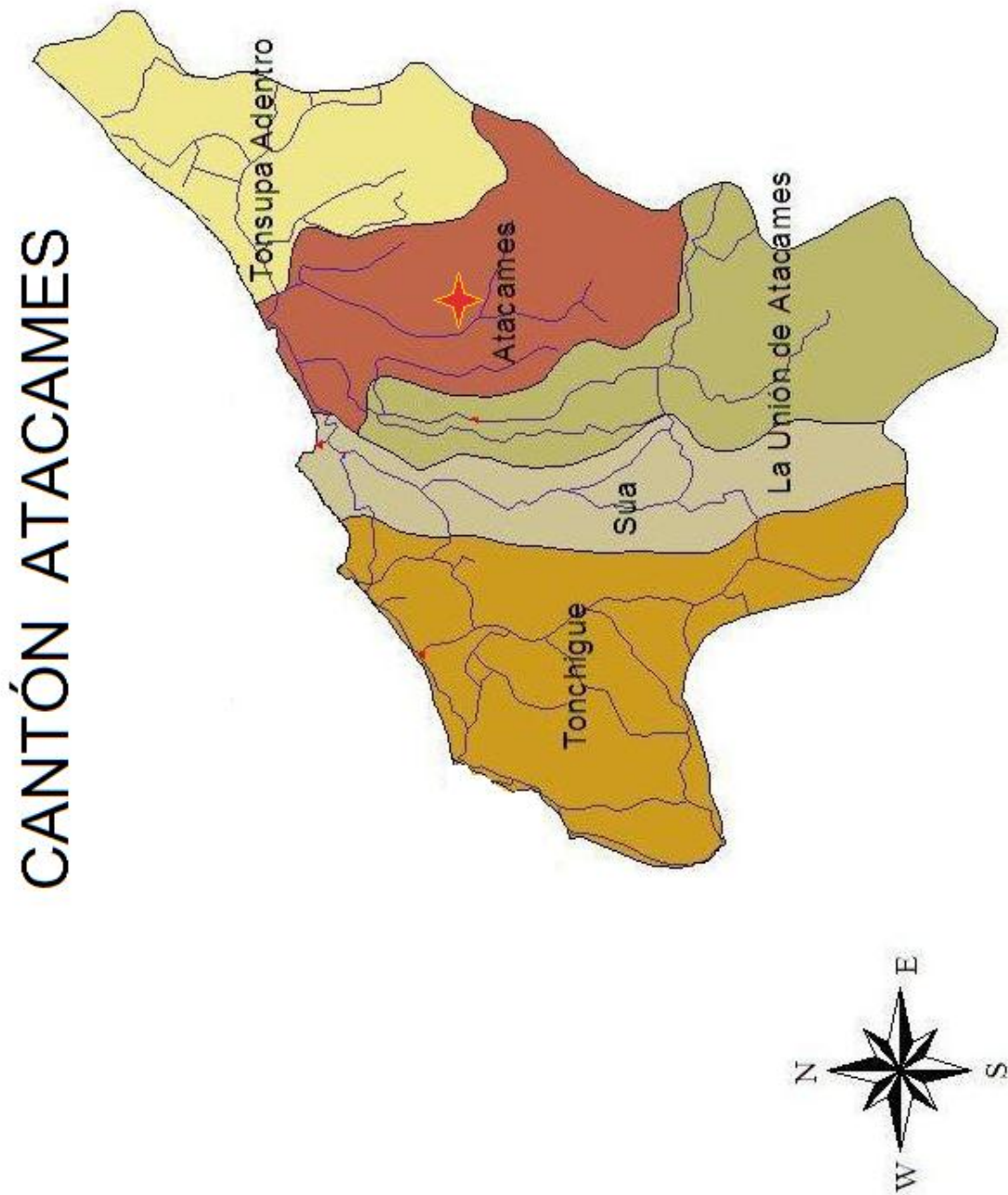
5.2 ASPECTOS GEOGRÁFICOS

El estudio de los aspectos geográficos constituye la base del conocimiento del medio ambiente físico y humano que rodea al hombre y que hace posible su normal desenvolvimiento dentro de la sociedad. Además con este estudio se logra una mayor comprensión de la realidad física y humana que caracteriza el mundo actual.

Es necesario entender que este anunciado es totalmente exploratorio y descriptivo ya que se limita a localizar, describir la zona en estudio y determinar la influencia que el hombre ejerce en el medio geográfico.

5.2.1 MAPA

Con la elaboración del mapa se tendrá una representación convencional de toda la superficie a escala reducida donde se efectuó el estudio



5.2.2 DELIMITACIÓN TERRITORIAL Y UBICACIÓN

Antes de conocer la delimitación es necesario mencionar que la parroquia Sta. Rosa de Atacames forma parte del cantón Atacames que se encuentra ubicado en la parte suroeste de Esmeraldas y al noroccidente de la República del Ecuador. Este se encuentra en la latitud 0° y 51 Norte y en la longitud 79° y 50 Oeste, limita al Norte y Este con el cantón Esmeraldas, al Sur con el cantón Muisne y al Oeste con el Océano Pacífico. El cantón está ubicado en la costa sur del Pacífico a 38 kilómetros de la ciudad de Esmeraldas y 350 kilómetros al norte de Quito.

Se encuentra a una altura de 385 msnm, con una extensión territorial de 508km². La población cantonal estimada para el censo del 2001 es de 30.403 habitantes

El cantón Atacames se encuentra distribuido políticamente en cinco parroquias, las mismas que se visualizan en el mapa anteriormente mostrado y son: Atacames, la Unión de Atacames, Tonsupa, Súa y Tonchigüe.

La parroquia en estudio se encuentra limitada por:

- NORTE: Océano Pacífico.
- SUR: Unión de Atacames.
- ESTE: Tonsupa.
- OESTE: Sua.

5.2.3 CLIMA

El Ecuador debería tener un clima ecuatorial por su situación astronómica, pero gracias a la acción de diversos factores, como la altitud del suelo, las cadenas montañosas del callejón interandino, las corrientes marinas y más, goza de varios tipos de climas que existen en las distintas latitudes de la

tierra, desde el tropical hasta glacial. Cada zona climática presenta sólo dos estaciones definidas: húmeda y seca. “Tanto en la Costa como en el Oriente la temperatura oscila entre los 20 °C y 33 °C, mientras que en la sierra, ésta suele estar entre los 8 °C y 26 °C”³². La estación húmeda se extiende entre diciembre y mayo en la costa, entre noviembre a abril en la sierra y de enero a septiembre en la Amazonía. Galápagos tiene un clima más bien templado y su temperatura oscila entre 22 y 32 grados centígrados, aproximadamente

Ya que Atacames forma parte de la región costa, su territorio es en general plano con elevaciones que no superan los 385m sobre el nivel del mar; “su clima es tropical lluvioso; goza de temperaturas constantes y la temperatura promedio es 23 grados centígrados, también se debe mencionar que el mar tiene una temperatura promedio de 24°C”³³.

El clima tropical tiene temperaturas superiores a los 18 °C; se caracteriza porque, en todas sus divisiones, se encuentran bastante definidas dos estaciones: una estación seca alrededor del solsticio de invierno y una estación húmeda con un gran número de precipitaciones llamada monzónica, en torno al solsticio de verano.

5.2.4 FLORA

Esmeraldas es llamada la “provincia verde” ya que se encuentra en el sector septentrional por lo que se presentan gran cantidad de lluvias las mismas que ayudan al desarrollo de una gran variedad de flora en todos sus cantones y parroquias.

Atacames, al pertenecer a la provincia verde, es rica en diversidad y se puede observar frondosas selvas tropicales dentro de las cuales se aprecian: árboles de maderas finas, de caucho, ceibos (lana vegetal), tagua (marfil

³² SN. Clima Tropical. En línea 17/10/10
<http://es.clima.org/Clima_tropical> Fecha de consulta 25/10/10.

³³ SN. Datos generales de Esmeraldas. En línea 06/06/07
<<http://www.visitaecuador.com/costa>> Fecha de consulta 25/10/10

vegetal), banano, fibras como las de abacá y toquilla, utilizada esta última para elaborar sombreros que reciben buena acogida en los mercados exteriores.

5.2.5 FAUNA

Consiste, principalmente en la cría de gallinas, vacas, chanchos; además es un sector netamente pesquero.

En cuanto a la fauna silvestre, en la actualidad existen gran variedad de aves tales como: cantoras, carroñeras, colibríes, golondrinas, tórtolas, gorriones, gallinetas, piqueros, golondrinas de mar, gaviotas, pelícanos; se encuentran reptiles y anfibios como serpientes, lagartos, sapos y salamandras de varias especies; entre los insectos más comunes están la mariposa con una gran diversidad de colores, saltamontes, grillos, moscos, sancudos, mosquitos, hormigas, cucarachas, arañas, entre otros; también se observa variedad de animales de corral como: perros (en gran cantidad callejeros), gatos, pavos, cerdos.

En Atacames, al estar limitada por el Océano Pacífico, existe una rica variedad especies marinas como: peces, moluscos, crustáceos etc.

5.3 **CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN**

5.3.1 ESTRUCTURA SOCIAL

El proceso de "modernización" no ha llevado consigo un mejoramiento de las condiciones de vida de la mayor parte de la población y ha ocasionado entre otros factores un proceso migratorio amplio, sin embargo Atacames posee

una población de 11.251 habitantes; la misma que es relativamente joven, el porcentaje mayor está en los 15 y 59 años.

A pesar de que resulta difícil establecer una caracterización de la estructura social, se trató de realizar una puntualización de los principales grupos humanos que se encuentran en la parroquia Atacames:

- Artesanos y operarios

Este grupo absorbe al mayor número de trabajadores de la población económicamente activa; son sujetos dedicados a labores manuales y artesanales. Este sector social no es homogéneo, lo que indica una diferenciación en la que se encuentran personas que están en un proceso de permanente acumulación hasta aquéllos que se mantienen pauperizados y con niveles de ingreso infrahumanos.

- Comerciantes y trabajadores de servicios ocasionales

Uno de los grupos que mayor ritmo de crecimiento tiene es el que se encuentra inserto en actividades comerciales, de manera especial se ubican en actividades tales como dependientes de comercio y vendedores ambulantes.

- Profesionales

En la Región de estudio este grupo está comprendido por profesionales técnicos y afines, y por empleados de oficina y afines, que dependen de la administración pública y/o de la empresa privada.

Dado que este grupo requiere de preparación universitaria o de capacitación especial, la educación secundaria y superior se ha convertido en uno de sus principales canales de ascenso social.

Debido a que no toda la población tiene posibilidades de obtener este tipo de preparación, en este caso la educación se ha convertido en un elemento más de diferenciación social.

5.3.2 ESTRUCTURA ECONÓMICA

Atacames, al poseer una población relativamente joven, debería ser una parroquia con un aporte económico significativo; lo cual en la realidad no se cumple por lo que “se tiene luchar para mejorar las condiciones de vida, salud y educación de esta área”³⁴.

Según el Censo del 2001, “el 67.5% de la población de Atacames se encuentra en situaciones de pobreza y 35.1% en extrema pobreza. Además el 50.4% de personas poseen viviendas con servicios básicos inadecuados.

Entre las actividades económicas se puede mencionar que la mayor parte de la población de esta parroquia se dedica principalmente al turismo, a la hotelería y al comercio, por ser un punto turístico importante del país, ya que cuenta con una gran planta hotelera y múltiples espacios de entretenimiento nocturno que en épocas festivas es muy demandado; es por ello que las personas de la localidad, que trabajan en actividades derivadas del turismo, asciende al 80%. En cambio en el sector rural, las comunidades más dispersas se dedican principalmente a la pesca, ganadería, agricultura, así como al cultivo y a la siembra del cacao, café y frutas.

Gran parte de su economía depende de la exportación de camarón y banano, además de estos, se produce cacao, tabaco y café. También son importantes la pesca, la industria petroquímica.

³⁴ OAS. Estructura Social. En línea 26/05/09
<<http://www.oas.org/dsd/publications/unit/oea60s>>. Fecha de consulta 25/10/10.

5.3.3 FORMAS DE PRODUCCIÓN

Atacames, constituye el eje de desarrollo de la industria turística de la zona Noroeste del país, en particular de la zona costera, caracterización que se plasma por la construcción de importantes establecimientos turísticos y una gran afluencia de turistas, tanto nacionales como extranjeros. Esta potencialidad se debe a sus playas y espacios naturales y a su ubicación estratégica para la zona Norte del país.

En el ámbito regional Atacames y Esmeraldas presentan una fuerte relación de interdependencia. Esmeraldas es el principal puerto de la zona Norte y el mayor centro de comercialización, gestión, servicios y administración de la provincia; mientras Atacames es un centro de recreación, turismo y diversión de la región.

En la parroquia se identifican diferentes organizaciones que mantienen las diferentes formas de producción: hoteleros, cahipiriñeros, restaurantes, comedores ambulantes, cevicheros, vendedores ambulantes, refrescos, bebidas, frutas, artesanos (paja toquilla, coral, tagua, coco), comercios menores (ropa de playa, tiendas, abarrotes), tricicleros, entre otras.

En el ámbito cantonal Atacames es un centro de intercambio comercial interno. La producción pesquera y agropecuaria de los sectores rurales, abastecen la demanda local y la del turismo.

5.3.4 ESTRUCTURA POLÍTICA

Al Ecuador, como a ningún otro país de Hispanoamérica, le ha tocado vivir una historia republicana diseñada por ciclos e inestabilidad. Atacames al ser un cantón más de Ecuador goza de la democracia, por lo que para su representación, como autoridad máxima está el "Sr. Freddy Saldarriaga

Corral, alcalde del cantón y de la municipalidad de Atacames, quien fue electo por voto secreto desde abril de 2009, para ejercer funciones”³⁵.

Con relación a la parroquia Santa Rosa de Atacames la máxima representatividad está dada por el Jefe de la Junta Parroquial, El Sr. José Quiroga, que se halla ejerciendo sus funciones desde hace tres meses, para beneficio de la parroquia.

