



ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DEL LITORAL

**Escuela de Postgrado en
Administración de Empresas**

**Programa de Gerencia en
Servicios de Salud**

Segunda Promoción

TRABAJO DE GRADUACION

Título del Trabajo:

**Estudio de factibilidad para la organización de una
red de servicios de salud en una área del Guasmo
de la ciudad de Guayaquil**

Realizado por:

**Dr. Freddy Vera Arteaga
Dra. María Elena Avilés Arce
Dr. José Ordoñez Ruiz**

Dirigido por:

Dra. Bessie Magallanes

Guayaquil - Diciembre, 1997



DP-01269

INDICE

AGRADECIMIENTOS	I
DEDICATORIAS	III
RESUMEN EJECUTIVO	4
JUSTIFICATIVO	6
1. ANTECEDENTES	8
1.1. ANALISIS SITUACIONAL DEL SECTOR SALUD EN EL ECUADOR	9
1.1.1. PARTICIPACION PUBLICA DE SALUD EN EL ECUADOR.....	9
1.1.2. PROBLEMAS DEL SISTEMA DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA.....	10
1.1.3. POLITICAS DE REFORMA DEL SECTOR SALUD	11
1.1.3.1. Sobre el origen de los problemas que aquejan al sector salud.....	12
2. OBJETIVO GENERAL.....	14
2.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS	14
3. MARCO TEORICO.....	14
3.1. LA TEORIA SISTEMICA	14
3.1.1. LA TEORIA DE SISTEMAS Y SU APLICACIÓN A LAS ORGANIZACIONES SOCIALES	14
* 3.2. LOS SISTEMAS DE SALUD	17
3.3. NUEVOS ESCENARIOS DE GESTION Y ENFOQUE DE REDES.....	18
3.3.1. ENFOQUE DE MOVILIZACION DE RECURSOS	20
3.3.2. EL ENFOQUE DE REDES	21
3.3.3. GESTION ASOCIADA Y MODELOS PARTICIPATIVOS	23
4. METODOLOGIA	25
* 4.1. DEFINICIÓN DEL ÁREA EN QUE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO DE FACTIBILIDAD	25
4.2. DEFINICION DE INDICADORES A UTILIZAR.....	25
4.2.1. INDICADORES BASICOS	26
4.2.2. INDICADORES ECONÓMICOS.....	26
4.2.3. INDICADORES ADMINISTRATIVOS	26

4.2.4. FACTORES SOCIOCULTURALES Y POLITICOS.....	26
4.3. DEFINICIÓN DE TÉCNICAS Y FUENTES DE INFORMACIÓN PRIMARIAS Y SECUNDARIAS.....	27
4.4. EL DISEÑO Y PRUEBA DE LOS INSTRUMENTOS	28
4.5. RECOLECCION DE DATOS.....	28
4.6. TABULACION DE DATOS Y ELABORACION DE CUADROS.....	29
5. ANALISIS DE RESULTADOS.....	31
5.1. DESCRIPCION DEL AREA.....	31
5.2. ACCESIBILIDAD Y CARACTERISTICAS FISICAS.....	32
5.3. OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA ZONA ESTUDIADA..	33
5.4. PERFILES EPIDEMIOLOGICOS	36
5.5. CARACTERISTICAS EDUCATIVAS Y SOCIOCULTURALES.....	39
5.6. ANÁLISIS DE LOS GRÁFICOS.....	40
5.6.1.ENCUESTA A USUARIOS (GRAFICOS)	41
5.6.2.ENCUESTA A DIRECTIVOS DE ORGANIZACIONES DE SALUD, ONG'S Y MEDICOS PRIVADOS.....	42
5.6.3.ENCUESTA A LIDERES DE LA COMUNIDAD.....	44
6. CONCLUSIONES	46
7. RECOMENDACIONES.....	48
8.BIBLIOGRAFIA	49
9. ANEXOS	51

AGRADECIMIENTOS

Queremos dejar constancia de nuestros sinceros agradecimientos a las organizaciones y personas que constituyeron un aporte valioso para la realización de nuestro trabajo de grado.

Al Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA) por el auspicio y más facilidades brindadas para nuestro estudio de post-grado, a su unidad operativa Centro de Rehabilitación # 2, a su personal por todo el apoyo ofrecido para la realización de dos de nuestros trabajos de módulos, a la Escuela Superior Politécnica del Litoral del Guayas y su escuela de post-grado en Administración de Empresas, cuyo liderazgo es fundamental en crear el espacio necesario para la capacitación del recurso humano que tiene a su haber la gran responsabilidad de aportar líneas de acción para el cambio.

A Servicios Médicos Cliniluque Ltda. Quienes nos brindaron las facilidades técnicas y administrativas adecuadas para estudios de investigación del post-grado con su unidad operativa Clínica Luque.

Junta de Beneficencia, por las facilidades brindadas en su Hospital Pediátrico Alejandro Mann, a todas las unidades del MSP que fueron consideradas para las encuestas dirigidas en el sector de El Guasmo.

A nuestros compañeros de trabajo quienes supieron comprender en todo momento nuestro esfuerzo y nos demostraron su solidaridad. Queremos expresar nuestro reconocimiento a la Ing. María Eugenia Solís, quien nos apoyó en todo momento, siendo a ratos parte de nuestro equipo de trabajo.

Al Dr. Ernesto Torres, Coordinador del post-grado y a la Dra. Bessie Magallanes nuestra tutora, quienes nos brindaron la orientación y estuvieron con nosotros en los momentos en que requerimos de su contingente.

A nuestros familiares quienes supieron comprender todas nuestras largas ausencias en éste maravilloso año de trabajo, dándonos muestras de su cariño, amor y solidaridad.

Finalmente si hemos omitido el nombre de las muchas personas que fueron parte de nuestro trabajo, queremos expresar a las mismas nuestro respeto y consideración por la comprensión para con nuestro esfuerzo de capacitación, sin ellos hubiera sido imposible que éste llegue a feliz término.

DEDICATORIAS

A mis queridos padres, por los valores y el tesón transmitidos, a mi esposa María Eugenia por su amor, comprensión y solidaridad. A mis hijos Freddy Stephano y Juan David, quienes constituyen el mejor regalo de Dios en mi familia.

Freddy

A mis padres por haberme transmitido el mensaje para la búsqueda del conocimiento, a mi esposa, a mis hijas María Verónica y Madelaine, y muy en especial a mis hermanos y amigos que han constituido un estímulo fuerte para avanzar.

José

A mi madre, en homenaje de amor y gratitud a su vida, su ejemplo y solidaridad.

A mi familia, mi esposo y mis hijos Ximena y Mario Xavier que pusieron el hombro sacrificando momentos de compañía y madurando en el esfuerzo de este año, reciban todo mi amor.

María Elena

RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo constituye un aporte investigativo con relación a un grupo de organizaciones públicas, privadas, Ong's y Médicos particulares, cuya característica primordial es la oferta de Servicios de Salud. Este grupo de actores se desenvuelve en un escenario que constituye una zona urbanomarginal de nuestra ciudad de Guayaquil.

Un valioso eslabón de esfuerzos sectoriales más amplios (educación, trabajo, bienestar social, vivienda, saneamiento), con los que interactuaría en el espacio de los gobiernos locales, en un marco general de desarrollo social.

Por otro lado se analizan aspectos fundamentales que tienen relación con el perfil epidemiológico de transición en el que está inmersa la población que constituye la demanda de la zona estudiada, quienes junto a los actores sociales arriba indicados a quienes se suma un grupo de líderes comunitarios, los mismos que han participado conjuntamente con las organizaciones a las que representan y han contribuido al desarrollo de la comunidad estudiada y con quienes sustentamos nuestro trabajo.

Es preciso destacar que se hace un esfuerzo por detallar características primordiales que tienen que ver con todos los elementos básicos a considerar para nuestras conclusiones y recomendaciones finales, las mismas que se sustentan en: proceso histórico, evolución y desarrollo de los centros de salud de la zona, algunos de los cuales, de acuerdo a la percepción de la demanda; así como en nuestra observación directa al momento están alcanzando un grado de madurez técnica, administrativa y financiera que son algunos de los pilares fundamentales de la zona y constituyen una fortaleza en el sector.

Por otro lado la demanda, tiene un grado de relación con los servicios que en algunos casos es catalogada de Buena a muy Buena y esto garantiza un escenario propicio para emprender acciones concretas de gestión asociada.

Se han diseñado algunos instrumentos para recolección de información, la misma que ha sido seleccionada de acuerdo a las características que plantea nuestro trabajo, las mismas que nos han permitido tener una percepción general de algunos aspectos considerados determinantes desde la perspectiva de la población (oferta y demanda). Estas herramientas, unidas a una guía de observación directa y las encuestas dirigidas a los actores abordados, nos permiten hacer una comparación que oriente a nuestra propuesta.

Finalmente se hace un análisis de los resultados con las herramientas arriba indicadas, los mismos que coadyuvan a nuestro estudio y que constituyen un soporte para lo que planteamos.

JUSTIFICATIVO

Siendo coherentes con el impulso de la reforma del sector salud, que además debe estar acompañado de una reforma del sector educativo, económico, político y social. Desarrollaremos nuestro trabajo de grado, para lo cual hemos seleccionado un sector específico de la ciudad de Guayaquil (Guasmo) por considerarlo en un momento importante de maduración, en el que es propicio que se ensamble un modelo de gestión que permita incorporar a los actores locales: privados, públicos, Ong's y la Sociedad civil como dueños y gestores de su realidad específica. Este modelo podrá constituirse en uno de los caminos a seguir, y que además esta en concordancia con los requerimientos actuales a propósito de la tan mencionada reforma.

En el momento actual se están gestando movimientos de organizaciones, lideradas por una corriente que aspira el cambio positivo deseado y cuyo único afán es exigir y hacer respetar uno de los derechos primordiales de todos los seres humanos, el derecho a la salud. Para lo cual es necesario reconocer también que es un compromiso de todos, de tal manera que cuando comprendamos que para obtenerla debemos asumir con mucha responsabilidad y entereza principios y reglas, sin las cuales se hace imposible la tan anhelada salud.

Además no queda otro camino, que no sea el de compartir juntos el gran reto del autocuidado y cuidado de nuestros semejantes. El país se debate en el macro problema de la desigualdad, ineficiencia e inequidad que se traduce por los altos índices de inseguridad, desconfianza en el que se encuentran un gran porcentaje de hermanos nuestros sin más oportunidades que la pobreza y la desesperación.

Creemos que es fundamental contribuir ante ésta situación con aportes, que pueden ser posibles caminos de solución, para lo que también se hace imprescindible el concurso y participación de todos los ecuatorianos únicos responsables y también gestores del cambio hacia la universalidad positiva de las metas que decidamos obtener.

1. ANTECEDENTES

La corriente de cambios que se han experimentado en América Latina, durante los últimos veinte años; así como el análisis de los factores que han incidido en los mismos, nos hacen reflexionar en la cadena de hechos y situaciones comunes en nuestros pueblos, sin embargo es necesario precisar las particularidades en las que se fundamentan los procesos de reforma que se están viviendo.

Para el caso de Ecuador, nuestro enfoque lo conduciremos desde el análisis de la pobreza como condición capital y basándonos en datos reales presentados por el Banco Mundial en el año 1995. Nuestro país es pobre, tal como lo revela el alto porcentaje de personas que no pueden costearse la canasta básica.