5.3.5 RELIGIÓN

En población de Atacames es en su mayoría Católica, cuentan con una Iglesia en su parque central. Existen templos de otras iglesias como evangélicos, cristianos y testigos de Jehová.

5.4 **SERVICIOS BÁSICOS**

Una parroquia es la división político-territorial de menor rango. Existen dos tipos de parroquias: la rural y la urbana. La parroquia rural son aquellas que son apartadas de la ciudad principal o metrópoli; suelen ser comarcas o conjunto de recintos cuyos pobladores viven de labores agrícolas y del campo. La parroquia urbana es aquella que se encuentra circunscrita dentro de la metrópoli o ciudad. Consta de toda la infraestructura necesaria para ser una ciudad principal.

En una parroquia las personas se agrupan buscando protección mutua y el bien común, estas personas transmiten un sistema de valores, actitudes y respeto a la salud, ya que esta es la expresión de la realidad social y natural del hombre, que expresa el modo de vida de un sujeto, de un grupo y de toda la parroquia.

³⁵ EXIT POLLS AMÉRICA. Últimas elecciones en Ecuador. En línea 24/04/09
<<http://Dnominaprefectos+prefecto+de+esmeraldas>> Fecha de consulta 25/10/10.

Es por ello que los servicios básicos, que son las obras de infraestructuras necesarias para una vida saludable, contribuyen a eliminar o por lo menos disminuir aquellos factores de riesgo a los que pueden estar expuestas las personas como los procesos infecciosos, respiratorios, gastrointestinales y otras condiciones inadecuadas del medio ambiente como resultado del desordenado desarrollo industrial.

En la parroquia Atacames se cuenta con servicios básicos como energía eléctrica, red telefónica, agua potable y otros que serán descritos a continuación.

5.4.1 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Los servicios de salud son la base que promueve a la población a valorar su salud, la misma que permite el desenvolvimiento de las personas en todos los aspectos, es decir que una persona sana en todas sus dimensiones: psicológicas, físicas, biológicas y sociales, asume la importancia que las representaciones colectivas le asignan, de este modo la salud tanto individualmente como colectivamente es el resultado de la interacción que se viene dando entre los procesos biológicos, ecológico, culturales, económicos y políticos que se dan en la sociedad, producto de la relación entre el hombre y el ambiente social y natural en el que vivimos, en el cual está involucrado todo el personal que conforma el equipo de salud.

La parroquia Atacames cuenta con el Centro de Salud Atacames, el mismo que es el principal prestador de servicios de salud del Área # 4. Este Centro de Salud cuenta con médicos generales, odontólogos, obstetrices, enfermeras y auxiliares de enfermería, quienes prestan atención a las cinco parroquias del cantón y dos más de los alrededores.

El horario de atención del centro de salud es de lunes a viernes, de 8:00h a 13:00h y de 14:00h a 16:30h; aunque este no se cumple en su totalidad ya que la mayoría de días el personal deja su lugar de trabajo antes de hora planteada en su horario de trabajo.

5.4.2 EDUCACIÓN

La educación es el proceso multidireccional mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar, que desarrolla una persona para enfrentarse a un medio social determinado e integrarse a él.

Uno de los deberes primordiales del Estado Ecuatoriano es el de proporcionar los elementos básicos de la cultura a las nuevas generaciones mediante la educación, deber que solo puede cumplirse debidamente cuando la familia comprende la importancia de la educación y coopera para su realización.

Para su cumplimiento, el Estado Ecuatoriano, por intermedio del Ministerio de Educación y de otras instituciones estatales, como los Municipios y Consejos Provinciales, así como muchas particulares a las cuales concede la autorización del caso, realiza esfuerzos considerables para extender los servicios educativos, pero una serie de factores adversos pone serias dificultades para su efectividad, sobretodo en el medio rural. Esto explica que en algunas provincias el porcentaje de analfabetismo sea aún prevalente.

Los niveles de educación en el país son: pre-primario, primario, secundario y superior; cada uno tiene sus objetivos, procurando hacer de la educación una función social transmisora de valores culturales, inculcadora de ideales o fomentadora del espíritu creador que contribuye a la formación de una personalidad que se adapte adecuadamente al medio en que vive.

En la ciudad de Atacames existe un mayor número de profesores, aulas y planteles fiscales frente a los privados. En el Cantón se registra el 10,2% de analfabetismo, que está por encima de la media nacional. El 56,8% de la población ha terminado la instrucción primaria. El 12,1% de los habitantes de Atacames tiene instrucción secundaria y el 9,3% posee instrucción superior, dentro del plan de desarrollo humano, se señala con los datos mencionados, que se debe elevar el nivel de la educación del Cantón, esto

se puede entender como más acceso a educación superior de la población, y a la mejora del nivel académico.

Es importante además ver el alto nivel de deserción escolar, de donde “el 12.2% de niños de hogares en la parroquia Atacames no asisten a la escuela”³⁶.

CUADRO # 1

ESCUELAS EXISTENTES EN LA PARROQUIA ATACAMES, JULIO 2010

Nº	PLANTEL EDUCATIVO	PROFESORES	ESTUDIANTES
1	ATACAMES	40	825
2	ESTRELLA DEL MAR	22	600
3	PRINCIPE DE PAZ	17	91
4	MERCEDES CEVALLOS	16	395
5	BERTILDA CHIRIBOGA	13	367
6	LUZ DEL ALBA, JARDIN	12	113
7	CRECIENDO AL FUTURO	22	387
8	ATAHUALPA (COLG, CON OCTOVO AÑO BASICO)	30	650
	TOTAL	172	3428

FUENTE: Centro de Salud Atacames.

ELABORADO: María José Ganán M.

³⁶ SN. Educación en Ecuador. En línea 24/05/10
<<http://educación+de+esmeraldas>>. Fecha de consulta 25/10/10.

CUADRO # 2**COLEGIOS EXISTENTES EN LA PARROQUIA ATACAMES, JULIO 2010**

N°	PLANTEL EDUCATIVO	PROFESORES	ESTUDIANTES
1	COLEGIO ATACAMES	54	760
2	COLEGIO A DISTANCIA MON SEÑOR LEONODAS PROAÑO(EN EL COLEGIO ESTRELLA DEL MAR)	13	155
3	ESTRELLA DEL MAR Y ESCUELA	50	387
4	21 DE NOVIEMBRE (NOCTURNO)	26	446
5	PRINCIPE DE PAZ, ESC. COLEG.	17	91
6	PIERRE CHARDEN	26	611
7	AGUEDA GONZALES, VESPERTINO Y UNA JORNADA NOCTURNA	30	400
8	12 DE OCTUBRE, VESPERTINO (VIA A LA UN. ATAC)	22	185
	TOTAL	238	3035

FUENTE: Centro de Salud Atacames.

ELABORADO: María José Ganán M.

5.4.3 TRANSPORTE Y COMUNICACIÓN

Transporte

Los medios de transporte son muy importantes y necesarios para las personas, mediante estos pueden ir de un lugar a otro, según sea su necesidad.

Para llegar a la parroquia Atacames se debe tomar la red primaria, llamada calle Olmedo, que tiene colocada una capa asfáltica, aunque por el momento no se encuentra en su mejor estado, esta permite llegar de manera rápida y sin peligro.

La movilización desde la parroquia Atacames cuenta con varios medios de transporte, líneas de buses, taxis y la moto-taxi que es la forma de transportarse más usada en Atacames por lugareños y turistas; estas formas de transporte permiten que las personas de la parroquia viajen a cualquier otra parte del cantón e incluso a otros cantones como Muisne, Esmeraldas y más. También encontramos transporte hacia diferentes partes del país como Quito o Guayaquil.

Comunicación

La comunicación es una de las tecnologías más importantes para el ser humano ya que mediante esta las personas aprenden unas de las otras, con ayuda de los diferentes medios de comunicación.

En Atacames existen oficinas de correo, locales de internet; cuentan con servicio telefónico en la mayoría de domicilios, todos poseen radio y televisión; por todo esto la parroquia está en contacto todo el Ecuador y el mundo.

5.4.4 SANEAMIENTO BÁSICO

El saneamiento básico está constituido por todos los elementos que deben tener las viviendas para asegurar el bienestar de las familias y entre ellos están: el abastecimiento de agua potable, disposición y eliminación de basura, disposición y eliminación de excretas, entre otros. El saneamiento básico forma parte del saneamiento ambiental que es el conjunto de acciones técnicas y socioeconómicas de salud pública que tienen por objetivo alcanzar niveles crecientes de salubridad ambiental. Comprende el manejo sanitario del agua potable, las aguas residuales y excretas, los residuos sólidos y el comportamiento higiénico que reduce los riesgos para la salud y previene la contaminación. “Tiene por finalidad la promoción y el mejoramiento de condiciones de vida urbana y rural”³⁷.

A continuación se detallan los servicios básicos con los que cuenta la parroquia Atacames:

- **Abastecimiento de Agua Potable**

Es requisito indispensable, para el bienestar y confort de la población, la disponibilidad de agua en cada vivienda para satisfacer las necesidades de higiene bebida y comida; además tiene una estrecha relación con la salud y los índices de morbilidad tanto infantil como adulta.

En la parroquia Atacames todas las viviendas poseen agua potable, sin embargo la calidad de agua que llega a estas viviendas no es la mejor, ya que es una de las causas de la incidencia de EDAs.

³⁷OMS. Saneamiento Ambiental. En línea 30/07/10
< http://www.who.int/entity/water_sanitation_health/es >. Fecha de consulta 25/10/10.

- **Disposición y Eliminación de Basura**

La basura es todo material considerado como desecho y que se necesita eliminar. La basura es un producto de las actividades humanas al cual se le considera de valor igual a cero por el desechado. No necesariamente debe ser odorífica, repugnante e indeseable; eso depende del origen y composición de ésta.

La disposición y eliminación de la basura, es la forma como los pobladores de un determinado lugar ubican los desechos, para que no sean nocivos para la salud.

En Atacames la eliminación de desechos sólidos se encuentra a cargo de la Municipalidad del Cantón, la misma que arroja la basura en el botadero Municipal, ubicado en la vía Atacames–Súa. La ubicación de este botadero, la falta de compactación y reciclaje de la basura produce efectos en la salud y problemas ecológicos y estéticos.

- **Disposición de Excretas**

La adecuada eliminación de excretas humanas está vinculada a las condiciones de salud de los miembros del hogar y existe la necesidad de contar con un sistema de evacuación de excretas que evite todo riesgo de contaminación, este sistema es la base de la prevención de infecciones entéricas, para que se realice una buena eliminación es necesario que el suelo y el agua sean subterráneos; se debe evitar que las moscas y animales tengan contacto con las materias fecales y la protección que se debe de dar al medio ambiente, libre de malos olores o condiciones antiestéticas.

En la infraestructura sanitaria de la vivienda, la disponibilidad de servicio higiénico y la eliminación de excretas en condiciones aceptables de salubridad y privacidad contribuyen a mejorar los niveles de vida y de confort.

En Atacames la eliminación de aguas servidas, en su gran mayoría, se realiza a través de pozo séptico y un 13% mediante alcantarillado, siendo esto un problema con un alto impacto ambiental, ya que la mayoría de estos desembocan directamente en los ríos de la zona, produciendo no solo la contaminación de las aguas sino también causando problemas de salud en la población que utiliza el agua de estos ríos.

- **Servicio Eléctrico**

La disponibilidad del servicio eléctrico en la vivienda es un componente elemental del bienestar social. En Atacames el 100% de la población está cubierta por este servicio tan fundamental, lo indica que las condiciones son buenas.

- **Características de la Vivienda**

La vivienda es una edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndoles de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales. La vivienda es una necesidad básica y un derecho de la sociedad.

Según el Censo 2001 en la parroquia Atacames la mayoría de personas, 1720, viven en casas o villas; 148 en departamentos, 111 en cuartos de inquilinato, 61 en media agua, 122 en rancho, 40 en covacha y 18 en otro tipo de vivienda.

En gran parte las edificaciones se hacen con bloque, ya que este es más económico que el ladrillo; se observa que hay un gran impulso a la edificación de casas con estructura de hierro y loza, con paredes de bloque, hay una gran variedad de diseños y formas.

5.5 UNIDAD DE SALUD

5.5.1 HISTORIA DEL CENTRO DE SALUD

El Centro de Salud fue fundado en el año 1973 con la categoría de subcentro de salud, en ese entonces se ubicaba en el centro del pueblo en el parque central; la edificación era alquilada por la Comisaría Política del pueblo.

Se proporcionaba atención a más de 100 personas semanalmente, lo cual no podía ser abastecido por el reducido personal que estaba conformado por: un médico, una enfermera y una auxiliar de enfermería, es por esto que se piensa en la reubicación y ampliación del subcentro de salud, la misma que se llevó a cabo en el año de 1978, con la ayuda del inspector de salud, Dr. Luis Benítez, y la comunidad; entonces se lo situó en la entrada del pueblo donde ese encuentra hasta la actualidad.

Con el paso de los años la edificación fue envejeciendo y la demanda de servicios de salud en el área aumento, por lo que hace seis años aproximadamente, con la intervención, ya no solo del pueblo, sino de la Comunidad Europea y del Ministerio de Salud Pública del Ecuador se construye la actual edificación; al ser más espaciosa aumentan sus servicios y sube de categoría a Centro de Salud.

Actualmente en el Centro de Salud se atiende a pacientes de todos los estratos, pero en su mayoría de bajos recursos, incluso a indigentes de la

parroquia y de otros poblados del rededor y al estar ubicado en una zona turística se atienden también a los turistas (nacionales y extranjeros).

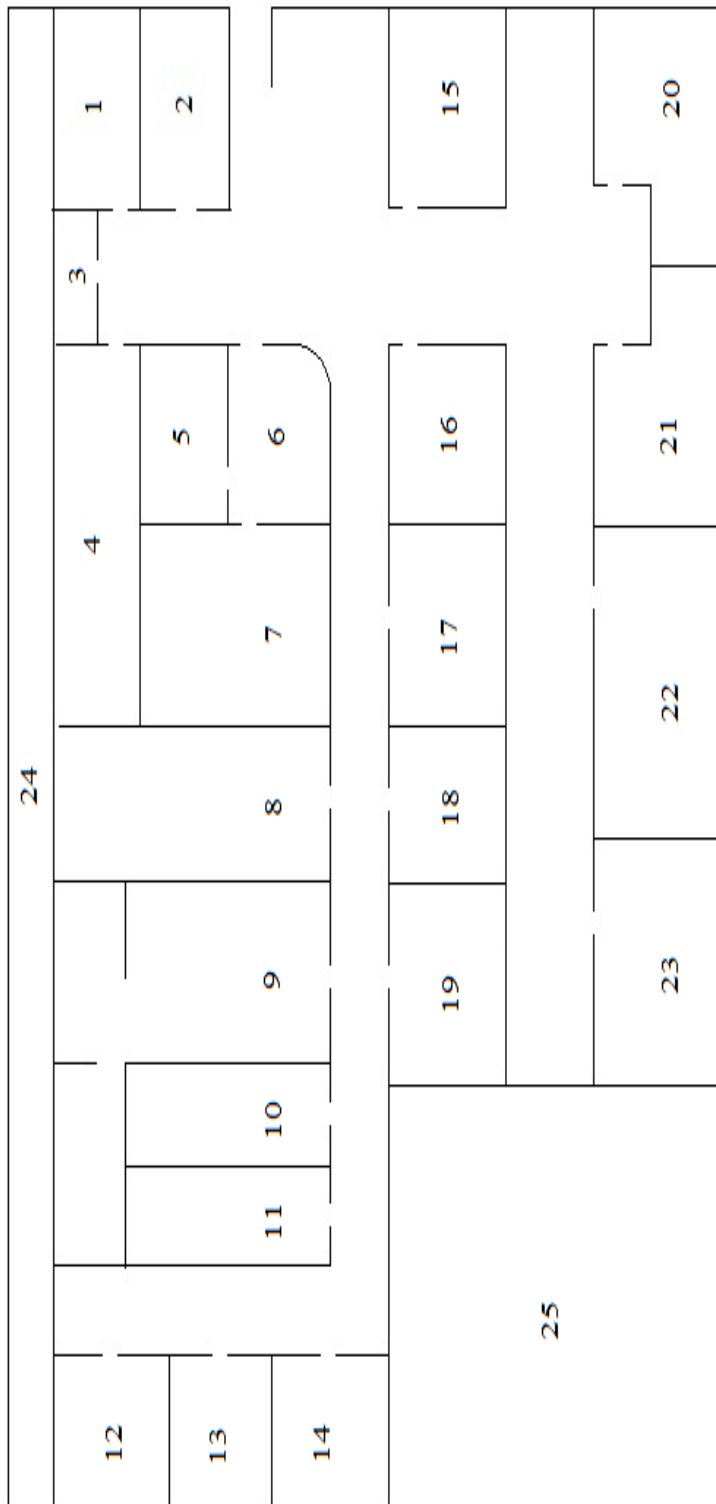
Cuenta con los servicios de: Medicina General, Emergencias, Laboratorio Clínico, Odontología, Obstetricia, Vacunación, Malaria, Trabajo Social, Farmacia, Control Sanitario, Atención a Trabajadoras Sexuales, Programa de control de tuberculosis.

5.5.2 INFRAESTRUCTURA

La Jefatura del Área de Salud No4. Atacames se encuentra ubicada en la cabecera cantonal en las calles Rafael Palacios y Olmedo, dentro de la parroquia Santa Rosa de Atacames. Es un área de Salud de primer nivel.

La unidad operativa estudiada cuenta en su planta con cuatro consultorios de medicina general, donde se presta atención a pacientes con morbilidades y control del niño sano; dos consultorios de Obstetricia; uno de Ginecología donde se realiza atención a la mujer; un consultorio Odontológico; y un consultorio para emergencias. Posee un área de estadística y archivos, donde se ubican todas las historias clínicas y materiales para ilustración; existe un laboratorio clínico, una sala de ecosonografía, una farmacia; cuenta con un pos consultorio para el programa Pan 2000 y otro para el seguimiento del programa de control de tuberculosis con la estrategia DOTS.

GRAFICO # 2
INFRAESTRUCTURA



- | | | |
|---------------------------|--|---------------------|
| 1. Jefatura de Enfermería | 10. Consultorio de Ginecología y obstetricia 1 | 19. Insumos. |
| 2. Farmacia | 11. Consultorio de Ginecología y obstetricia 2 | 20. Consultorio 1 |
| 3. Bodega | 12. Residencia de Médicos. | 21. Consultorio 2 |
| 4. Laboratorio | 13. Consultorio de Ginecología y obstetricia 3 | 22. Consultorio 3 |
| 5. Estadística | 14. Consultorio de Ginecología y obstetricia 4 | 23. Consultorio 4 |
| 6. Información | 15. Preparación. | 24. Administración. |
| 7. Archivo | 16. Vacunación. | 25. Jardín. |
| 8. Consultorio Dental. | 17. Emergencia. | |
| 9. DOTS. | 18. Pan 2000 | |

Elaborado por: María José Ganán
Fuente: Centro de Salud Atacames.

5.5.3 RECURSOS MATERIALES

El Centro de Salud Atacames cuenta con el siguiente instrumental.

CUADRO # 3
EQUIPO BÁSICO DEL CENTRO DE SALUD ATACAMES, JULIO 2010.

MATERIAL DE ESCRITORIO	APARATOS DE ATENCIÓN	MATERIAL INSTRUMENTAL	MATERIALES VARIOS
<ul style="list-style-type: none"> • Escritorios metálicos • Vitrinas metálicas • Papelería • Estanterías • Franelógrafo • Gabinete instrumental • Máquina de escribir • Computadoras • Impresoras • Sillas • Bancas • Taburetes • Fichero de historias • Archivador • Basureros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Báscula de recién nacido • Mesa de exámenes con gradillas • Mesas ginecológicas • Mesa pediátrica con paidómetro • Mesa de curaciones • Mesa Mayo • Balanzas de adulto • Balanza pediátrica • Tallímetro • Lámparas cuello ganso • Refrigeradora • Autoclave • Tensiómetros • Fonendosco_ pio • Equipo de rayos X • Sillón dental • Coches de curación 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo de diagnóstico • Equipo de resucitación • Equipo de curaciones • Equipo de ginecología y planificación familiar • Equipo de sutura • Equipo odontológico • Martillo neurológico • Linterna de mano • Tambor de gasa • Tunderos • Tijera de gasa • Semiluna • Bided de acero • Bandejas de acero • Baldes • Termos de vacunas • Morteros 	<ul style="list-style-type: none"> • Cocineta a gas • Material desinfectante • Material de limpieza • Medicamentos varios • Recolectores de orina y heces para autogestión

FUENTE: Centro de Salud Atacames.

ELABORADO: María José Ganán M.

5.5.4 RECURSOS HUMANOS

El recurso humano representa un instrumento esencial para conseguir los fines que establece los programas de salud siendo organizaciones dinámicas empeñadas en una tarea trascendente para el desarrollo de un pueblo.

El adiestramiento del recurso humano resulta hoy de gran importancia para lograr la eficacia de los servicios y de los propósitos de los programas de salud debido a que se encuentran grandes problemas para satisfacer las necesidades ante las crecientes demandas, la especialización del trabajo, el crecimiento de las organizaciones y sobre todo la marcada escasez de recursos.

Es por eso que el recurso más importante de la organización es el hombre, de la eficiencia con que desarrolle sus actividades dependerá de gran medida el cumplimiento de sus objetivos.

En el Centro de Salud Atacames prestan atención: médicos, odontólogos, obstetras, enfermeras y auxiliares de enfermería y odontología, tanto rurales como el personal de planta; la dirección del mismo está a cargo del médico Gerente del Área de Salud, el Dr. Horacio Drouet Aparicio.

Las funciones y actividades que cumple el personal de Salud son:

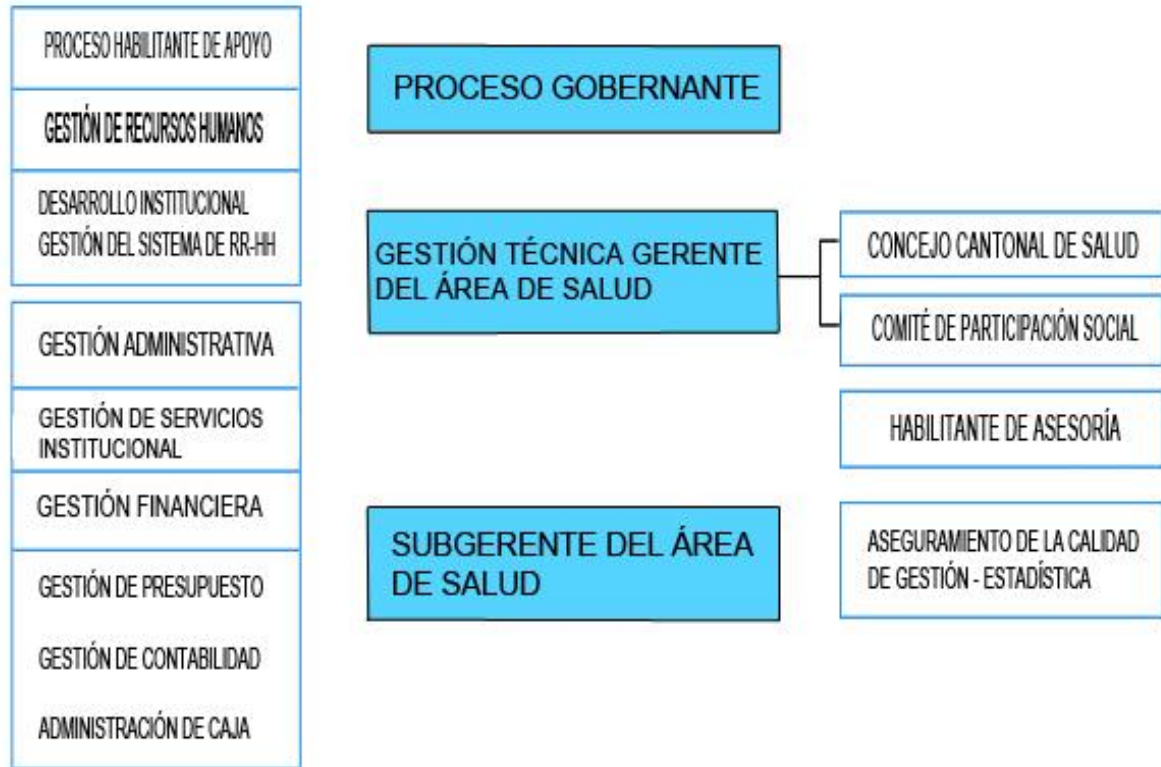
- Médico: Es quien presta atención integral de medicina general: a niños y adultos, hombres y mujeres; realizan control del niño sano, y están en el programa EBAS del gobierno.
- Enfermera: Desempeña un rol muy importante tanto en la institución, en todas sus áreas, como en la comunidad que se encarga de la promoción y prevención de salud; programa las

campañas de los programas que propone el MSP, vacunación, DOTS, PAN 2000 y más.

- Odontólogo: Atiende a todas las personas que tengan problemas odontológicos: hombres, mujeres, niños o adultos; este servicio cuenta con su propia auxiliar.
- Ginecólogo y Obstetrix: Realiza el control del embarazo, post parto, planificación familiar, atención de enfermedades de la mujer, toma de Papanicolaou. En este departamento trabajan solo mujeres, y la población se encuentra a gusto con la atención que brindan.
- Auxiliar de Enfermería: ayuda en la toma de signos vitales, preparación del paciente y más.

A continuación se presenta el Flujo de Proceso del Área # 4, Atacames.

GRAFICO # 3
FLUJO DE PROCESO DEL ÁREA # 4 DE ATACAMES



VALOR AGREGADO					
Preciado Angulo CALIFICACIÓN DE DEMANDA Y OFERTA	OPERATIVISACIÓN CONTROL Y MEJORAMIENTO DE NORMAS DE SALUD PÚBLICA		OPERATIVISACIÓN, CONTROL Y MEJORAMIENTO DE NORMAS DE SERVICIO DE SALUD	VIGILANCIA SANITARIA LOCAL	
	PROMOCIÓN DE SALUD	EPIDEMIOLOGÍA	CONSULTA EXTERNA	EMERGENCIA	SERVICIOS TÉCNICOS COMPLEMENTARIOS
	SUBCENTRO DE SALUD		-Médico -Odontólogo -Obstetiz -Enfermera -Aux. de Enfermera	-Médico -Odontólogo -Obstetiz -Enfermera -Aux. de Enfermera	-Laboratorio -Trabajo Social -Farmacia -Consejería -Vacunación
	ADMINISTRADOR DE SUBCENTRO				
	SALUD PÚBLICA	CONSULTA EXTERNA	EMERGENCIA		

FUENTE: Centro de Salud Atacames.

ELABORADO: María José Ganán M.

5.5.5 RECURSO FINANCIEROS

Un recurso es un medio, de cualquier clase, que permite obtener algo que se pretende. El dinero, por ejemplo, es un recurso indispensable para comprar una casa. Las finanzas, por otra parte, hacen referencia a los bienes, los caudales y la circulación del dinero.

Esto nos permite afirmar que los recursos financieros son “el efectivo y el conjunto de activos financieros que tienen algún grado de liquidez”³⁸. Es decir, que los recursos financieros pueden estar compuestos por:

- ◇ Dinero en efectivo
- ◇ Préstamos a terceros
- ◇ Depósitos en entidades financieras
- ◇ Tenencias de bonos y acciones
- ◇ Tenencias de divisas

La administración de los recursos financieros debe planificar el flujo de fondos de modo que se eviten situaciones en las que no se puedan financiar las actividades productivas, asegurándose de que los egresos de fondos puedan ser financiados, y que se eviten elevados costos de financiamiento.