La distribución de la riqueza es sumamente asimétrica, aproximadamente 4'000.000 de ecuatorianos (35% de la población) viven en pobreza, 17% en riesgo y 1'500.000 habitantes viven en extrema pobreza. La pobreza urbana (1'500.000 personas) personas, las mismas que tienen características comunes en algunos sectores. Además se puede apreciar una descoordinación entre los programas sociales existentes en nuestro país con alto nivel de centralización. Esto repercute en duplicación de funciones en vez de complementariedad.

Los pobres no tienen acceso a la Seguridad Social y prácticamente no existe atención primaria de salud pública. Los subsidios no llegan a los más pobres (favorecen más a los ricos). Tenemos un crecimiento per capita de 1%.

Por otra parte, es necesario plantear que no todos los programas sociales tienen que ser llevados o financiados por el sector público. Es preciso en

ciertas áreas apoyas las iniciativas de grupos de ayuda- propia y el sector privado, los mismos que podrían estar en condiciones de ofrecer resultados más eficaces que los macro programas públicos.

En ésta misma línea es preciso considerar programas de nutrición, salud y educación, teniendo como un marco general la descentralización y asignación de recursos económicos que posibiliten una salida de éxito estratégica para reducción de la pobreza en nuestro país.

En los últimos años se ha visto la reducción manifiesta del gasto real per cápita del MSP que es el principal encargado de la prestación de servicios de atención de salud en Ecuador, esto ha incidido en una crisis de l sistema de atención básica de salud. De tal manera que los pobres han tenido que recurrir cada vez más a los servicios privados de atención de salud; absorbiendo entre un 12 y 17% del presupuesto de los hogares.

Sin embargo 500.000 personas no pueden acceder a éstos servicios ni a medicinas, adicionalmente han tenido que recurrir a la automedicación con los consiguientes riesgos.

1.1. ANÁLISIS SITUACIONAL DEL SECTOR SALUD EN EL ECUADOR

1.1.1. PARTICIPACIÓN PÚBLICA DE SALUD EN EL ECUADOR

Abarca numerosas instituciones, pero los más grandes proveedores dependen de:

- MSP, los mismos que cubren un 27% de la gente que busca atención curativa (38% de los pobres, 23% de los no pobres).
- IESS, que comprende el seguro formal que tiene su propia red de farmacias y además cuenta con el seguro social campesino. Ambos planes abarcan al 11% de toda la población que busca atención curativa (12% de los pobres y 10% de los no pobres).
- Ministerio de Defensa, financia el 1% de sus tratamientos curativos (población específica)
- Consejo de Caridad de Guayaquil y varios programas pequeños, responsabilidad de algunas ONG'S (6.6% de la población)

1.1.2.PROBLEMAS DEL SISTEMA DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA.

Se pueden anotar los siguientes:

- Grandes brechas en la provisión de un paquete de atención básica de salud (especialmente del sector rural).
- Baja calidad de los servicios de salud por mala distribución de los recursos y el financiamiento insuficiente.
- Duplicación de los servicios de salud proporcionada por las principales agencias del sector público.
- Desequilibrio en la asignación de personal que favorece ampliamente a las zonas urbanas

- Énfasis en atención curativa en vez de preventiva, baja prioridad otorgada a la educación en salud.

Debemos además anotar el proceso de transición epidemiológica que se expresa básicamente en la disminución de las enfermedades transmisibles (infecciones intestinales, respiratorias, etc.) frente a la importancia que cobran las crónicas o degenerativas y las conocidas como enfermedades de causalidad externa.

Llama la atención el aumento de la tasa de mortalidad infantil, se debe por lo tanto defender al binomio: madre - niño (materno infantil). Adicionalmente se debe fortalecer y ampliar los programas preventivos (lograr resultados a corto plazo).

1.1.3. POLÍTICAS DE REFORMA DEL SECTOR SALUD

En el momento actual, la salud pública en el Ecuador atraviesa por una grave crisis, la misma que es resultado de varios elementos:

- Incremento de los niveles de pobreza de la población
- Creciente deterioro de los servicios públicos, ambos naturalmente impactan en la condición en general de salud de la población. A estos problemas se suman:
- Encarecimiento de la atención de la atención de salud, el cuestionamiento del papel de la seguridad social y su oferta de

servicios de salud. Responsabilidad directa del estado de la atención y mantenimiento de los servicios de salud.

- Dentro de éste marco El estado y su formulación de políticas en el aspecto de salud y de seguridad social, a través del MSP y del Consejo Nacional de Modernización, propician las condiciones para una reforma sanitaria, que integre la gestión de las diversas instituciones que ejecutan acciones en salud, que promuevan alternativas de financiamiento y que involucren al sector privado y la comunidad que representa la demanda.
- Siendo la visión lógica la conformación de un sistema integral de salud que promueva una cultura sanitaria y comprometa la participación de la población en actividades de: autocuidado, control y administración de los servicios de salud.

1.1.3.1. Sobre el origen de los problemas que aquejan al sector salud.

Los problemas que aquejan al sector de salud pública del Ecuador tienen su origen no en una sino en varias fuentes. Estas son las siguientes:

1. Una disponibilidad cada vez más pequeña de recursos de origen fiscal para el sector público de salud. Esto a su vez es el resultado de tres problemas estructurales en desenvolvimiento:
 - La disciplina fiscal impuesta por los programas de reestructuración económica emprendidos desde 1982
 - La poca capacidad del Estado de aumentar a corto plazo la captación de recursos fiscales

- Una baja productividad agrícola que no le permite a este sector hacer el aporte fiscal que le corresponde; y
 - Un altísimo gasto militar.
2. Una ineficiente utilización de recursos dentro del sector que tiene su origen en:
 - Una descoordinación entre MSP y el IESS;
 - Una deficiente función gerencial y administrativa dentro del sector, debido a la falta de incentivos (ausencia de autonomía administrativa y financiera), la centralización y las restricciones laborales impuestas por los contratos colectivos.
 3. Una oferta excesiva de médicos que ha bajado la productividad marginal de los mismos y sus salarios reales, agravando los problemas de motivación e incentivos que encuentran los médicos que laboran en el sector público de salud.
 4. Una preparación inadecuada de los médicos por las facultades de medicina.
 5. Una insuficiencia de recursos dedicados a la atención primaria de salud, a la medicina preventiva y al saneamiento ambiental.

2.OBJETIVO GENERAL

Determinar la existencia de condiciones que hacen factible la implantación de un sistema red plural de servicios de salud en el espacio geográfico poblacional en estudio.

2.1.OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Definir las condiciones demográficas - poblacionales del área estudiada,
2. Identificar las características generales de las instituciones oferentes de servicios de salud de la zona,
3. Analizar las relaciones existentes entre las instituciones del sector.

3. MARCO TEORICO

3.1. LA TEORIA SISTEMICA

3.1.1. LA TEORÍA DE SISTEMAS Y SU APLICACIÓN A LAS ORGANIZACIONES SOCIALES.

Desde el punto de vista teórico, el diseño de modelos de gestión en red se fundamenta en la teoría de sistemas aplicada al campo de las organizaciones.

La teoría general de sistemas ha proporcionado una perspectiva integradora a la ciencia moderna. Surgida de la Biología, (Ludwing Von Bertalanffy, biólogo, 1930), ha tenido un fuerte impacto en la teoría de las organizaciones, (Robert Katz, Daniel Khan, psicólogos sociales, 1966), dando paso a la teoría sistémica de las organizaciones, cuyo desarrollo

puede verse como parte de la corriente estructural funcionalista (Talcott Parsons 1949, Merton 1949, Radcliffe-Brown 1952, Malinowsky, 1960).

Un sistema es "... un todo unitario organizado, compuesto por dos o más partes, componentes o subsistemas interdependientes y delineado por límites identificables, de su ambiente o suprasistema" (Kastz, Rosenzweig, 1981).

La influencia recíproca o relaciones de interdependencia, el carácter de agrupación de dos o más elementos, para constituir un sistema, y el carácter holístico, totalizante de los elementos interactuantes, que se comporta como un todo coherente y en el que el cambio en una de las partes influye en cada una de las demás, pero también en el sistema en su conjunto, son características de los sistemas.

Pensando en las organizaciones de Salud y los sistemas de salud, revisemos algunas de las características atribuidas a los sistemas abiertos:

- **Importación de energía:** las organizaciones obtienen su energía de otras organizaciones, de la gente, de las materias primas.
- **Procesamiento de energía:** se realiza un trabajo, se crean productos, se procesan materiales, se prestan servicios, se entrena a la gente.
- **Aporte o "exportación"** de productos o resultados al entorno.
- **Intercambio de energía entre el sistema y su entorno,** el mismo que tiene carácter cíclico.
- **Entropía negativa.** Al permanecer abierto, la energía fluye y favorece la recreación del sistema precautelando su agotamiento o muerte.

- **Insumo de información, retroalimentación negativa y proceso de codificación.** La información puede reingresar como insumo que mantiene al sistema dirigido al logro de sus objetivos, pero también puede ser utilizada para cambiar el rumbo de la organización.
- **El estado estable y la homeostasis dinámica.** el sistema abierto tiene capacidad para reaccionar a los cambios a través de constantes ajustes y anticipación que les permite mantener su naturaleza básica y aprovechar los nuevos insumos de energía para crecer cuantitativa y cualitativamente.
- **Diferenciación.** La organización se mueve hacia una mayor elaboración, ramificación y complicación de sus componentes, los que adquieren mayor especialización y diferenciación. Al mismo tiempo, es correlativo **el desarrollo de la comunicación como elemento vital en la interrelación entre las partes diferenciadas.**
- **Equifinalidad y tarea principal.** Podemos escoger un diseño organizacional con el que alcanzar un objetivo. No existe un solo camino, existen muchos. **El énfasis de la visión sistémica se orienta a las consecuencias o el logro de los objetivos más que en las condiciones iniciales.**
- **El todo y la sinergia.** La organización tiene una potencia de creación que se origina en la interacción entre sus partes, que no se entiende por agregación, sino, fundamentalmente por el efecto dinámico de unas partes sobre otras y del conjunto sobre el funcionamiento del sistema.

3.2. LOS SISTEMAS DE SALUD

El sistema de salud ha sido definido como “ un todo complejo integrado por una variedad de elementos diversos, sociales, económicos, genéticos, administrativos, tecnológicos, etc. con interrelaciones directas o indirectas que dan como resultado un estado de bienestar bio - sico - social de la población en su conjunto.

En una sociedad, grupos diversos mantienen criterios y prácticas diferentes con relación a sus procesos de salud - enfermedad y su atención. Estos criterios y prácticas involucran factores de índole económica, cultural, política, educativa, científica, que confieren un carácter eminentemente social al sistema de salud y que exige abordar su estudio de manera integral, holística, en el seno de la sociedad y del grupo humano al que sirve.

Un sistema de atención de salud corresponde a aquellos elementos o componentes del sistema social que se han diferenciado, de manera formal o informal, para realizar acciones de atención de salud. Está constituido por el sistema institucional de servicios de salud públicos y privados; el sistema tradicional de atención de la comunidad que existe en muchas sociedades, que incorpora el conocimiento aborigen, prácticas de medicina natural y el sistema popular de atención que incluye el autocuidado, la atención familiar y la asistencia proporcionada a través de redes de apoyo social, grupos religiosos y otros.

En este marco, un *sistema local de salud* es un espacio geográfico poblacional vinculado a una instancia de poder político y administrativo, que es capaz de brindar una respuesta social organizada a las necesidades y demandas de salud de los conjuntos sociales que lo habitan, mediante la articulación de los recursos institucionales y comunitarios disponibles, y

que se comporta como un microespacio de producción de salud, haciéndolo más sensible a las verdaderas necesidades en materia de salud y desarrollo del país.