El control de presupuesto es fundamental en este aspecto, dado que permite tener una idea de las entradas y salidas de efectivo en un período futuro, y al finalizar el período poder realizar un control sobre el mismo.

5.5.5.1 Financiación del MSP

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador recibe un presupuesto anual por parte del estado mediante el Ministerio de Finanzas. Este

³⁸Finanzas. Recursos Financieros. En línea 18/03/10

<<http://www.zonaeconomica.com/recursos/financieros>> Fecha de consulta 15/03/11.

presupuesto viene de Fuente fiscal, donaciones y transferencias no reembolsables.

A continuación se hace un Análisis del presupuesto 2010 del MSP.

CUADRO # 4

Presupuesto 2010 asignado al Área # 4 del cantón Atacames.

<u>DESCRIPCIÓN</u>	<u>ASIGNADO</u>	<u>MODIFICADO</u>	<u>CODIFICADO</u>	<u>SALDO POR CERTIFICAR</u>	<u>COMPROMETIDO</u>	<u>DEVENGADO</u>	<u>PAGADO</u>	<u>SALDO POR COMPROMETER</u>	<u>SALDO POR DEVENGAR</u>	<u>SALDO POR PAGAR</u>
GASTOS EN PERSONAL	200.969,00	67.735,68	28.870,488	0,00	72.194,54	72.194,54	72.194,54	196.510,14	196.510,14	0,00
BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMOS	526.157,19	0,00	526.157,19	22.225,95	125.270,53	99.393,01	82.828,74	378.660,71	426.764,18	16.564,27
OTROS GASTOS CORRIENTES	7.665,08	0,00	7.665,08	0,00	0,00	0,00	0,00	7.665,08	7.665,08	0,00
TRANSFERENCIAS Y DONACIONES CORRIENTES	6.532,02	0,00	6.532,02	0,00	2.176,96	2.176,96	2.176,96	4.335,06	4.335,06	0,00
BIENES Y SERVICIOS PARA INVERSIÓN	0,00	28.519,02	28.519,02	0,00	0,00	0,00	0,00	28.519,02	28.519,02	0,00
TOTAL	741.323,29	96.254,02	837.577,99	22.225,95	199.642,03	173.764,51	157.200,24	615.710,01	663.813,48	16.564,27

FUENTE: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

ELABORADO: María José Ganán M.

5.5.5.2 Costos

Los costos calculados son los costos recurrentes o de operación, pues el empleo de los costos de capital necesitaría un esfuerzo adicional, que no se precisa por el momento. Además debe considerarse que para la toma de decisiones, es en los gastos de operación en donde los administradores o gerentes de servicios pueden intervenir rápidamente para mejorar la eficiencia y reducir costos.

La unidad de salud no tiene una lista de costos fija, ya que se están realizando cambios administrativos.

5.5.6 SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Un sistema de información es un conjunto de elementos orientados al tratamiento y administración de datos e información, organizados y listos para su posterior uso, generados para cubrir una necesidad u objetivo. Dichos elementos formarán parte de alguna de estas categorías:

- Personas.
- Datos.
- Actividades o técnicas de trabajo.
- Recursos materiales en general (típicamente recursos informáticos y de comunicación, aunque no tienen por qué ser de este tipo obligatoriamente).

Todos estos elementos interactúan entre sí para procesar los datos (incluyendo procesos manuales y automáticos) dando lugar a información más elaborada y distribuyéndola de la manera más adecuada posible en una determinada organización en función de sus objetivos.

5.5.6.1 Sistema de Información del CS Atacames

En el Centro de Salud Atacames, el Sistema de Información se encuentra formado por varios elementos que se describen a continuación:

Computadores: al igual que en la mayoría de nuestro país aún no se cuenta con tecnología avanzada la grado de la telemedicina, como lo propone el gobierno, sin embargo si se encuentran computadoras en cada servicio administrativo.

Una de estas computadoras se la ubica en la sección de archivo y es una de las importantes en función de que en la misma se registran todas las Historias Clínicas de los pacientes del CS Atacames.

Historias Clínicas: Las HCL. se mantienen dentro de varios archivadores, estos se clasifican según su número, aunque algunas historias están apartadas ya que pertenecen a usuarios que ya no frecuentan este CS.

Varias historias clínicas son manejadas por los determinados programas, por ejemplo el DOTS maneja las historias clínicas de cada uno de sus pacientes, lo mismo sucede el programa del VIH; cabe recalcar que estas historias clínicas también se encuentran registradas en la computadora del archivo.

5.5.7 GESTIÓN DE MEDICAMENTOS

Ampliar el acceso a los medicamentos, mediante una adecuada gestión de los mismos, es una prioridad mundial y debe verse dentro del contexto de la importancia del derecho a la salud para todos y el reconocimiento que se le ha otorgado a este.

Es importante recalcar que una de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (número 17), destaca la necesidad de "proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo". Aproximadamente 2.000 millones de personas o sea, un tercio de la población mundial, todavía no tienen acceso a medicamentos de calidad y asequibles.

Otro aspecto que se ha observado en esta materia es el continuo aumento del número y la variedad de otros productos farmacéuticos, especialmente los productos genéricos, los medios de diagnóstico y las vacunas que se producen en todo el mundo. Sin embargo, a pesar de estos avances, los medicamentos esenciales o básicos, no se consiguen fácilmente o se consiguen pero no están al alcance de los segmentos más pobres de la población.

El financiamiento insuficiente y los sistemas financieros inadecuados dan lugar al acceso inequitativo, y los sistemas de distribución mal desarrollados, por mala gestión de los medicamentos, obstaculizan la continuidad del abasto y la disponibilidad del producto. Además, la insuficiente capacidad de evaluación y reglamentación de los productos, así como su uso irracional, a menudo determina que no puede garantizarse el acceso a productos de calidad.

En nuestro país la gestión de medicamentos mejora continuamente, sin embargo aún existe desabastecimiento o sobreabastecimiento de productos en las diversas instituciones públicas, lo que ocasiona que las personas busquen el producto fuera de las mismas lo que ocasiona, en algunos casos, que la población no cumpla los tratamientos indicados.

5.5.7.1 Gestión de Medicamentos del MSP en Atacames

En el CS Atacames la gestión de medicamentos para los programas del MSP y sigue los lineamientos nacionales, es decir sigue el ciclo de la gestión farmacéutica que trata de:

- Selección del Medicamento.
- Adquisición del medicamento, esto lo realiza el Área.
- Distribución del Medicamento a las diferentes unidades de Salud.
- Uso de los medicamentos.

GRAFICO # 4
CICLO DE GESTIÓN FARMACEÚTICA



FUENTE: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

ELABORADO: María José Ganán M

5.5.8 PAQUETE DE ACTIVIDADES

El Centro de Salud Atacames ofrece atención, en consulta general, a niños y adultos, en obstétrica y ginecología, odontología, emergencia y laboratorio. La unidad de salud atiende a nacionales y extranjeros.

El CS Atacames maneja varios programas del MSP para brindar una mejor atención a los usuarios del mismo.

5.5.8.1 Programas que maneja la unidad de Salud

De acuerdo a la constitución de la República del Ecuador en su artículo 32 de la séptima sección dispone que:

La salud es un derecho que garantiza el Estado mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional³⁹.

El Ministerio de Salud Pública constituye la máxima autoridad de salud del país por lo que es el encargado de garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud y de formular y ejecutar los planes de programas nacionales de todo el sector salud y como parte de la política de gobierno, el priorizar la atención a los grupos más vulnerables, los programas que se mantienen en el centro de salud son los siguientes:

- **Maternidad gratuita y atención a la infancia**

En el Ecuador, las mujeres de 15 a 24 años de edad, constituyen más de la tercera parte (38 por ciento) de la población clasificada como de edad fértil (mujeres de 15 a 49 años de edad).

El impacto de la educación sexual en la mujer, se refleja en la fecundidad, en la salud de las madres y de los niños, en el conocimiento y uso de anticonceptivos, así como en la prevención y

³⁹ ASAMBLEA Nacional Constituyente. 2008. Constitución Política de la República del Ecuador. Ecuador pg.

control de las infecciones de transmisión sexual. Son las madres más educadas las que tienen hijos más sanos y mejor alimentados y son aquellas las que terminan al frente de la familia en el caso de hogares en donde no existe la figura del padre.

- **Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).**

Según las normas del MSP, se debe aplicar la primera dosis de la BCG al nacimiento, o cuando el parto ocurre a nivel extra-hospitalario, en la primera visita a un establecimiento de salud. Con respecto a polio y DPT / pentavalente, se considera inmunización completa si el niño ha recibido 3 dosis cada una al cumplir su sexto mes de vida. La norma para la aplicación de la vacuna contra el sarampión era a los 9 meses cumplidos, pero ahora la aplicación de esta vacuna o la SRP o SR es al cumplir el primer año de edad.

En muchos casos en personal de salud encuentra resistencia por parte de los padres de familia o de las mismas mujeres ya sea embarazadas o en edad fértil que muestran cierto tipo de resistencia, esto puede deberse al temor hacia la misma vacuna, hacia una mala práctica por parte del personal o por creencias populares difíciles de eliminar.

- **Programa de Control de Tuberculosis (PCT)**

Dentro del PCT y estrategia DOTS (Tratamiento Directamente Observado), en el segundo trimestre del año 2009 se tiene 78 % entre los sintomáticos respiratorios examinados vs los investigados.

Entre los Sintomáticos respiratorios examinados la proporción de BK positivos es de 3 en el segundo trimestre; mientras que en el primero era de 4.

La captación en el Centro de Salud, correspondiente al 2009 es de 1.5; 1.2; 1.3 respectivamente.

Los valores explícitos que se han encontrado:

SR en consulta en el CS 4688, los SR esperados son 234 y los identificados son 36 los examinados 28 y los BK + 3.

- **Programa de VIH y Detección Oportuna del Cáncer**

En el CS Atacames no se tiene estos programas activos, es decir que ellos no manejan pacientes con el VIH y que las pacientes que tengan una pequeña anomalía en su pap test, son receptados y luego los transfieren a las instituciones adecuadas para su diagnóstico y tratamiento.

5.5.9 DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA UNIDAD DE SALUD

5.5.9.1 Población de referencia

Se debe recordar que a este centro de salud acuden personas, de diversas edades, de todas las parroquias del cantón y también turistas.

En el centro de salud se registra el número de pacientes que fueron atendidos el primer semestre de 2010 correspondiente a los meses de enero, febrero, marzo, abril, mayo y junio.

Se brindó atención a 18628 en el primer semestre de 2010, es importante mencionar que también se atendió a 1759 pacientes en forma subsecuente.

5.5.9.2 Principales Causas de Morbilidad.

A continuación se Presenta un cuadro con las principales causas de morbilidad de la población que acude al CS Atacames.

CUADRO # 5
PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD

Morbilidad	Primera	Subsecuente	Total
Infecciones Respiratorias Agudas	4798	69	4867
Infección de vías urinarias	1875	155	2030
Parasitosis	1663	27	1690
Síndrome de Secreción Vaginal	1123	67	1190
Enfermedad Diarreica Aguda	878	9	887
Anemia	620	7	627
Síndrome Fébril	578	3	581
Dermatitis	476	79	555
Piodermitis	395	3	398
Amenorrea Secundaria	304	2	306

FUENTE: Centro de Salud Atacames.

ELABORADO: María José Ganán M

Análisis: En este cuadro se observa que las principales enfermedades que sufren los pobladores del área #4 de Atacames son las Infecciones Respiratorias Agudas, dejando ver los problemas que causan estas enfermedades como lo son, el hacinamiento, cambio de temperatura, y otros más.

CUADRO # 6

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DEL AREA No.4 ATACAMES DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL AÑO 2010

CONSULTAS POR GRUPOS DE EDAD

MORBILIDADES	< 1 año		1 - 4 años		5 - 14 años		15 - 44 años		45 y más		Total	
	Primeras	Subsec.	Primeras	Subsec.	Primeras	Subsec.	Primeras	Subsec.	Primeras	Subsec.	Primeras	Subsec.
Cod. CIE-10												
1 J.22 INF. RESP. AGUDA	1082	30	1789	66	1044	26	662	18	221	6	4798	146
2 N.39.0 INF. VIAS URINARIAS	23	0	90	7	215	30	1242	208	305	45	1875	290
3 B.82.9 PARASITOSIS	9	0	552	10	752	24	260	9	90	3	1663	46
4 N.89.8 SINDROME SEC. VAGINAL	0	0	8	0	30	2	999	125	86	9	1123	136
5 A.09 ENF. DIARREICA AGUDA	209	5	421	11	105	1	103	1	40	0	878	18
6 D.64.9 ANEMIA	14	1	75	17	136	16	318	127	77	13	620	174
7 R.50.9 SINDROME FEBRIL	68	0	164	1	173	2	123	0	50	0	578	3
8 L.30.9 DERMATITIS	101	1	179	4	87	3	87	0	22	1	476	9
9 L.08.0 Piodermitis	69	0	234	9	66	2	16	0	10	0	395	11
10 N91.2 AMENORREA SECUNDARIA	0	0	0	0	23	1	276	19	5	0	304	20
11 I.10 HIPERTENSION ARTERIAL	0	0	0	0	0	0	61	41	240	268	301	309
12 R51 SIND. DOLOR ABDOM. BAJO	1	0	24	1	42	0	61	0	41	1	169	2
13 L02.9 ABCESOS	24	2	44	3	28	2	40	1	21	0	157	8
14 R51 CEFALEA TENSIONAL	0	0	0	1	15	0	78	5	46	3	139	9
15 T14.1 HERIDAS	1	0	11	1	44	0	47	1	21	0	124	2
16 E46 DESNUTRICION	8	2	41	8	22	1	21	0	0	0	92	11
17 N70.9 ANEXITIS	0	0	1	0	0	0	83	10	7	0	91	10
18 T14.1 IMPÈTIGO	14	0	48	0	18	0	0	0	0	0	80	0
OTRAS	295	8	615	28	778	34	1966	291	1111	194	4765	555
SUBTOTAL												
TOTAL											18628	1759

FUENTE: Centro de Salud Atacames
ELABORADO: María José Ganán M.