El desarrollo de sistemas locales de salud y de redes plurales de atención de salud representan una respuesta interna del sector salud dentro del proceso de reformas global del Estado y sus políticas de descentralización y modernización. Se inscriben así en la búsqueda de una nueva manera de relaciones y roles del Estado y de la sociedad civil y sus instituciones.

3.3. NUEVOS ESCENARIOS DE GESTIÓN Y ENFOQUE DE REDES.

Estamos en presencia de un proceso de movilización hacia nuevos posicionamientos por parte de sectores sociales que esperan encontrar puntos de articulación que sustituyan a los que están desapareciendo como consecuencia de la fragmentación y dispersión que resultan de los cambios violentos en el ámbito de la economía y del Estado.

El desarrollo microregional, como expresión de una sociedad y un Estado local, ha sido propuesto como un nuevo enfoque de desarrollo. Se sugiere que más abajo de ese nivel o más adentro de esa configuración social, las relaciones esfuerzo - resultado, costo - efectividad, gasto social - beneficio social, en el marco del contexto de la crisis, no serían positivas.

En nuestro país, la aplicación de políticas estructurales que implican descentralización y traslado de recursos y decisiones a escala local, anda a paso de tortuga. Por otro lado, las medidas de ajuste estructural imponen una mayor concentración de la economía a través de las privatizaciones y el achicamiento del Estado central.

“En realidad, lo local ha sido pensado y alimentado como una gran fantasía, una panacea donde los procesos podrían ser revertidos cuando es imposible pensar en lo local sin verlo atravesado por lo global y condicionado por las tendencias modeladoras de integración universalizante de la economía y la política” (: Poggiese, Francioni).

La descentralización ha sido reclamada hasta ahora más que por los poderes locales, por la sociedad civil preocupada por el desarrollo social. En la experiencia de nuestro país, se pone en relieve la iniciativa asumida por la acción social de instituciones y organizaciones de la sociedad civil y su movilización conjunta para la negociación de recursos, la planificación asociada y el establecimiento de prioridades en las inversiones en salud, con relación a las necesidades sentidas por la población. Estamos frente a experiencias que permiten avanzar desde la práctica social, la construcción teórica y metodológica de los cambios sociales en el país.

El gobierno local, o más precisamente, el gobierno de lo local es una combinación aún poco conocida entre sociedad civil y Estado local, se objetiva como un estadio de conexión y de entendimiento más adecuado a los fines de la acción colectiva y el desarrollo social. Su desarrollo implica la superación de la parálisis en lo colectivo y en solidario que redundaba en escasa participación social y la debilidad de las organizaciones de la sociedad civil, su naturaleza atomizada y dispersión y la fragmentación institucional y social.

La construcción de nuevas fronteras entre Estado y Sociedad deben constituir lugares de encuentro y nuevos compromisos, concertación y construcción conjunta. Ello necesita de la configuración de particulares escenarios como espacios formalizados de intercambio y conjunción de

fuerzas, permitiendo una mayor asociación entre vectores de cambio social.

Estos enfoques tendrían mayores posibilidades de constituirse en un proyecto político de desarrollo, considerando las posibilidades de definición de la voluntad política de los actores, de su organización y formas de acción.

En este marco, el aporte teórico de las ciencias sociales al estudio del surgimiento y articulación de los movimientos sociales resulta válido para entender esta dinámica. A continuación una breve reseña de los enfoques de Movilización de Recursos y de Redes.

3.3.1. ENFOQUE DE MOVILIZACIÓN DE RECURSOS (Ressource Mobilization Aproach), Mac Carthy/Zald, Jenkins. Superando el estructuralismo funcionalista, este enfoque parte del análisis de las organizaciones, no de los individuos. Da por sentada la existencia de conflictos, por lo que el surgimiento de nuevas formas de movilización social no depende de ese potencial sino mas bien de la creación de las organizaciones capaces de movilizarlo. Para ello, las organizaciones adoptan una estructura jerárquica y convencional para maximizar su objetivo, que incluyen la movilización de nuevos recursos.

Esta es una teoría integrada de cómo se forman las organizaciones, cómo se moviliza el apoyo a sus objetivos, como se desarrolla el comportamiento de las organizaciones y se decide la táctica en las mismas (Dalton/Kuchler, 1990)

Esta perspectiva organizacional lleva a reconocer e investigar la importante figura del "empresario social" (el individuo o grupo de personas que toma la iniciativa en las tareas de organización y

movilización), y el importante papel del liderazgo para la creación y dirección de estas organizaciones.

Cohen ha resumido de la siguiente manera los presupuestos teóricos de la Movilización de Recursos:

- Se parte de un modelo conflictual de acción colectiva
- La acción colectiva institucional y no institucional no tiene diferencias esenciales.
- Ambas entrañan conflictos de interés a las relaciones de poder institucionalizadas.
- La acción colectiva involucra el interés racional por parte de los grupos.
- Los cambios en los recursos, la organización, y las oportunidades para la acción, pueden explicar la formación de nuevos movimientos.
- El éxito se manifiesta en el reconocimiento del grupo/organización como actor social, político, o en los beneficios materiales acrecentados.
- La movilización involucra la existencia de organizaciones formales burocráticas de gran escala y con propósitos definidos.

3.3.2. EL ENFOQUE DE REDES (Network Aproach). Esta perspectiva afirma que los movimientos sociales pueden concebirse esencialmente como manifestaciones de *redes socioespaciales latentes, cuyo elemento aglutinador es, sobre todo, las comunidades de valores*. (Max Kaase, en Dalton/Kuchler, 1990).

Los autores afirman que la sociedad industrial avanzada ha conducido a la formación de valores con alta densidad de interacción social entre sus integrantes. Las redes socioespaciales así formadas subsisten durante

largos períodos de tiempo y pueden activarse en coyunturas favorables a su movilización.

La investigadora J. Cohen plantea una síntesis entre estos dos enfoques. Mientras el enfoque de movilización de recursos subraya la *instrumentalidad* de la acción social (como los movimientos emplean los recursos de que disponen para alcanzar sus fines), el enfoque de redes se concentra en los *procesos de comunicación y formación de identidad* (cómo los movimientos generan nuevas identidades y proyectos históricos para la sociedad).

Ambos paradigmas plantean que la acción colectiva presupone formas de asociación específicas dentro del contexto de la sociedad civil plural moderna.

La organización previa de los actores sociales y la racionalidad de los supuestos movilizadores presente en ambos enfoques desafía las teorías clásicas de los movimientos sociales pues estas características resultan también ser propias de las formas no convencionales de comportamiento colectivo.

En síntesis, es la sociedad civil, con sus asociaciones autónomas intermedias, el terreno en donde se gestan los movimientos y los cambios en la sociedad.

Estos aportes permiten vislumbrar que el impulso de los cambios hacia una modernización y desarrollo del sector salud, que tome en cuenta las necesidades de la población necesariamente pasa a través del desarrollo de escenarios que favorezcan el desarrollo de los actores y de modelos decisorios participativos.

3.3.3. GESTION ASOCIADA Y MODELOS PARTICIPATIVOS

El concepto de gestión asociada “se refiere a una forma de cogestión entre el estado y la sociedad civil, donde los canales de participación dan lugar a la elaboración de acuerdos, negociaciones o concertaciones, y al diseño de propuestas que integran visiones e intereses diferentes y hasta contrapuestos, reconociendo y trabajando los conflictos. Es interdisciplinaria e intersectorial, utiliza una mecánica abierta, de fácil acceso, operando por acuerdo y consenso”(Pogiesse).

Las acciones de salud son ejecutadas desde los diferentes sectores e instituciones que contribuyen en mayor o menor grado, a afectar la situación de salud de la población.

La posibilidad de articular todas las acciones en el nivel local, en función del bienestar común, pasa por la capacidad de organización y participación social en que el gobierno, el gobierno local, la sociedad civil, las instituciones privadas, y los actores en general asumen compromisos para viabilizar cambios en función de metas comunes.

El impulso a la formación *de redes plurales de servicios de salud* a través del Proyecto de Modernización de Servicios de Salud (MSP/BM, 1997), se inscribe en esta estrategia y puede constituirse en “un valioso eslabón de esfuerzos sectoriales más amplios (educación, trabajo, bienestar social, vivienda, saneamiento), con los que interactuaría en el espacio de los gobiernos locales. en un marco general de desarrollo social ”.

El concebir a la salud integralmente, “ como punto de encuentro de los factores que la condicionan y la determinan...” y como búsqueda activa y no solo donación, sienta bases para visualizar la creación de redes de

salud como una oportunidad de transformación y de construcción de propuestas y fuerzas que nos acerquen a un convivir democrático y saludable. (Barreto, col, 1996).

Los espacios de concentración demográfica, los intercambios sociales, las formas de producción y consumo particulares, flujos de información y construcción de identidades determinan dinámicas particulares de construcción de los gobiernos locales. El municipio es un espacio que tiene historia diversa en cada comunidad, en muchas, constituye un espacio natural de convocatoria y negociación político técnica de los actores en perspectiva de coordinación.

Reconociendo, como punto de partida que la participación en acciones y políticas sociales y públicas, de salud es un proceso técnico- político que contiene reglas de funcionamiento y metodologías orientadoras y que es la participación el elemento que contribuye a crear un proceso de toma de decisiones diferente y produce una interacción dinámica y conflictiva entre Estado (gobierno, administración, técnicos) y la sociedad civil(instituciones, organizaciones, vecinos, usuarios), se hace necesario definir el tipo de proceso participativo útil al funcionamiento de una gestión asociada en red.

Hacemos referencia a un proceso "donde reglas y metodologías establecen que lo que se produzca consensuado en el escenario así establecido y que tome la forma de compromisos de acción entre diversos actores forma parte de las decisiones, porque hay una voluntad política expresada con anterioridad, que reconoce ese espacio y sus reglas. Este concepto corresponde a un tipo de gestión asociada y participativa : presupone un cierto grado de asociación previa entre actores respecto al reconocimiento de un modelo decisorio compartido"(Pogiesse, Francioni).

4. METODOLOGÍA

Para la realización de éste trabajo, se procedió de la siguiente manera:

4.1. DEFINICIÓN DEL ÁREA EN QUE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO DE FACTIBILIDAD

Se seleccionó al Guasmo como el espacio geográfico poblacional en que se realizará el estudio. Este sector urbanomarginal presenta algunas de las características necesarias para el objetivo de estudio. Se seleccionaron un numero aproximado de 10 instituciones del sector, las mismas que fueron escogidas sobre la base de:

- Ubicación geográfica en el sector,
- Personería jurídica,
- Infraestructura,
- Nivel de complejidad de resolución,
- Permanencia en el sector en el tiempo,
- Grado de demanda de atención,
- Capacidad de gestión financiera

Tratando en la medida de lo posible que la muestra escogida, sea representativa y conservando un enfoque de plurisectorialidad. Los criterios sumados a la percepción demostrada a través de la información directa y los resultados obtenidos vertidos en las encuestas permitieron afianzar nuestra visión inicial del sector.

4.2. DEFINICIÓN DE INDICADORES A UTILIZAR

4.2.1.INDICADORES BÁSICOS:

- Perfil Epidemiológico,
- Índice de Analfabetismo (estimado de acuerdo al formulado para la provincia del Guayas),
- Indicadores de vivienda,
- Infraestructura sanitaria y disposición de basura,
- Inventario Institucional Organizativo,
- Percepción de los usuarios con relación a los servicios estudiados.

4.2.2. INDICADORES ECONÓMICOS.

Los indicadores Externos:

- Capacidad de pago de la población.