ANÁLISIS DEL CUADRO:

- **Menores de 1 año:**

Se observa que la principal y el mayor riesgo biológico que se presentan en el cantón Atacames son las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS, se da por repercusión de una serie de contaminantes ambientales) con un 56,4% que equivale a 1082 niños que acudieron al centro de salud, como segunda prioridad se encuentran las enfermedades diarreicas agudas (EDAS, siendo su principal causa la falta de acceso a servicios básicos, como el agua y el alcantarillado), que corresponde al 10,9% es decir 209 niños.

- **De 1 a 14 años:**

También se indica que la principal causa de morbilidad para los niños de 1 a 14 años son las IRAS correspondiente a 35,98% que equivale a 2833 casos; la segunda causa es la parasitosis con un 16,56% que corresponde a 1304 niños, sin embargo no se ha hecho diagnósticos diferenciales y se registra esto por exigencia de las madres y como descarga del medicamento; y la tercera causa son las EDAS que se dan en 526 niños que es el 6,68%, por las mismas causas del grupo de menores de un año.

- **De 15 a 44 años:**

La principal causa de morbilidad son las infecciones de vías urinarias (IVU) con un 19,3% que corresponde a 1242 personas, la segunda causa es el síndrome de secreción vaginal con un 15,5% que corresponde a 999 casos; estas dos enfermedades se

dan en su mayoría por infidelidad por parte de los esposos y el no utilizar protección durante las relaciones sexuales.

- **De 44 a más años:**

El mayor riesgo biológico o causa de morbilidad son las IU con un 12,7% que corresponden a 305 personas; dándose por las mismas características del grupo de 15 a 44 años. La segunda causa es la Hipertensión Arterial (HTA) con un 10% equivalente a 240 personas.

5.6 PROBLEMAS ENCONTRADOS EN LA COMUNIDAD ATACAMES

PROBLEMAS DE SALUD

- Alta incidencia de problemas respiratorios en niños menores de un año hasta los catorce años.
- Alta incidencia de infección de vías urinarias en personas, sobretodo en mujeres, desde los quince años en adelante.
- Alta prevalencia de parasitosis y enfermedades diarreicas en niños menores de un año hasta los cuatro años.

PROBLEMAS SOCIO CULTURALES

- Consumo excesivo de alcohol por parte de pobladores y turistas.
- Falta de cuidado infantil por parte de los progenitores
- Alta incidencia de madres adolescentes.
- Relaciones intrafamiliares deficientes.
- Desintegración del núcleo familiar

- Ausencia de zonas recreativas infantiles
- Alto grado de deserción escolar.

PROBLEMAS DEL AREA DE SALUD

- Falta de promoción y educación en salud.
- Falta de participación comunitaria.
- Falta de comunicación entre el equipo de salud del CS con los equipos de los SCS y la población.
- Falta de equipo básico en las áreas de: vacunación, emergencia y preparación.

PROBLEMAS AMBIENTALES

- Contaminación ambiental, por presencia de basura en las calles de la parroquia.
- Número elevado de población canina.

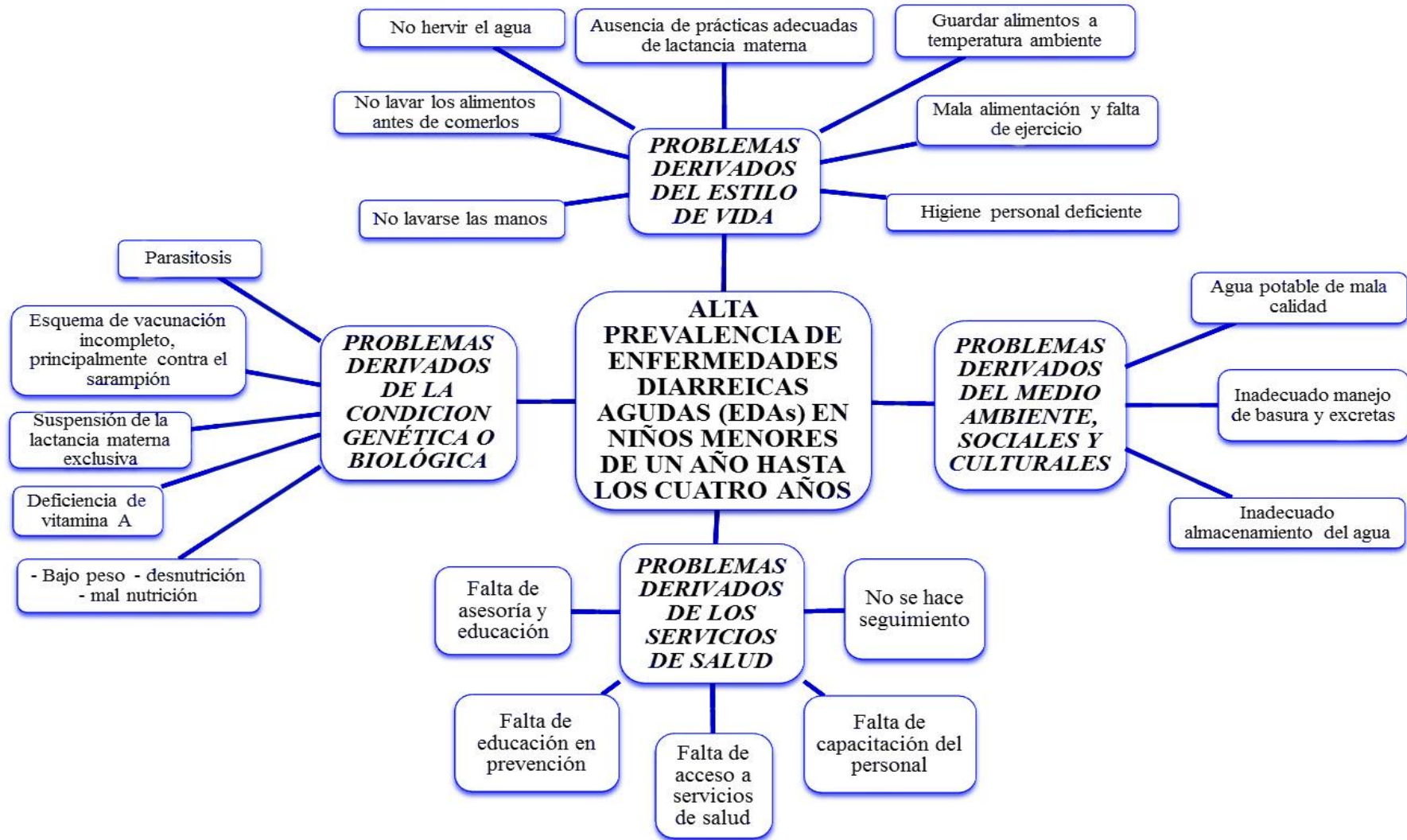
ÁRBOL DE PROBLEMAS



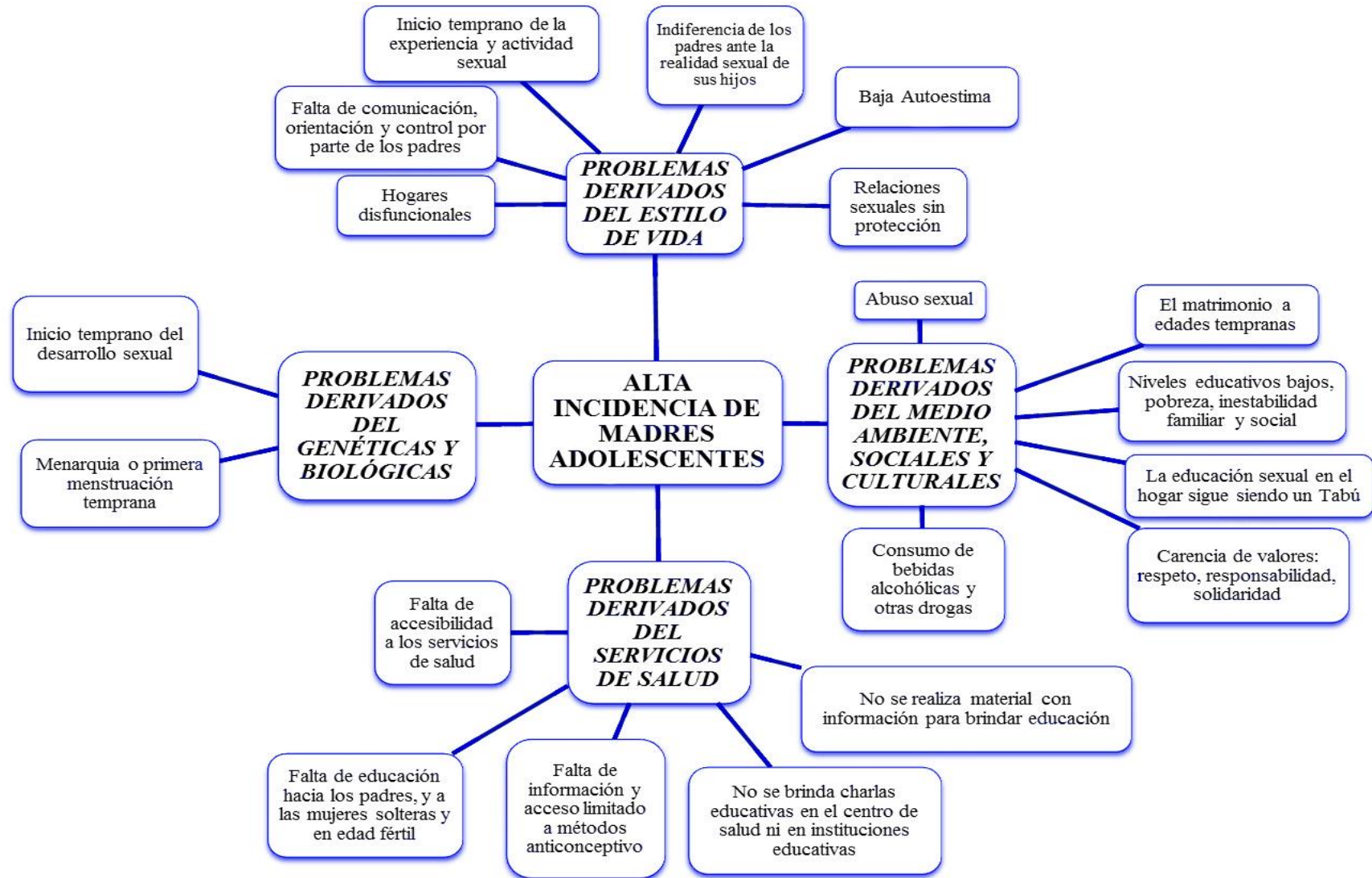
5.6.1 ÁRBOL DE PROBLEMAS

Los problemas se priorizaron y se realizó un árbol de problemas de cada uno de ellos.