4.2.3. INDICADORES ADMINISTRATIVOS

- Capacidad de Gestión (Consulta Básica),
- Recursos Humanos, (Anexo 1h).
- Capacidad física instalada y resolutive, (Anexo 1i)
- Capacidad de Financiamiento.

4.2.4. FACTORES SOCIO POLITICOS Y CULTURALES

- Proyectos y programas en diseño y ejecución,
- Niveles de liderazgo y decisión,
- Autoridades y actores sociales que pueden involucrarse.

4.3. DEFINICIÓN DE TÉCNICAS Y FUENTES DE INFORMACIÓN PRIMARIAS Y SECUNDARIAS

Las técnicas utilizadas son:

- **Observación dirigida:** Se realizó visita in situ de las organizaciones oferentes de servicios de salud del sector, así como del entorno, se analizó marco ecológico de referencia.
- **Encuestas estructuradas,** diseñadas para recoger las percepciones y opiniones de los usuarios, líderes y directivos de organizaciones oferentes de servicios de salud del sector. (Anexos # 1a, 1b y 1c)
- **Entrevistas no estructuradas,** para recoger opinión de funcionarios del MSP, grupos de voluntarios de la comunidad.

⇒ **Fuentes primarias:**

- Usuarios,
- Líderes,
- Directivos de organizaciones participantes: MSP, Privados, Ong's, Religiosos.

⇒ **Fuentes Secundarias: Corresponden a:**

- Estadísticas de morbilidad,
- Censo
- Bibliografía referida
- Otros sistemas de registro existentes

4.4. EL DISEÑO Y PRUEBA DE LOS INSTRUMENTOS

Se diseñaron:

- Una guía de observación dirigida. (Anexo # 1d).
- Encuestas de opinión (3): a Usuarios. Líderes y Directivos (Anexos # 1a, 1b y 1c).

Luego se determinó los servicios de salud ofrecidos por las instituciones: públicas, privadas, Ong's y Médicos privados que intervienen en la población analizada. (Anexo #3).

Se consideró para éste objetivo los siguientes aspectos:

- Tiempo de existencia de las instituciones y servicios ofrecidos por las mismas.
- Que sean representativos de la población a estudiarse (Usuarios, Líderes y Directivos de las organizaciones).
- Nivel de aceptación general en el área.
- Capacidad resolutoria de las mismas sobre los problemas abordados.

Se realizó una práctica de aplicación de la encuesta, previa su utilización en campo y sus correspondientes correcciones

4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se realizó el siguiente cronograma de trabajo:

- Día 1. Se realizó visita de reconocimiento y observación del área
- Día 2. Se realizó la prueba de las encuestas a aplicar

- Día 3. Se realizó la encuesta de usuarios y observación del entorno
- Día 4. Se realizó la encuesta a líderes del sector
- Día 5. Se realizó encuesta a Directivos y observación dirigida a los centros de salud.
- Día 6. Se realizan entrevistas no estructuradas.

La encuesta de los usuarios se realizó por muestreo aleatorio y en su lugar de vivienda.

Para la encuesta a líderes, se tomó contacto con dirigentes del sector y grupos de voluntarios.

Para la encuesta a las organizaciones, se escogió una muestra de las instituciones que prestan servicios de salud en el sector, las mismas que son de tipo público, privado y otros.

Durante la ejecución del trabajo se revisaron y concentraron los datos de información obtenidos de las fuentes de información secundaria.

4.6. TABULACIÓN DE DATOS Y ELABORACIÓN DE CUADROS

La tabulación se realizó de forma manual, con ayuda de calculadora e instrumento de concentración de resultados (tablas de consolidados). (Anexo # 1e, 1f y 1g).

Se utilizó equipos de alta tecnología (computadora y aplicación de programa Windows 95 versión 97, Office 97), para la elaboración de figuras, cuadros y gráficos.

5. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para el análisis de los resultados se procedió de acuerdo a los criterios previstos al inicio del trabajo, cruzando las variables e indicadores utilizados y estableciéndose relaciones de compatibilidad y divergencia en los resultados encontrados.

5.1. DESCRIPCION DEL AREA

En el Sector Sudeste de la ciudad de Guayaquil se ubica el Guasmo Sur, asentamiento poblacional que tiene su origen hace aproximadamente 20 años. El mapa de la pobreza del país ha ubicado a este sector en índices muy altos de necesidades básicas insatisfechas. (Cuadro # 1).

INCIDENCIA DE LA POBREZA EN EL GUASMO SUR Y CENTRAL

BARRIO	ZONA CENSAL	% DE POBREZA
10 de Agosto	132	87
	133	82
	134	83
	139	86
	140	84
Augusto Sandino	129	78
	130	80
Causa Proletaria	145	83
Guasmo Sur	141	83
	129	78
	130	80
	131	83
	132	87
	133	82
	134	83
	140	84
	142	83
	143	84
	144	84
	145	83
Guayas y Quil	144	85
Mariuxi Febres Cordero	131	83
Pablo Neruda	147	87
Pedregal	148	80
Proletarios sin Tierra	146	82
Santiago Roldós	88	87
	89	69

FUENTE: SECAP-BANCO MUNDIAL, ENCUESTA DE CONDICIONES DE VIDA, 1994; INEC, Censo de Población y Vivienda, 1990, Secretaria Técnica del Frente Social, Modelos de Proyección de la ECU de 1994 y al Censo de 1990.

Cuadro 1.

Los pobladores del Guasmo provienen tanto de desplazamientos del Centro a la periferia de la Urbe, como también de diferentes áreas de la región y del país. La población total del área es de 173.689 habitantes. (Ver Anexo # 2) que se clasifican según rangos de edad de la siguiente manera:

**PORCENTAJE DE POBLACION POR GRUPOS DE EDAD DEL
AREA
(GUASMO SUR Y CENTRAL)**

GRUPO DE EDAD	POBLACION	PORCENTAJE
Menores de 1 año	3.420	1.96
1 – 4 años	16.353	9.4
5 – 14 años	37.665	21.68
15 – 49 años	95.992	55.26
50 y más años	20.259	11.66

Fuente: Proyección de la población del área I. (Guasmos Sur y Central). Dir.Prov. de Salud del Guayas.
Cuadro # 2

Mujeres en edad fértil: 44.415, que corresponde al 25% de la población estudiada.

5.2.ACCESIBILIDAD Y CARACTERISTICAS FISICAS

El sector se ha caracterizado por contar con dos excelentes vías de acceso: La Avenida de las Esclusas (Ave. Raúl Clemente Huerta) y la Avenida Abdón Calderón. A partir del último año la Avenida Juan Pédola ha sido rehabilitada, garantizando un mejor acceso.

Existen diversas líneas de transporte urbano, las mismas que conectan a la zona con otros sectores de la ciudad a través de la Avenida 25 de Julio, una de las principales vías de comunicación de la ciudad.

El terreno de este sector es totalmente plano y muchas de sus áreas se encuentran en tierra firme, que no han requerido relleno integral; sin embargo, hacia el este y sur los pobladores han invadido los esteros levantando viviendas sobre el agua con los consiguientes riesgos.

5.3.OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA ZONA ESTUDIADA.

De acuerdo al Directorio de establecimientos de salud, según áreas, tipo, institución a la que pertenece, localidad y número de camas provincia del Guayas para el año 1997, proporcionado por la Dirección provincial de Salud, en la zona que corresponde al área 1 existen aproximadamente 35 unidades operativas de salud, las mismas que se encuentran distribuidos de la siguiente manera:

Del Ministerio de Salud Pública 10 centros y 25 privados¹, nueve tienen categoría de subcentro y uno de Hospital Materno-infantil. Los privados son: 3 policlínicas, 16 dispensarios médicos, 6 consultorios médicos privados. (Anexo # 3).

El MSP organiza sus servicios en Areas de Salud, considerando los niveles de resolución técnica y su adecuación a las necesidades de la población, estableciendo grupos de población y actividades prioritarias, conforme prevee el Manual de Organización de Areas de salud.

A cada unidad operativa ha sido asignada una población objetivo y su eficacia debe medirse por el mejoramiento de los niveles de salud de la población atendida, por el funcionamiento articulado de los niveles de atención, la programación particular de acciones locales frente a los problemas prevalentes y la formación continua del personal.

La ausencia de procesos de planificación, organización, dirección, control y evaluación, así como de una débil incorporación de las técnicas epidemiológicas y de un sistema de información gerencial adecuado y la ausencia de un reglamento que haga factible el funcionamiento descentralizado de las unidades, son factores que afectan grave, y sistémicamente, el funcionamiento de las unidades del MSP y afectan su eficacia.

Los recursos financieros provienen del presupuesto del Estado para la salud, que se fundamenta en el de impuestos de la población, del Proyecto Fasbase, y de la autogestión (forma de copago), organizada en cada unidad.

Los recursos humanos con que cuenta el MSP en este sector corresponden a 313 personas, de los cuales, la relación médico enfermera es 1:1. La edad promedio de personal es de 39 años, es personal joven, con capacidad de crecimiento personal y profesional.

Las características de las Unidades Operativas que ofrecen Servicios de Salud en el Sector se pueden describir de la siguiente manera:

Los Servicios Públicos:

Existen diez aproximadamente, los que debutan en el Sector con tres, cinco, diez y más años. Uno tiene características de Hospital que ejerce jefatura de área, con capacidad física instalada y poder de resolución técnico a mucho de los problemas de orden médico que se susciten en la Zona.

¹ En realidad, empíricamente existen más de 25; en este estudio se refieren a los 25 registrados en la Dirección Provincial de Salud del Guayas.

Los Subcentros tienen una infraestructura adecuada, con recursos humanos ajustados a la cobertura atendida. Gozan de buena aceptación por los demandantes.

Los Centros Médicos Privados:

Su presencia es numerosa y se presentan como alternativa en la resolución de problemas de salud que no son abordados en ocasiones por los de orden público. Existen diferencias disímiles entre los mismos, se puede apreciar en el orden de infraestructura básica instalada, así como en su nivel de complejidad. Están distribuidos a lo largo de toda la zona y su mayor concentración es en las arterias principales de acceso al lugar. Algunos de ellos tienen permanencia de más de diez años y gozan de gran acogida de los usuarios.

Los servicios que da la comunidad eclesiástica:

Ofrece asistencia médica compatible con las necesidades, en algunos casos se encuentra atención de especialidad.

Las Ong's:

Algunas de estas unidades están presentes desde la conformación del Sector y brindan atención de buena calidad y tienen cobertura de salud confiable para los grupos de pobreza extrema. Algunas de las más conocidas son: APROSAC, Fundación Huancavilca, FILANSALUD, CEMOPLAF y el INNFA con un Centro de Rehabilitación Médica de segundo nivel que brinda alternativas de atención a la población discapacitada.

Los Médicos Privados:

Están presentes desde la conformación de la Zona y han evolucionado de acuerdo al desarrollo de las mismas, predominan los generalistas y su atención es de tipo curativo.

5.4. PERFILES EPIDEMIOLOGICOS

El perfil epidemiológico de esta zona tiene la característica general de transición. Esta característica se evidencia con claridad en las diez primeras causas de morbilidad con algunas particularidades que se detallan a continuación:

1. Infecciones respiratorias agudas (I.R.A.).
2. Enfermedades diarreicas agudas (E.D.A.).
3. Enfermedades Venéreas
4. Salmonellosis
5. Accidentes domésticos
6. Hipertensión arterial
7. Fiebre tifoidea
8. Diabetes
9. Intoxicación alimenticia
10. Depresión

Consideraremos algunas proyecciones de datos que se registran en general para la provincia del Guayas, los mismos que son hechos basándose en estadísticas proporcionadas por el INEC, MSP y ajustes adicionales hechos por el CEPAR. Los mismos que dan clara cuenta de la caracterización demográfica, socioeconómica y epidemiológica de la provincia en la que se encuentra ubicada nuestra área de trabajo.