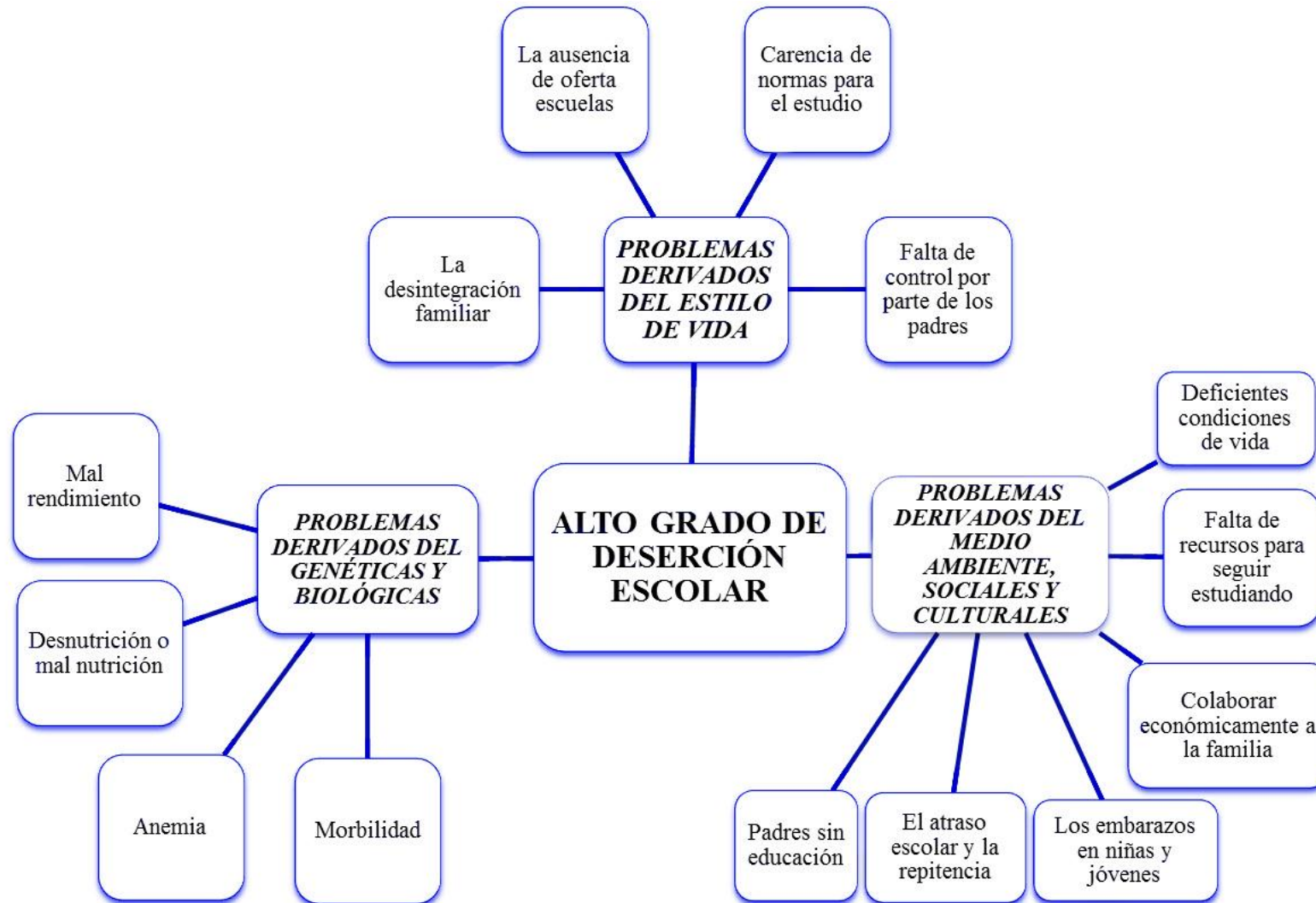
ÁRBOL DE PROBLEMAS



ÁRBOL DE PROBLEMAS



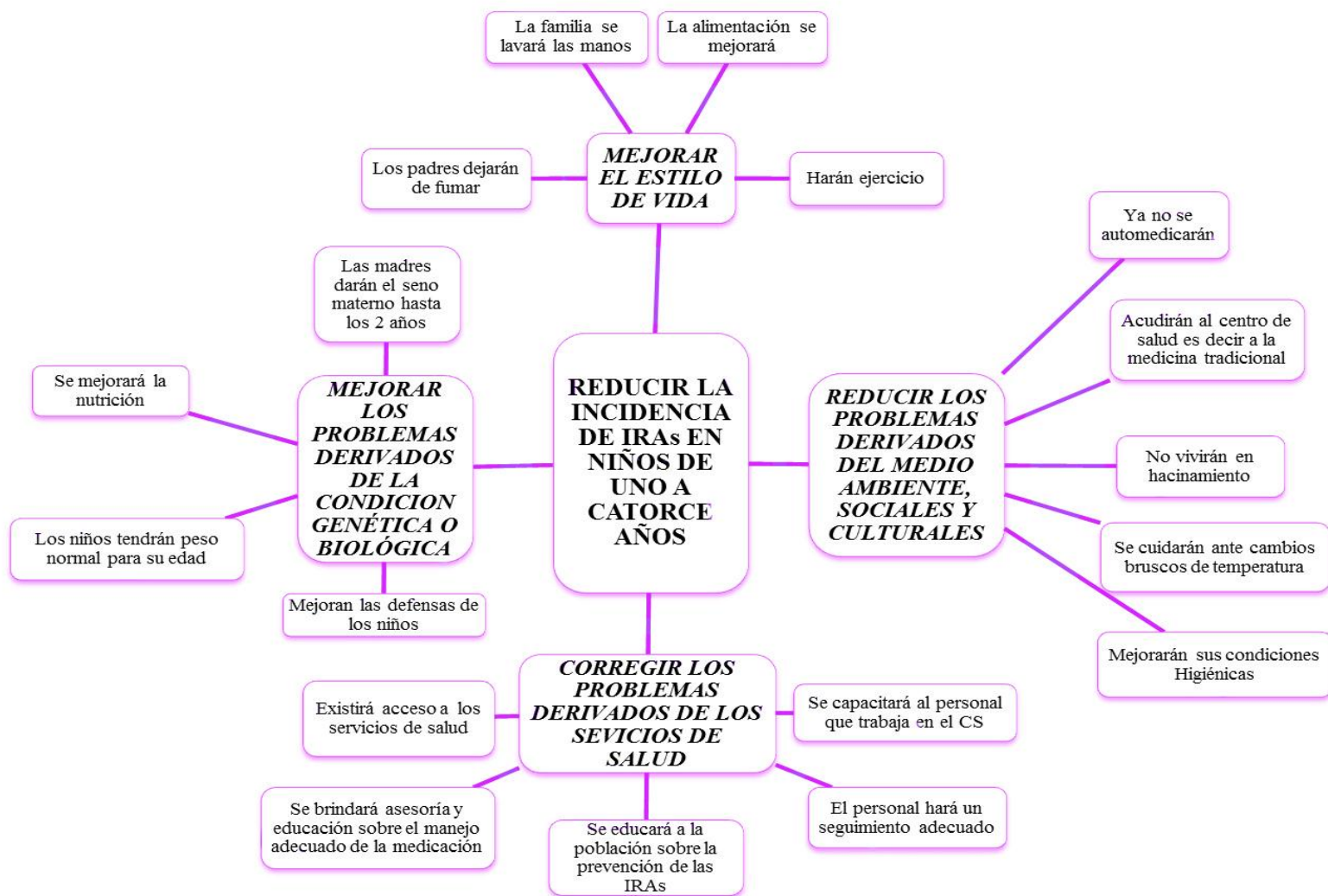
ÁRBOL DE PROBLEMAS



ÁRBOL DE PROBLEMAS



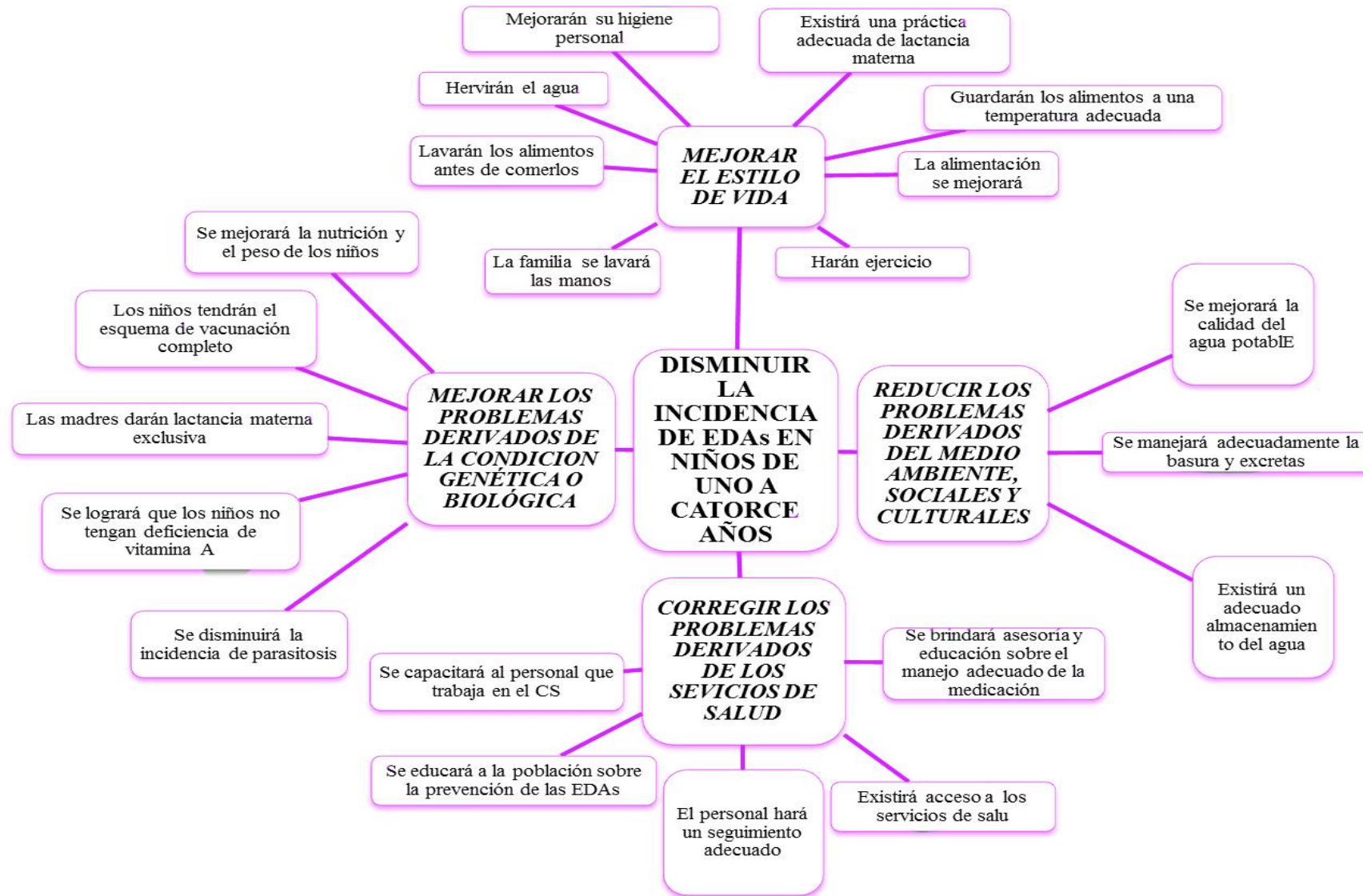
ÁRBOL DE OBJETIVOS



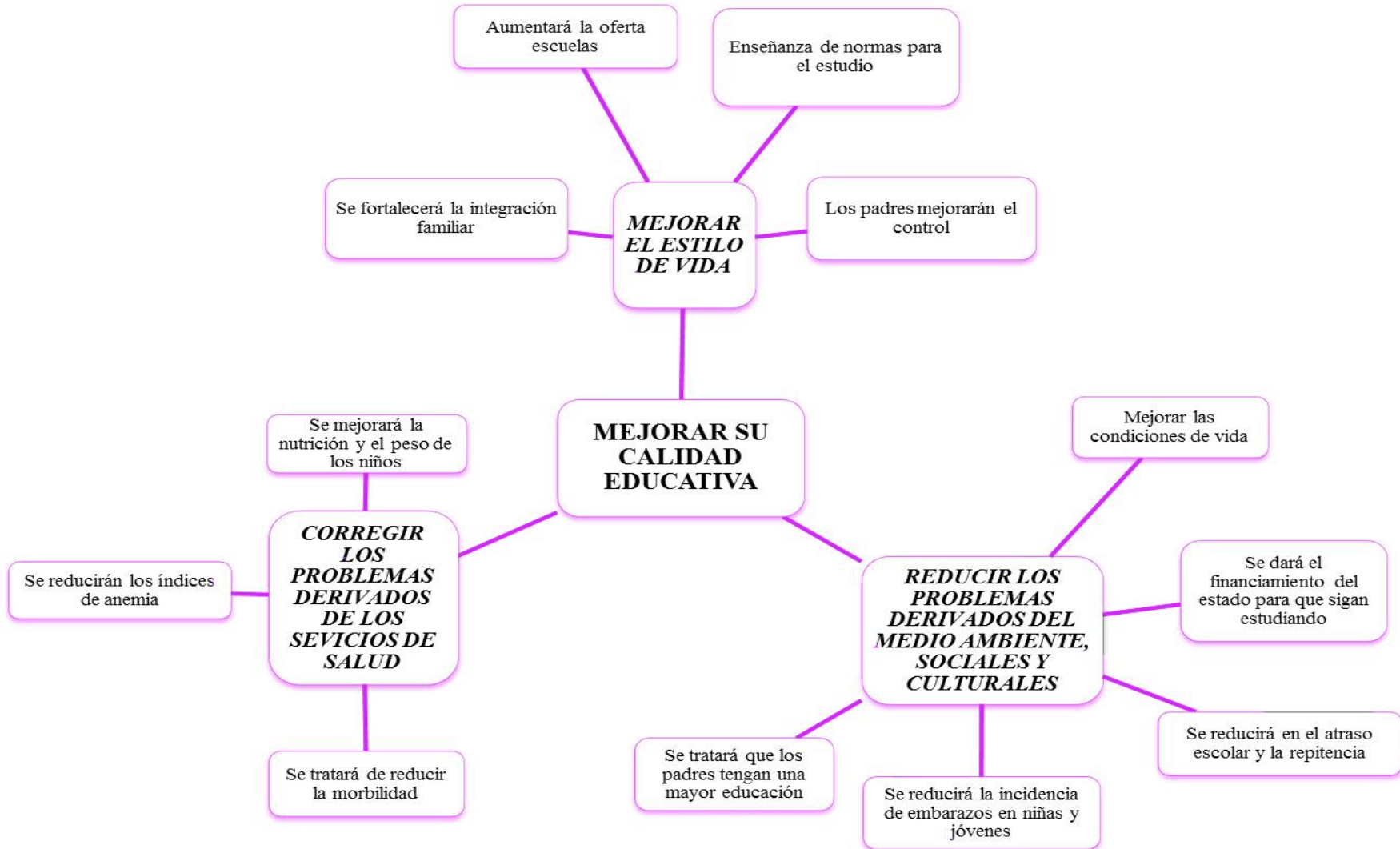
5.6.2 ÁRBOL DE OBJETIVOS.

En base a los problemas encontrados se han planteado los siguientes objetivos.

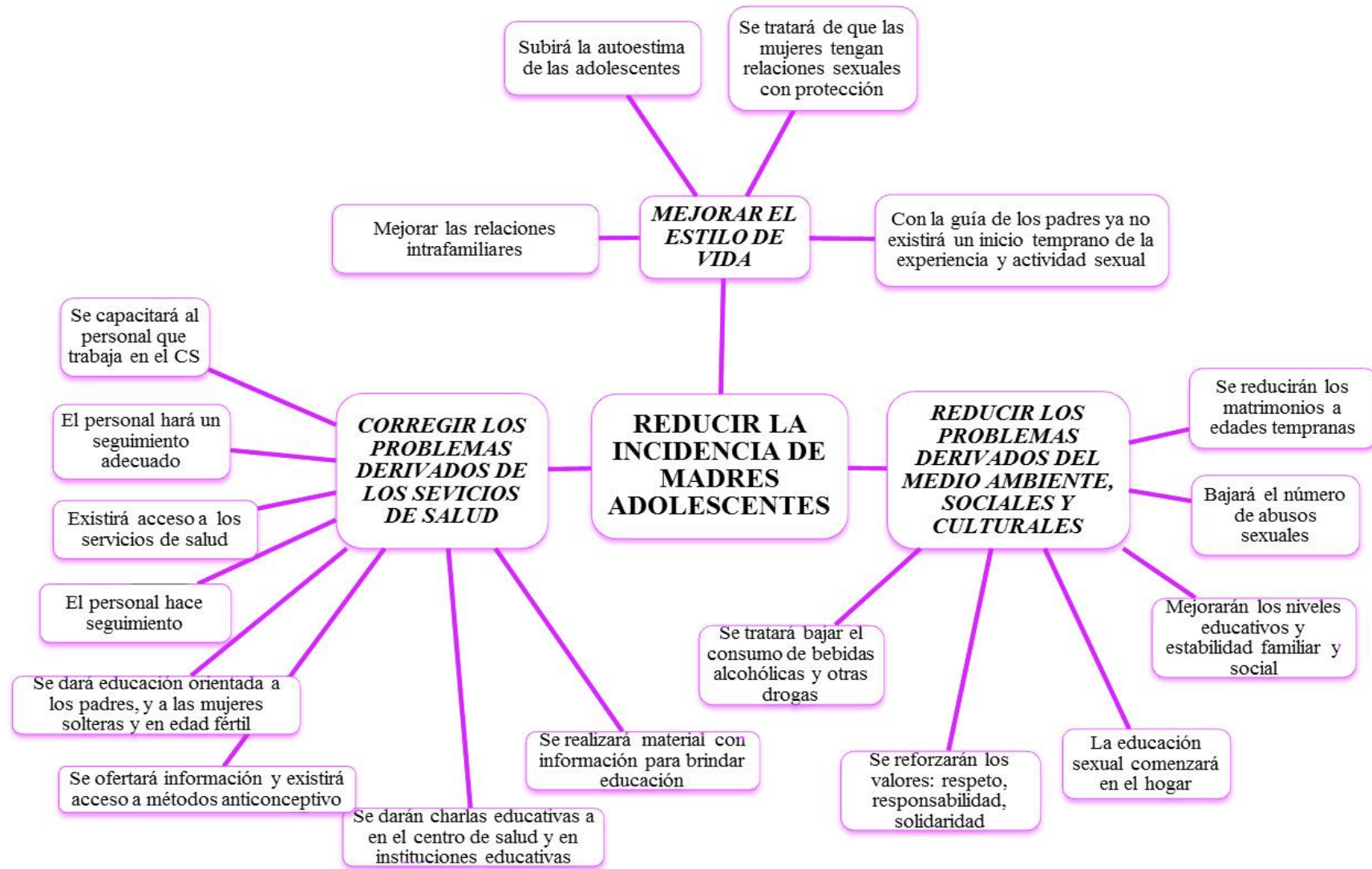
ÁRBOL DE OBJETIVOS



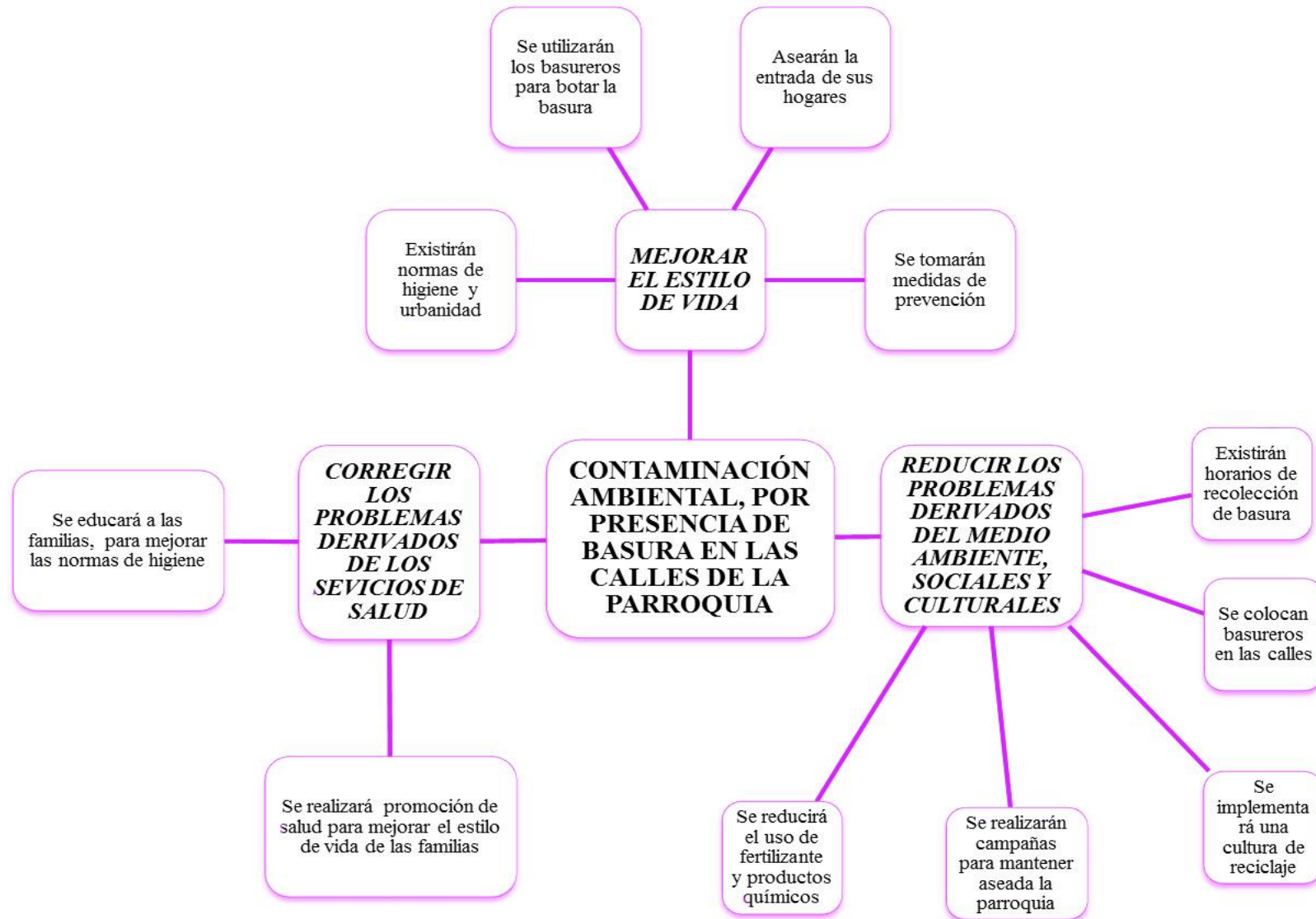
ÁRBOL DE OBJETIVOS



ÁRBOL DE OBJETIVOS



ÁRBOL DE OBJETIVOS



5.6.3 En base a los objetivos planteados anteriormente, se hace una propuesta de intervención con la metodología del Marco Lógico

PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN SEGÚN LA METODOLOGÍA DEL MARCO LÓGICO

ALTA INCIDENCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRAS) EN NIÑOS DE UNO A CATORCE AÑOS

OBJETIVOS	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN: Población de Atacames con mejor calidad de vida.			
PROPÓSITO: En los niños de 1 a 14 ha disminuido progresivamente la incidencia de IRAs.	Tasa de incidencia de IRAs en niños de 1 a 14 años en 2011	Registros del centro de Salud. Datos de los censos realizados recientemente.	Padres no colaboran con el cuidado de los niños.
RESULTADOS U OBJETIVOS ESPECÍFICOS: a) Educar a la población en la prevención de las IRAs, Higiene, Nutrición y sobre el Adecuado uso de la medicación. b) Mejorar el acceso a los servicios de salud. c) Disminuir la automedicación en la población.	$\frac{\text{Número de personas que asistieron}}{\text{Total de personas invitadas a la charla.}}$ Tasa de utilización del servicio de salud en menores de 14 años. $\frac{\text{Número de medicamentos expendidos con recetas en las farmacias}}{\text{Total de medicamentos expedidos en las farmacias.}}$	Registros del centro de Salud. Datos de los censos realizados recientemente.	Las personas no asisten ni colaboran.
ACTIVIDADES: Objetivo a). <ul style="list-style-type: none"> • Convocar a la charla. • Preparar material. • Adecuar sala de charlas. • Ejecutar la charla 	<ul style="list-style-type: none"> • Charla ejecutada. 	Registros del dentro de Salud. Datos de los censos realizados recientemente.	

<ul style="list-style-type: none"> ○ Explicación de la temática, ○ Realizar trabajos en grupo, ○ Responder a las dudas. <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar <p>Objetivo b)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificar un proyecto que ayude a mejorar la accesibilidad a los Servicios de Salud. • Exponer el proyecto ante el directorio del CS y el área de salud. • Ejecutar el proyecto al municipio. • Trabajar conjuntamente con el municipio para mejorar las vías de acceso a los Servicios de salud. <p>Objetivo c)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educar a la población mediante charlas educativa. • Realizar convenios con el municipio, para que se prohíba la venta de medicamentos que no se pidan con receta y sancionar a quienes los vendan sin la misma. • Capacitar al personal de las farmacias para que no vendan medicamentos sin receta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proyecto planificado. • Proyecto Ejecutado • Calidad de vías de acceso • <u>Número de personas que asistieron</u> xF Total de personas invitadas a la charla. • Número de personas que asisten a la capacitación. 	<p>Registros del dentro de Salud. Datos de los censos realizados recientemente. Datos del municipio.</p> <p>Registros del dentro de Salud. Datos de los censos realizados recientemente. Datos del municipio.</p>	<p>Que existan problemas civiles, de marchas o protestas.</p> <p>Enfermedad Grave.</p> <p>Al municipio no le interesa el proyecto.</p> <p>Las personas no asisten.</p>
---	---	---	--

PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN SEGÚN LA METODOLOGÍA DEL MARCO LÓGICO

ALTA PREVALENCIA DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDAs) EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO HASTA LOS CUATRO AÑOS

OBJETIVOS	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN: Población de Atacames con mejor calidad de vida.			
PROPÓSITO: En los niños menores de 1 año hasta los 4 años ha disminuido progresivamente la incidencia de EDAs.	Tasa de incidencia de EDAs en niños de 1 a 14 años en 2011	Registros del centro de Salud. Datos de los censos realizados recientemente.	Desastres naturales. Padres no colaboran con el cuidado de los niños.
RESULTADOS U OBJETIVOS ESPECÍFICOS: a) Realizar charlas educativas sobre: Prevención de las EDAs, Higiene y Nutrición. b) Hacer campañas de desparasitación en los diferentes centros educativos de la parroquia. c) Mejorar la calidad del agua.	<u>Número de personas que asistieron</u> x F Personas invitadas a la charla. Tasa de niños con parasitosis en el 2011 <u>Personas contaminadas por el agua</u> x F Personas de la parroquia.	Registros del centro de Salud. Datos de los censos realizados recientemente.	Las personas no asisten. Falta de medicamentos. El municipio no colabora.
ACTIVIDADES: Objetivo a). <ul style="list-style-type: none"> • Convocar a la charla. • Preparar material. • Adecuar sala de charlas. • Ejecutar la charla <ul style="list-style-type: none"> ○ Explicación de la temática, 	<ul style="list-style-type: none"> • Charla ejecutada. 	Registros del centro de Salud. Datos de los censos realizados recientemente.	Las personas no asisten.

<ul style="list-style-type: none"> ○ Realizar trabajos en grupo, ○ Responder a las dudas. ● Evaluar <p>Objetivo b)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Presentar un plan de campaña. ● Coordinar con el equipo de salud el cronograma de visita a las instituciones educativas. ● Informar a la población la correcta forma de desparasitarse ● Llevar un control de seguimiento para los niños con parasitosis. <p>Objetivo c)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Lograr un acuerdo con el municipio para que se realice una investigación sobre la calidad del agua de Atacames ● Llamar a especialistas para que hagan los estudios al agua. ● Según los resultados, lograr que el agua sea tratada de mejor manera, para que no sea fuente de contaminación para la población. ● Coordinar con el equipo de salud, según los resultados del estudio, la educación a la población sobre el uso correcto del agua potable. 	<ul style="list-style-type: none"> ● <u>Número de escuelas visitadas</u> x F Total de escuelas de Atacames ● Campaña planificada. ● Campaña ejecutada. <ul style="list-style-type: none"> ● Investigación realizada. ● Calidad del agua mejorada. 	<p>Registros del centro de Salud. Datos de los censos realizados recientemente. Datos del municipio.</p> <p>Registros del centro de Salud. Datos de los censos realizados recientemente. Datos del municipio.</p>	<p>Que existan problemas civiles, de marchas o protestas.</p> <p>Enfermedad Grave.</p> <p>Falta de medicamentos.</p> <p>El municipio no colabora.</p>
--	---	--	--

PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN SEGÚN LA METODOLOGÍA DEL MARCO LÓGICO
ALTA INCIDENCIA DE MADRES ADOLESCENTES

OBJETIVOS	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN: Población de Atacames con mejor calidad de vida.			
PROPÓSITO: En las adolescentes ha disminuido progresivamente la incidencia de embarazos.	Tasa de incidencia de adolescentes embarazadas en 2011	Registros del centro de Salud. Datos de los censos realizados recientemente.	Desastres Naturales. Padres no colaboran con el cuidado de los hijos.
RESULTADOS U OBJETIVOS ESPECÍFICOS: a) Educar a la población, padres y adolescentes, sobre la sexualidad, relaciones sexuales, métodos anticonceptivos, e higiene sexual o reproductiva mediante charlas educativas en el CS e instituciones educativas. b) Disminuir el consumo de bebidas alcohólicas.	<u>Número de personas que asistieron</u> xF Personas invitadas a la charla. Incidencia de alcoholismo en Atacames	Registros del centro de Salud. Datos de los censos realizados recientemente.	Las personas no asisten. El municipio no colabora.
ACTIVIDADES: Objetivo a). <ul style="list-style-type: none"> • Convocar a la charla. • Preparar material, no solo para las charlas, sino también de exhibición permanente. • Adecuar sala de charlas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Charla ejecutada. 	Registros del centro de Salud. Datos de los censos realizados recientemente.	Las personas no asisten.