Las desigualdades en las condiciones de vida, es decir socioeconómicas, culturales, sanitarias, etc. Se traducen también en iniquidades en las condiciones de salud, que pueden evidenciarse, como lo demuestran algunos indicadores, que serán vistos más adelante.

La probabilidad de enfermar y de morir es más alta en determinados estratos socioeconómicos como consecuencia de problemas de alimentación, condiciones ambientales insanas, actividades riesgosas o contaminantes, el desempleo, la falta de educación para comprender las ventajas del cuidado de la propia salud.

Por otro lado podemos ver algunos factores que se encuentran asociados al desarrollo social y a la dinámica económica, tales como el nivel de analfabetismo, la concentración del ingreso y el porcentaje de los asalariados.

Además se tiene que considerar aspectos relacionados con: Vivienda, educación y trabajo.

En aspectos relacionados con VIVIENDA es necesario considerar características como: viviendas que tienen servicio de agua por red pública, por tubería dentro de la vivienda, eliminación de aguas servidas por alcantarillado, servicio higiénico de uso exclusivo, servicio eléctrico y posibilidad de eliminar la basura mediante el carro recolector. El contar o no con cada uno de éstos elementos se relacionan con un riesgo distinto de vivienda² y por tanto de salud. Para el caso del área analizada de acuerdo a datos del CEPAR Guayas tiene un alto porcentaje de dotación de servicio eléctrico (88.8%), podemos inferir que en el área de estudio se

² Freire, E y col. Desnutrición y condiciones socioeconómicas en el Ecuador. CONSEJO NACIONAL DE DESARROLLO. UNICEF. OPS/OMS. Ecuador. P.87.

cumple el aspecto de alumbrado eléctrico en casi todas las viviendas, no sucede lo mismo para el caso de los otros aspectos descritos.

Con relación a la infraestructura, otro dato importante a considerar es el alcantarillado, Según datos proporcionados por estudio del CEPAR con relación a la Provincia del Guayas, ésta tiene un porcentaje muy similar al nacional (39.9% versus 39.5%). La dotación de éste servicio es aún más limitada en ésta provincia que para el caso de agua potable. Estos resultados llevados a la zona que se estudia nos hace ver que los porcentajes se encuentran más bajos al promedio provincial. De hecho en el sector no se cuenta con servicios de alcantarillado y el agua potable es suministrada a través de tanqueros en un alto porcentaje de la zona.

Así mismo, podemos apreciar que uno de los aspectos de infraestructura sanitaria más relacionados con problemas de salud y en especial con mortalidad materna es el disponer de servicio higiénico de uso exclusivo. En general, cerca de la mitad de viviendas del país (49.6%) dispone de éste servicio. En este caso, Guayas presenta un porcentaje superior (64.1%) con relación al promedio nacional, éste dato se lo puede generalizar a la zona de nuestro estudio.

Otro aspecto relacionado con salud y en especial con salud pública es la disposición de basuras, pues el hecho de eliminarlas a campo abierto es , una práctica frecuente en nuestro país, produce un daño importante a la salud individual y colectiva. En Guayas el porcentaje de recolección es de (46.4%), esto denota que menos de la mitad de las viviendas de Guayas disponen de servicio de carro recolector de basuras. Este factor es aplicable a la zona de análisis.

5.5.CARACTERISTICAS EDUCATIVAS Y SOCIO – CULTURALES.

En el área existen 55 establecimientos educativos divididos en Particulares, Fiscales y Religiosos:

Escuelas:	50
Colegios:	4
Centro Educativo Matriz:	1

La población económicamente activa, se estima en aproximadamente 55,26 % que equivale a 95.992 personas.

Las características de las casas de este sector inicialmente construidas con materiales como la caña, madera, mangle, zinc, etc., semejantes a las del sector rural del país, progresivamente van siendo transformadas a viviendas de bloque y cemento, que expresan tanto la búsqueda de condiciones de confort y seguridad como la diferenciación económica y cultural entre su población.

Es notorio que en las vías de acceso y de mayor actividad económica y social se aprecien viviendas de construcción de materiales incorruptibles y de varios pisos, mientras que en áreas cercanas a los esteros, de más reciente asentamiento, predominan los grupos de inmigrantes con incipientes niveles de educación que habitan en hogares de caña y en condiciones de insalubridad.

De acuerdo a los datos proporcionados por CEPAR, Guayas comparte los problemas que aquejan al país y sus porcentajes de analfabetismo total, por área y sexo son inferiores al promedio nacional, pero la inequidad en la distribución afecta principalmente a mujeres.

5.6. ANALISIS DE LOS GRAFICOS

De acuerdo a las encuestas realizadas a: Usuarios (50 encuestas), Líderes comunitarios (13) y Directivos de las organizaciones, Ong's y Médicos privados del sector (13). Todas las encuestas hacen referencia a algunos aspectos básicos considerados en el estudio de factibilidad para la organización de los servicios de salud del área de nuestro estudio. (Anexos # 1e, 1f, y 1g.)

5.6.1.ENCUESTA A USUARIOS (GRÁFICOS).

Gráfico # 1, Utilización de los Servicios de Salud de la Localidad en Estudio

68% Si utiliza los Servicios de Salud del Sector.

12% no utiliza, los mismos. Esto fundamenta el hecho de que hay un alto grado de utilización de los servicios y podría explicarse por mayor capacidad de pago o no estar de acuerdo con ellos.

Gráfico # 2, Utilización de los Centros de Salud de Mayor Demanda Del Sector.

Para el estudio se listó un grupo de instituciones, tratando de que el mismo sea representativo de las instituciones públicas, privadas, ong's y médicos privados. Se aprecia que 53% utiliza servicios públicos. 47% los servicios privados, ong's y otros, esto hace ver que la demanda esta siendo compartida en la atención por ambos tipos de servicios analizados, lo que infiere positivamente la factibilidad en estudio.

Gráfico # 3, Percepción De calidad de los Servicios de Salud de Acuerdo al Criterio de los Usuarios.

Partiendo de que la calidad es un criterio que tiene implicancia subjetiva; sin embargo el porcentaje que orienta hacia la positividad es de 80% versus 20% que se refiere a calidad no adecuada.

Gráfico # 4, Asistencia a Centros a pesar de la Falta de Recursos Económicos.

15% de los encuestados respondieron que sí dejaron de asistir a Servicios de Salud por falta de Recursos Económicos, en contraste con un 85% que sí asiste.

Gráfico # 5, Motivos de Satisfacción de los Usuarios respecto a los Servicios de Salud Estudiados

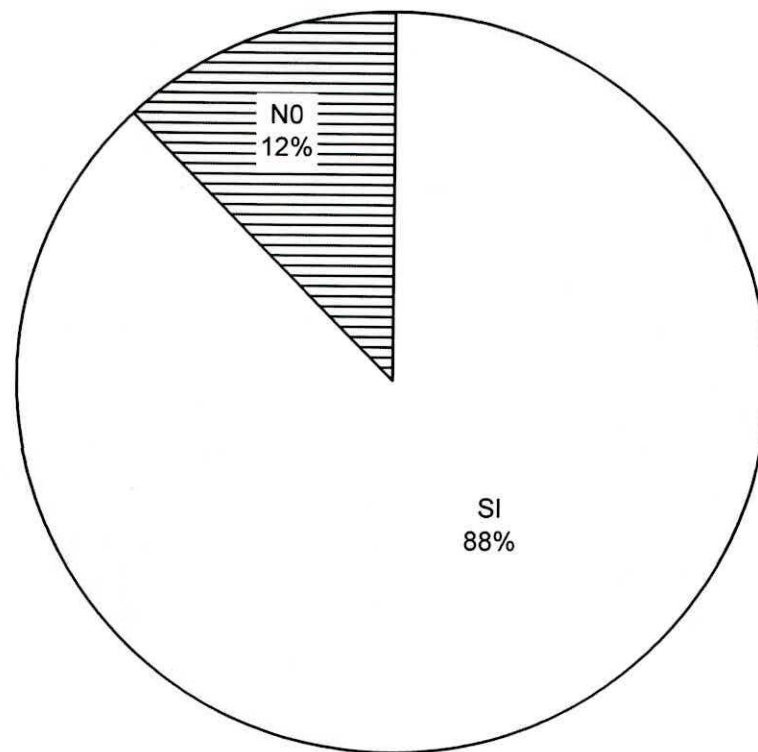
La satisfacción por encontrar una buena atención, corresponde un porcentaje de 61% de las respuestas. Esto muestra que los usuarios perciben que en los Servicios reciben buena atención. Hay un 11% que expresa satisfacción por la calidad profesional.

Gráfico # 6, Causas de Insatisfacción de los Usuarios respecto de los Centros de Salud estudiados.

Los resultados revelan que hay un 39% de la población que manifiesta no tener inconvenientes. Sin embargo hay un 43% (15% Maltrato, 28% tiempo de espera) que refiere insatisfacción. Esto indica que hay la necesidad de examinar los procesos del servicio

Gráfico 1

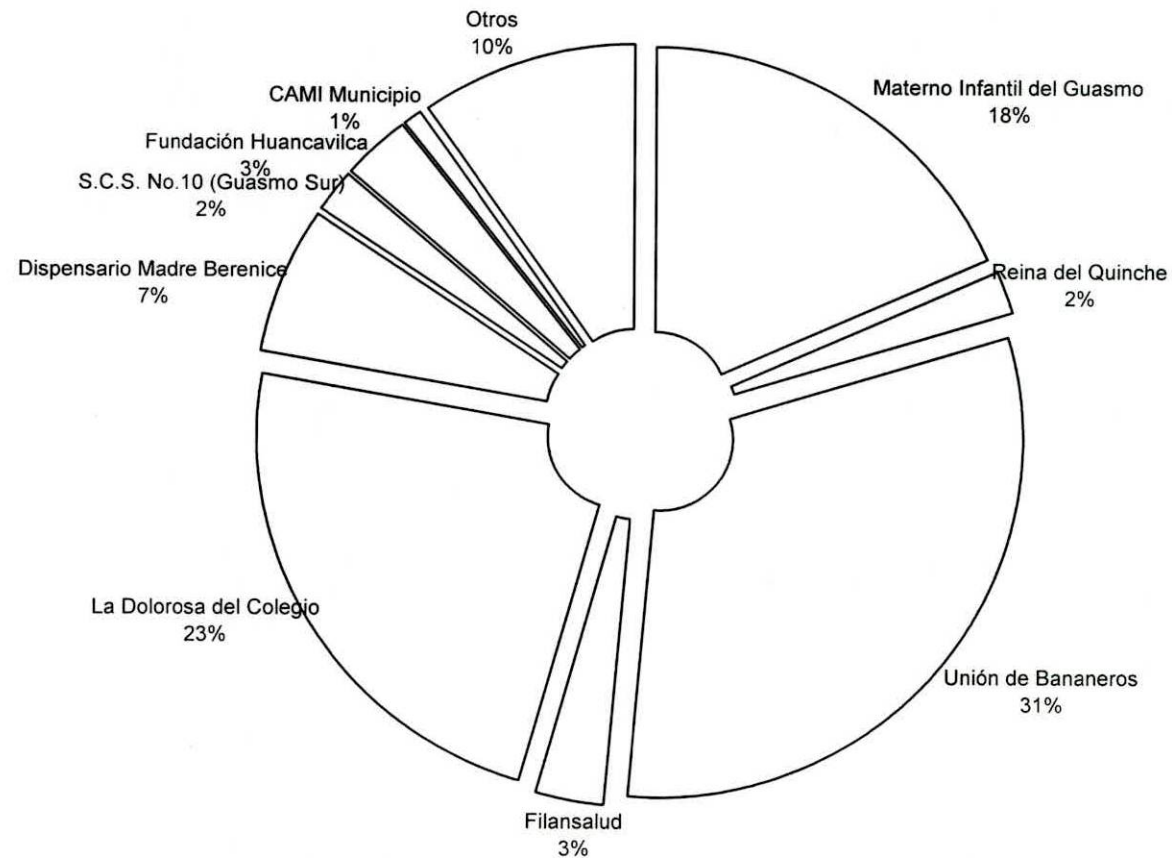
UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA LOCALIDAD EN ESTUDIO