<ul style="list-style-type: none"> • Ejecutar la charla <ul style="list-style-type: none"> ○ Explicación de la temática, ○ Realizar trabajos en grupo, ○ Responder a las dudas. • Evaluar <p>Objetivo b)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentar un plan o proyecto ante el área de salud y el Alcalde. • Coordinar acciones con el equipo de salud y el municipio. • Restringir el consumo de bebidas alcohólicas en espacios abiertos. • Colocar letreros en los que se indique la prohibición. • Poner multas a quienes no respeten la prohibición. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proyecto planificado. • Proyecto Ejecutado 	<p>Registros del centro de Salud. Datos de los censos realizados recientemente.</p>	<p>Al municipio no le interesa la participación.</p>
--	---	--	--

PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN SEGÚN LA METODOLOGÍA DEL MARCO LÓGICO
ALTO GRADO DE DESERCIÓN ESCOLAR

OBJETIVOS	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN: Población de Atacames con mejor calidad de educación.			
PROPÓSITO: En la parroquia Atacames ha disminuido progresivamente el grado de deserción escolar.	Tasa de deserción escolar en 2011	Registros del centro de Salud. Datos de los censos realizados recientemente.	Desastres Naturales. Padres no colaboran con el cuidado de los hijos.
RESULTADOS U OBJETIVOS ESPECÍFICOS: c) Educar a los padres, mediante charlas educativas, para fortalecer las normas de estudio. d) Realizar compañías para una buena nutrición.	<u>Número de personas que asistieron</u> Personas invitadas a la charla. Tasa de desnutrición en los niños, en el 2011	Registros del centro de Salud. Datos de los censos realizados recientemente.	Las personas no asisten.
ACTIVIDADES: Objetivo a). <ul style="list-style-type: none"> • Convocar a la charla. • Preparar material • Adecuar sala de charlas. • Ejecutar la charla 	<ul style="list-style-type: none"> • Charla ejecutada. 	Registros del centro de Salud. Datos de los censos realizados recientemente.	Las personas no asisten.

<ul style="list-style-type: none"> ○ Explicación de la temática, ○ Realizar trabajos en grupo, ○ Responder a las dudas. <ul style="list-style-type: none"> ● Evaluar <p>Objetivo b)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Presentar un plan de campaña. ● Coordinar con el equipo de salud el cronograma de actividades a realizarse en esta campaña ● Dar charlas educativas en busca de alternativas alimenticias. ● Explicar a los asistentes como preparar adecuadamente los alimentos. ● Realizar carteles explicativos, llamativos, que los usuarios de CS lean y comprendan con facilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Campaña planificada. ● Campaña ejecutada. 	<p>Registros del centro de Salud. Datos de los censos realizados recientemente.</p>	
---	--	--	--

PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN SEGÚN LA METODOLOGÍA DEL MARCO LÓGICO
CONTAMINACIÓN AMBIENTAL, POR PRESENCIA DE BASURA EN LAS CALLES DE LA PARROQUIA

OBJETIVOS	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN: Población de Atacames con mejor calidad de vida.			
PROPOSITO: En la parroquia Atacames ha disminuido progresivamente la contaminación ambiental.	Tasa de deserción escolar en 2011	Registros del centro de Salud. Datos de los censos realizados recientemente.	Desastres Naturales. Las personas no colaboran.
RESULTADOS U OBJETIVOS ESPECÍFICOS: e) Educar a los pobladores sobre normas de higiene en la comunidad mediante charlas educativas f) Iniciar reciclaje.	<u>Número de personas que asistieron</u> Personas invitadas a la charla. Número de familias que realizan reciclaje.	Registros del centro de Salud. Datos de los censos realizados recientemente.	Las personas no asisten.
ACTIVIDADES: Objetivo a). <ul style="list-style-type: none"> • Convocar a la charla. • Preparar material • Adecuar sala de charlas. • Ejecutar la charla <ul style="list-style-type: none"> ○ Explicación de la temática, ○ Realizar trabajos en grupo, 		Registros del centro de Salud. Datos de los censos realizados recientemente.	Las personas no asisten.

<ul style="list-style-type: none"> ○ Responder a las dudas. ● Evaluar <p>Objetivo b)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Presentar un plan de acción sobre el tema, ante el área y el Alcalde. ● Coordinar con el equipo de salud y el municipio las acciones que disminuirán la contaminación y empezarán una cultura de reciclaje como lo son: <ul style="list-style-type: none"> ○ Horarios para la recolección de basura. ○ Poner basureros en las calles, para cada tipo de basura. ○ Hacer campañas para el aseo de la parroquia. ○ Premiar a las personas que reciclen y multar a las que no. ● Educar a la población mediante charlas educativas sobre el uso de fertilizantes y el daño que ocasiona este. ● Realizar carteles explicativos, llamativos, que los usuarios de CS lean y comprendan con facilidad. 		<p>Registros del centro de Salud. Datos de los censos realizados recientemente.</p>	<p>Que existan problemas civiles, de marchas o protestas.</p> <p>Enfermedad Grave.</p> <p>El municipio no colabora.</p>
---	--	--	---

CONCLUSIONES

- Atacames posee una población de 11251 habitantes; la misma que es relativamente joven siendo en su mayoría comprendida entre los 15 y 59 años, es económicamente activa, con un número semejante de hombres y mujeres que contribuyen a la producción zonal y por ende del país.
- En Atacames la mayoría de jóvenes se encuentran estudiando; aunque existe un alto índice de deserción escolar; el nivel de instrucción general es de primaria completa y secundaria incompleta; favoreciendo de esta manera el área artesanal.
- De las ocupaciones que desempeñan los pobladores de Atacames el grupo que absorbe al mayor número de trabajadores de la población económicamente activa es el de artesanos y operarios.
- La parroquia Atacames se encuentran algunas deficiencias en cuanto a servicios básicos como lo son: el agua potable de mala calidad, solo el 13% de la población cuenta con alcantarillado para la eliminación de excretas; y existen problemas de recolección de la basura.
- En el CS Atacames podemos ver la ejecución de algunos de los programas del MSP del Ecuador como lo son: La maternidad gratuita, PAI, DOTS y otros.
- En la parroquia Atacames se encontraron varios problemas, y se priorizaron los siguientes: alta incidencia de IRAs, alta incidencia de EDAs, alta incidencia de madres adolescentes, el alto grado de deserción escolar y la contaminación ambiental.

- El CS de la parroquia no presta una atención de calidad con todas las características necesarias que ello implica como lo es la globalidad y la continuidad de la atención de salud, debido a que no se enfoca la prevención en salud y solo se ve lo biológico y curativo.
- En la parroquia Atacames no se da la participación comunitaria debido a la falta de liderazgo comunitario y del Sector Salud.
- Se utilizó las herramientas de árbol de problema y árbol de objetivos con la cual se elaboró una propuesta de intervención que es presentada como Marco lógico el mismo que apuntó las siguientes recomendaciones.

RECOMENDACIONES

- Que exista coordinación con las instituciones educativas y se realicen charlas educativas sobre educación sexual, higiene, nutrición, entre otros, para orientar a los niños y adolescentes sobre los principales problemas de salud y como evitarlos.
- Fomentar la importancia de la salud mental, impulsando la dotación de juegos recreacionales y parque en el sector, para contribuir a mejorar las relaciones interfamiliares.
- Impulsar la participación comunitaria para la creación de servicios básicos (alcantarillado) con el apoyo de una buena organización administrativa de la parroquia en beneficio de la población.
- Realizar reuniones poblacionales conjuntamente con el sector salud para determinar necesidades y buscar alternativas de solución.
- Realizar una investigación sobre la calidad del agua potable, para que así se puedan tomar medidas correctivas al problema en beneficio de pobladores de la parroquia.
- Se recomienda la aplicación de este marco lógico, de acuerdo a las necesidades contextuales de la parroquia.

BIBLIOGRAFÍA

- Dr. Sanches Ceferino.2001.Manual de Investigación. (4ta edición). Buenos – Argentina.
- Carmita Cárdenas y Jessenia Zambrano. 2001. Estudio de caso de la Parroquia Veracruz. Quito- Ecuador
- Jimena Sisa y Eliana Betancourt. 2000. Estudio del barrio “La Asunción”. Quito- Ecuador
- Margarita Moscoso. 2003. Estudio de caso del Casco urbano del Cantón Quero. Quito- Ecuador
- Jessenia Zambrano Cantuña.2006. Estudio de Caso de La Parroquia Atahualpa. Quito- Ecuador
- CONASA, MSP, MODERSA, OPS, UNFA. 2005. Sistema Nacional de Salud; Consejo Nacional de Salud: Guía metodológica para la conformación de Consejos Cantonales y Provinciales de Salud. Quito Ecuador.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2008. Perfi I de Sistema de Salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma, Washington, D.C.
- O.P.SD y O.M.S. 2008. Perfil de Sistema de Salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma, Washington, D.C.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. 2008. Sistema Nacional de Salud: Ecuador. Quito-Ecuador.

- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. 2010. Nuevo modelo de Atención Integral de Salud. Quito - Ecuador
- Constitución Ecuatoriana 2008: Art 358, 359, 360
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. 2010. Nuevo modelo de Atención Integral de Salud; Marco Teórico. Quito – Ecuador
- MSP. 2005. Sistema Nacional de Salud: Sistema Regionalizado de Salud. Quito Ecuador.
- Monzon Teresa. Diagnostico poblacional de Manabí. En línea 12/04/10
<<http://www.ong.enfermundi.com/proyectos/pdf>> Fecha de consulta 26/10/10
- Amipastor. Diagnóstico Situacional de las comunidades. En línea 12/04/10
<<http://www.monografias.comt>> Fecha de consulta 23/10/10
- Velázquez Enrique René. Diagnóstico Situacional. En línea 16/04/10
<<http://www.monografias.com/diagnostico.shtml>> Fecha de consulta 23/10/10
- MSP del Ecuador. Mortalidad y Morbilidad 2009. En línea 12/04/10
<<http://www.msp.gov.ec>> Fecha de consulta 28/10/10
- Universidad de Yucatán. Fuentes de Información. En línea 07/10/09
<<http://www.izimin.uady.mx/bibliotecahtml>> Fecha de consulta. 22/10/10
- SN. Tesis de campo. En línea 02/04/08
<<http://www.tdr.cesca.es.pdf>> Fecha de consulta 20/09/10
- SN. Investigación de Campo. En línea 02/04/10
<<http://www.Investigacion-deCampo>> Fecha de consulta 22/09/10
- SN. Atacames. En línea 07/10/09
<<http://www.enjoyecuador.net/>> Fecha de consulta. 22/09/10

- SN. Tasa de Mortalidad. En línea 10/04/10
<<http://www.indexmundi.com>> Fecha de consulta. 22/09/10
- SN. Investigación Descriptiva e Investigación de Campo. En línea 08/04/10
<<http://es.wikipedia.org/Investigacidescriptiva>> Fecha de consulta. 27/11/10
- SN. Investigación Descriptiva. En línea 29/11/06
<<http://noemagico.blogia.com>> Fecha de consulta. 28/11/10
- SN. Fuentes de información. En línea 07/10/09
<<http://www.unimar.edu.ve.html>> Fecha de consulta. 22/04/10
- SN. Niveles de Prevención en Salud. En línea 29/11/06
<<http://salud.tripod.com.pe/nivelesdeprevencion>> Fecha de consulta. 06/11/10
- SN. Niveles de Prevención en Salud Pública. En línea 13/11/09
<<http://nivelesdeprevenciondesaludpublica=ec>> Fecha de consulta. 06/10/10
- M.S.P. Niveles de Atención de Salud. En línea 16/01/10
<<http://www.msp.gov.ec>> Fecha de consulta. 06/10/10
- SN. Cuadro de Morbilidad según grupos de edad. En línea 05/03/08
<<http://www.cendeiss.sa.cr/cursos/cuarta.pdf>> Fecha de consulta. 06/10/10
- SN. Morbilidad por Edad. En línea 23/08/09
<<http://www.galeon.com/nutricion/htm>> Fecha de consulta. 06/10/10
- Salas Villadiego Benjamin. Diagnóstico Situacional. En línea 03/09/09
<<http://www.scribd.com/doc/210814>> Fecha de Consulta. 08/11/10
- OMS. Morbilidad en el Ecuador. En línea 23/08/09
<<http://www.paho.org/htm>> Fecha de Consulta. 08/10/10

- Europeaid. Diagnóstico situacional En línea 30/10/09
<http://www4.ensp.fiocruz.br/eventos_novo.doc> Fecha de Consulta.
08/11/10
- MSP del Ecuador. Nuevo modelo de Atención. En línea 12/04/10/
< <http://www.msp.gov.ec>> Fecha de consulta 28/09/10
- MSP. Niveles de Atención de Salud. En línea 16/01/10
<<http://www.msp.gov.ec/nivelesdeatención>> Fecha de consulta. 06/08/10
- Rodríguez F. Niveles de Prevención. En línea 25/08/09
<<http://www.rcm.upr.edu/Prevencion.pdf>> Fecha de consulta 25/11/10
- SN. Niveles de Prevención en Salud. En línea 29/11/06
<<http://salud.tripod.com.pe/prevencionensalud>> Fecha de consulta.
06/08/10
- MPH. Morales Bedoya Arturo. Historia natural de la enfermedad y Niveles de Prevención. En línea 05/05/09
< <http://niveles+de+prevencion>> Fecha de consulta 24/11/10
- Dr. Méndez Espinosa Eduardo. Niveles de Prevención de Leavel y Clark: Concepto y Esquema. En línea 16/01/10
<<http://www.scribd.com/niveles-de-prevención>> Fecha de consulta
06/09/10.