Fuente: Encuesta a Usuarios del Sector.
Guasmo Sur y Central. Nov.97

Gráfico 2

UTILIZACION DE LOS CENTROS DE SALUD DE MAYOR DEMANDA EN EL SECTOR



Fuente: Encuesta a Usuarios del Sector.
Guasmo Sur y Central. Nov.97

Gráfico 3

PERCEPCION DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD
DE ACUERDO AL CRITERIO DE LOS USUARIOS

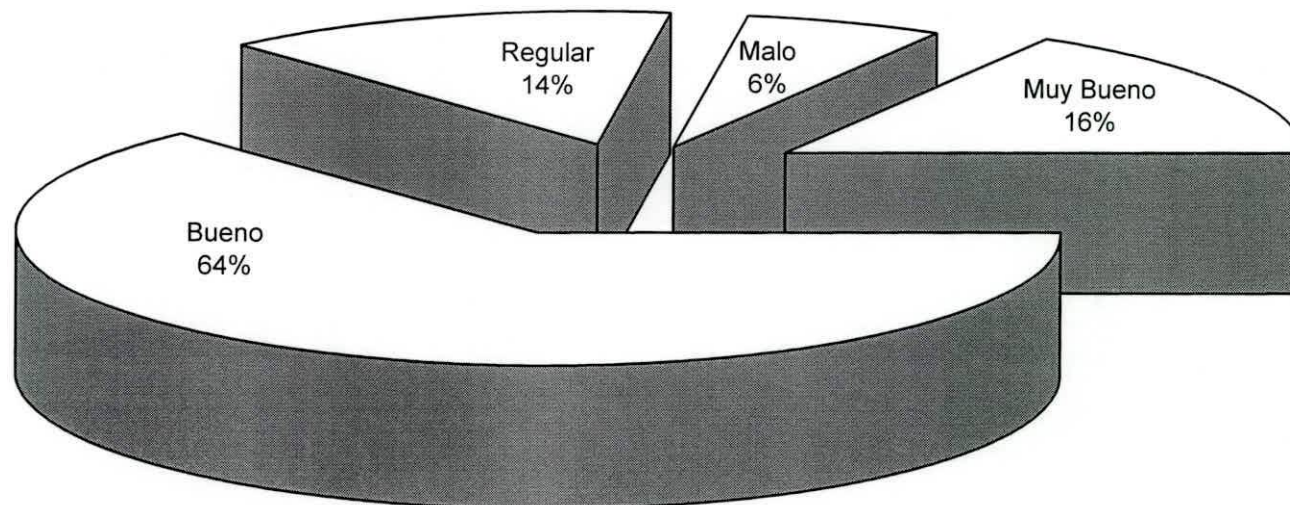


Gráfico 4

ASISTENCIA A CENTROS A PESAR DE LA FALTA DE RECURSOS ECONOMICOS

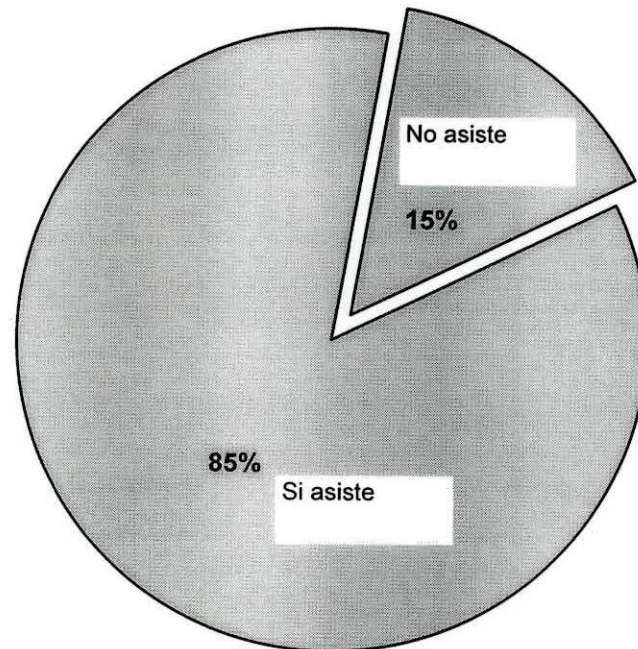
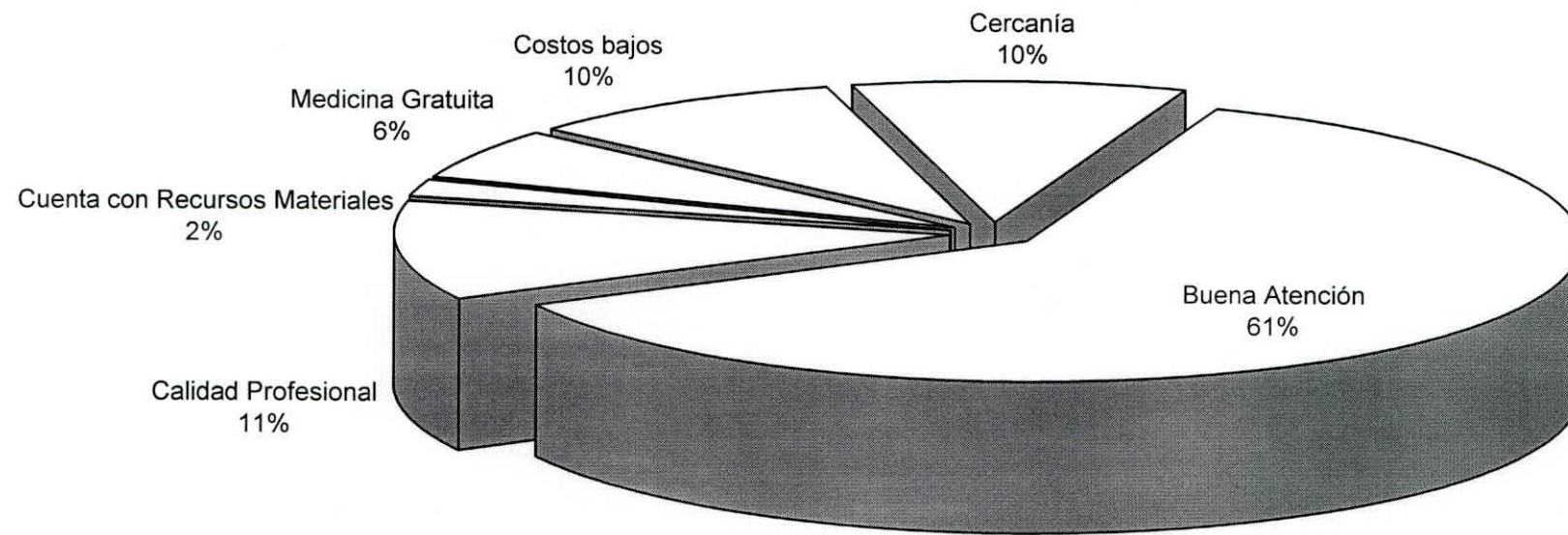


Gráfico 5

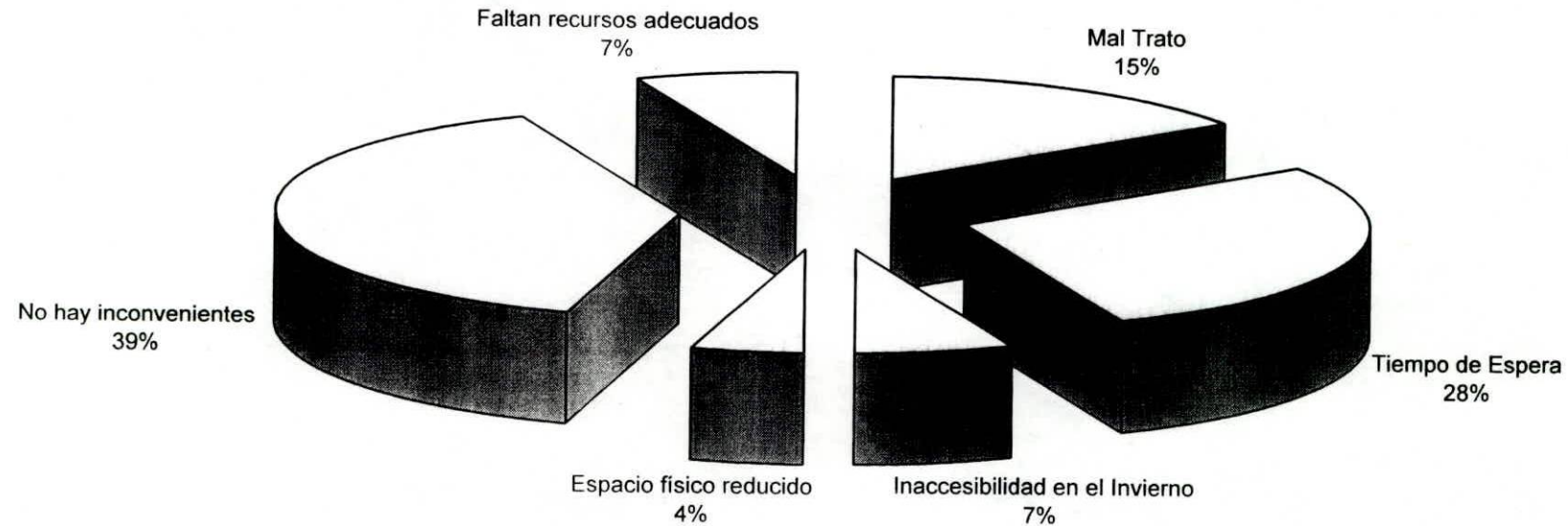
MOTIVOS DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS RESPECTO DE LOS CENTROS DE SALUD ESTUDIADOS



Fuente: Encuesta a Usuarios del Sector
Guasmo Sur y Central. Nov.97

Gráfico 6

CAUSAS DE INSATISFACCION DE LOS USUARIOS RESPECTO A LOS CENTROS DE SALUD ESTUDIADOS



Fuente: Encuesta a Usuarios del Sector.
Guasmo Sur y Central. Nov.97

en las Unidades de Salud, especialmente para reducir el tiempo de espera, que fue el motivo citado por el mayor número de usuarios.

5.6.2.ENCUESTA A DIRECTIVOS DE ORGANIZACIONES DE SALUD, ONG'S Y MÉDICOS PRIVADOS.

Gráfico # 7, Tipo de Unidades Encuestadas

La muestra de Unidades encuestadas es representativa de los diversos niveles de atención: 30% correspondieron a Clínicas, 8% Hospitales, 23% Centros de Salud, 23% Subcentros de Salud, 8% Consultorios y 8% Otros.

Gráfico # 8, Tiempo de Permanencia de los Servicios de Salud en la Localidad.

Se aprecia que 73% están operando en el Sector más de cinco años. Un 15 % más de doce años, suman un 88% lo que hace ver que estos han sido parte del desarrollo del área analizada; así como al momento podrían tener un grado de madurez que es adecuado para lo que estamos proponiendo.

Gráfico # 9, 10 y 11 Costos Promedios por Tratamiento Clínico, Quirúrgico y por Consulta Externa.

Hay una tendencia a un cobro uniforme de los servicios ofertados a través de consultas, tratamientos médicos y otros. Además en la entrevista con los usuarios no se manifiesta algo diferente a éste planteamiento.

Gráfico # 12, Capacidad de Pago en Relación a la Tarifa Promedio

S/.5.000.

84% Pago total

8% Pago parcial

8% No paga

Estos datos precisan que las tarifas de los servicios de salud en el sector son adecuadas, por lo tanto cualquier acción que implique trabajo con la comunidad en que se involucre la oferta y la demanda, los costos tal como están al momento no es obstáculo.

Gráfico # 13, Participación de las Instituciones en la remisión de los Usuarios.

64% Demanda espontánea

7% pública

29% Privada. Se puede apreciar que un mayor porcentaje de la demanda está acudiendo a los servicios espontáneamente y que la relación interinstitucional no es tan adecuada.

Gráfico # 14, Patologías de Mayor Incidencia en Unidades Encuestadas.

De acuerdo a la encuesta aplicada a los Directivos, se aprecia que las encontradas no se alejan de las encontradas a nivel nacional y que las causas que originan las mismas son similares.

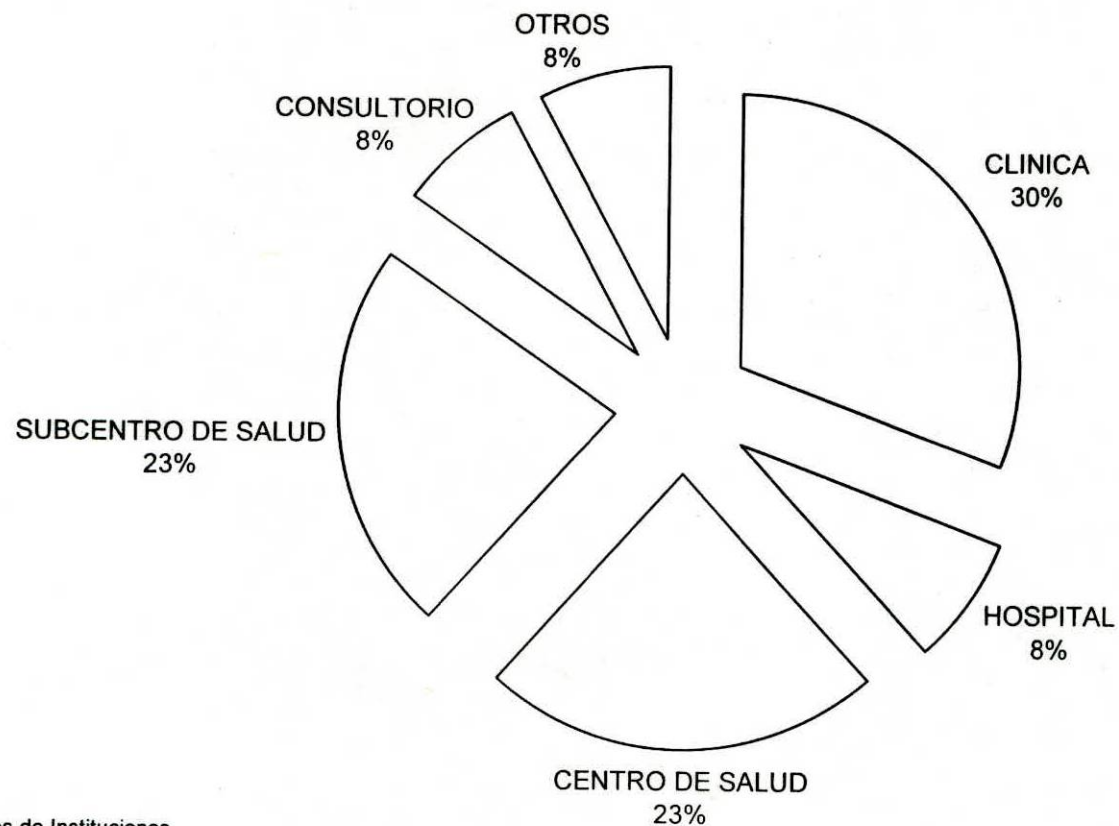
Gráfico # 15, Grado de Coordinación Formal entre las Instituciones Oferentes de Servicios de Salud en el Sector (Públicas y Privadas.

58% No esta coordinando.

42% Si coordina acciones.

Gráfico 7

TIPO DE UNIDADES ENCUESTADAS



FUENTE: Encuesta a Directivos de Instituciones
Ofertantes de Servicios de Salud, Ong's,
Médicos Privados del Sector.

Gráfico 8

TIEMPO DE PERMANENCIA DE SERVICIOS DE SALUD EN LA LOCALIDAD

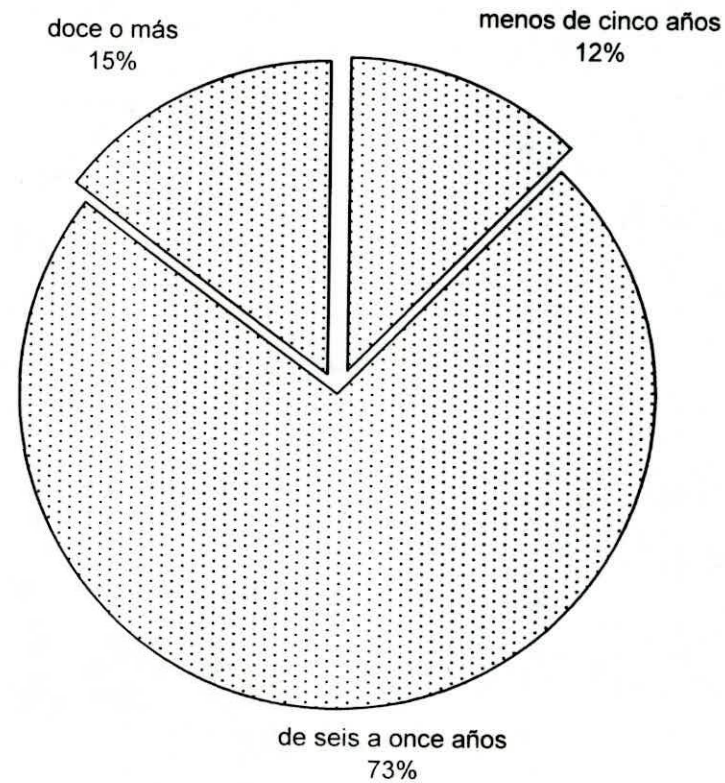
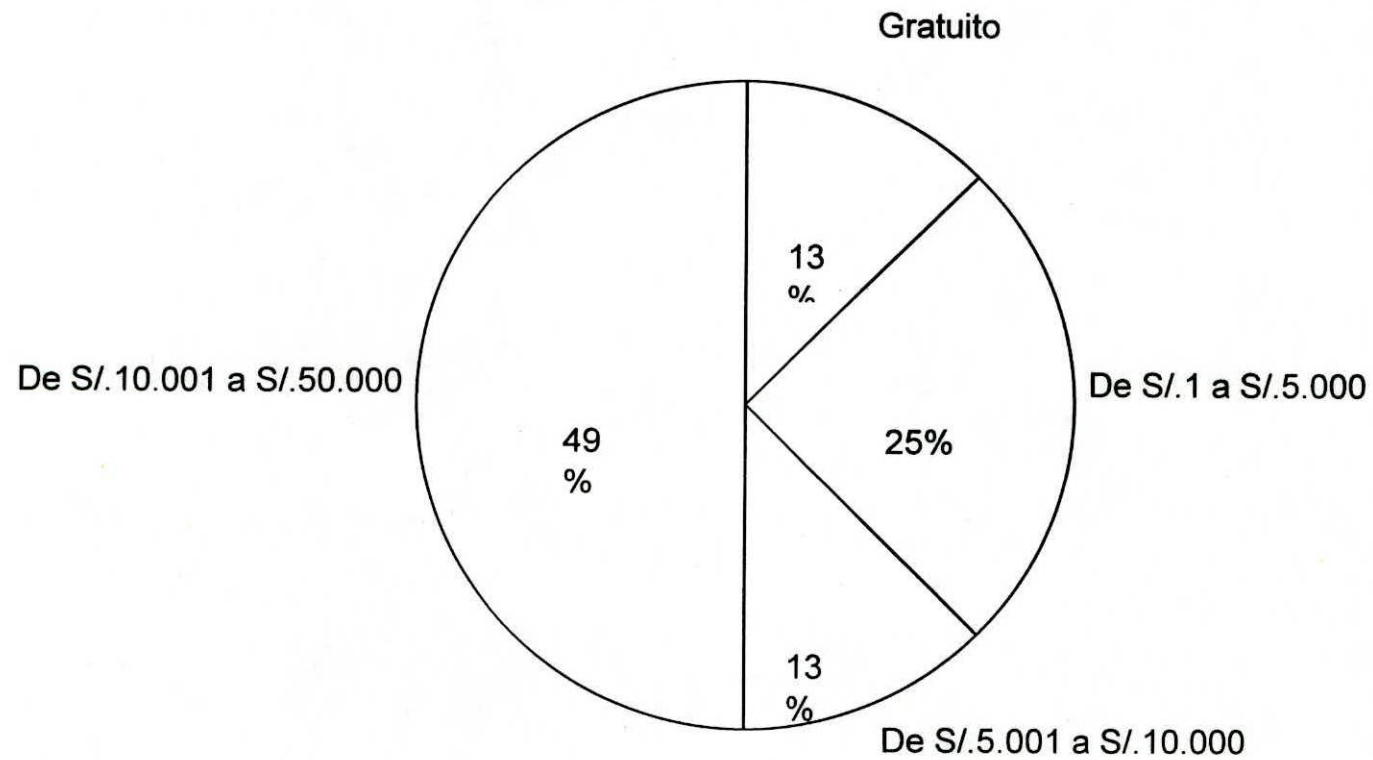


Gráfico 9

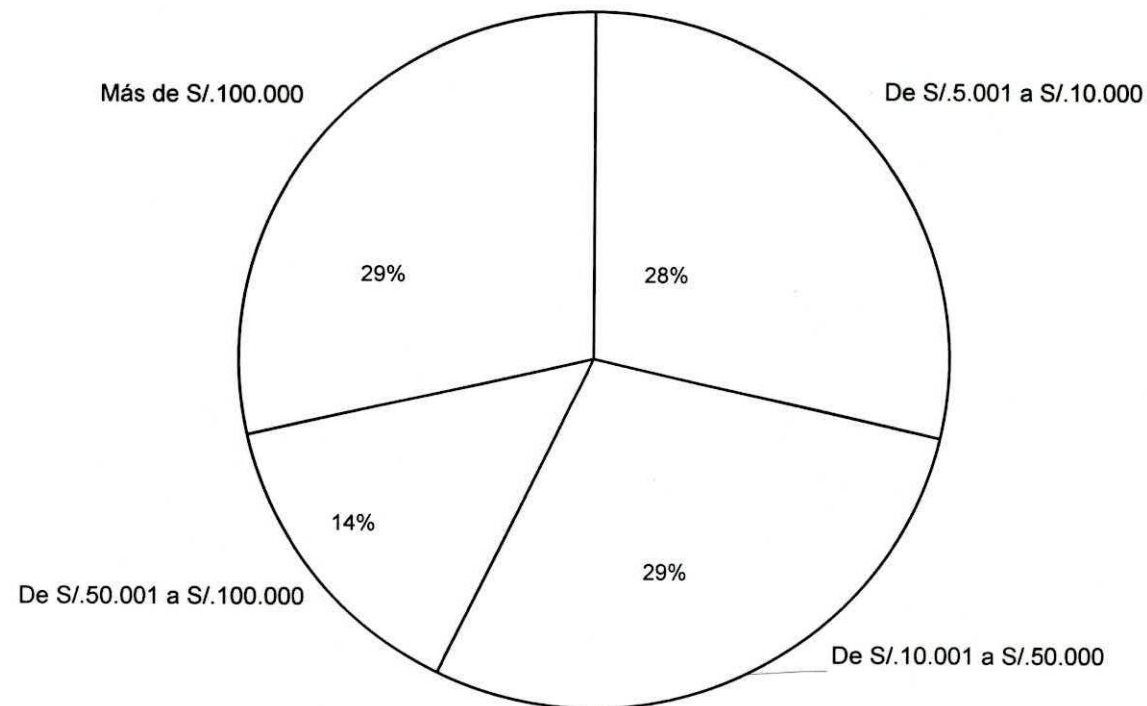
COSTOS PROMEDIO POR TRATAMIENTO CLINICO



FUENTE: Encuesta a Directivos de Instituciones
oferentes de Servicios de Salud, Ong's,
Médicos Privados del Sector.

Gráfico 10

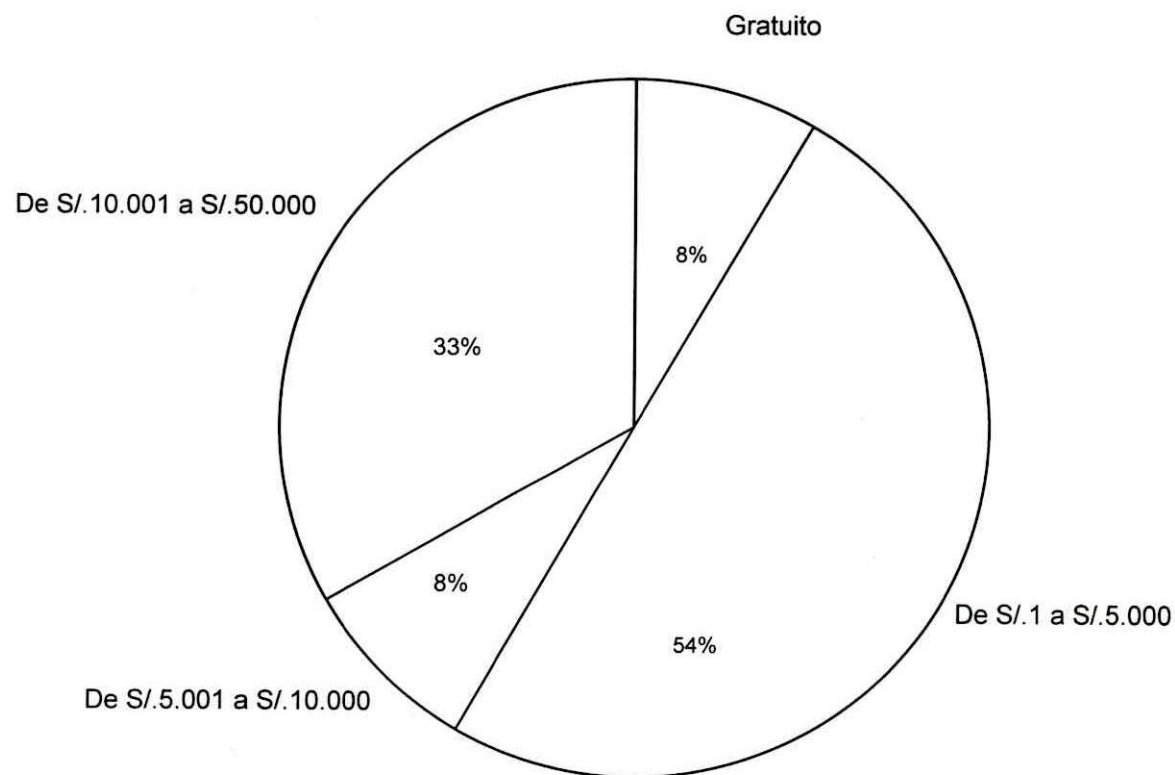
COSTOS PROMEDIO DE SERVICIOS DE SALUD - TRATAMIENTO QUIRURGICO



FUENTE: Encuesta a Directivos de Instituciones
oferentes de Servicios de Salud, Ong's,
Médicos Privados del Sector.

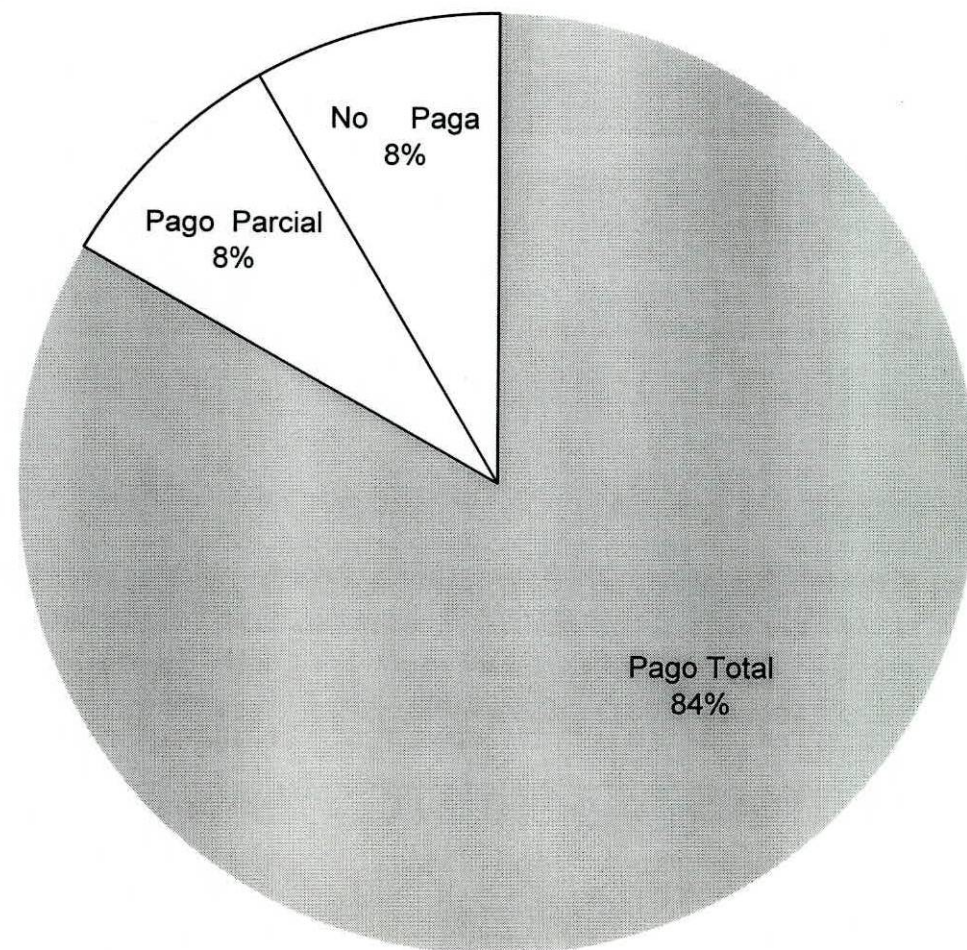
Gráfico 11

COSTOS PROMEDIO POR CONSULTA EXTERNA



FUENTE: Encuesta a Directivos de Instituciones
oferentes de Servicios de Salud, Ong's,
Médicos Privados del Sector.

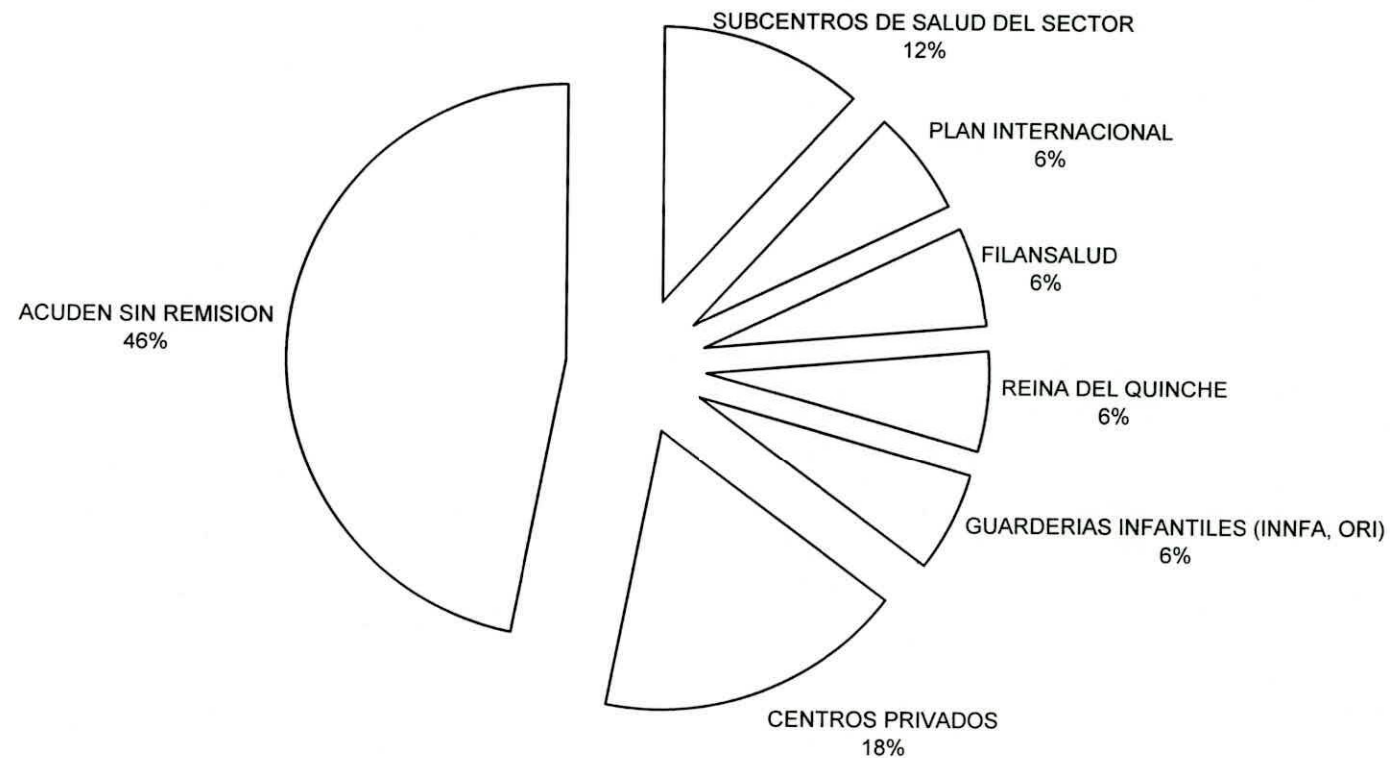
CAPACIDAD DE PAGO EN RELACION A TARIFA PROMEDIO S/.5.000



FUENTE: Encuesta de Directivos de Instituciones
Oferentes de Servicios de Salud,
Ong's, Medicos Privados del Sector.

Gráfico 13

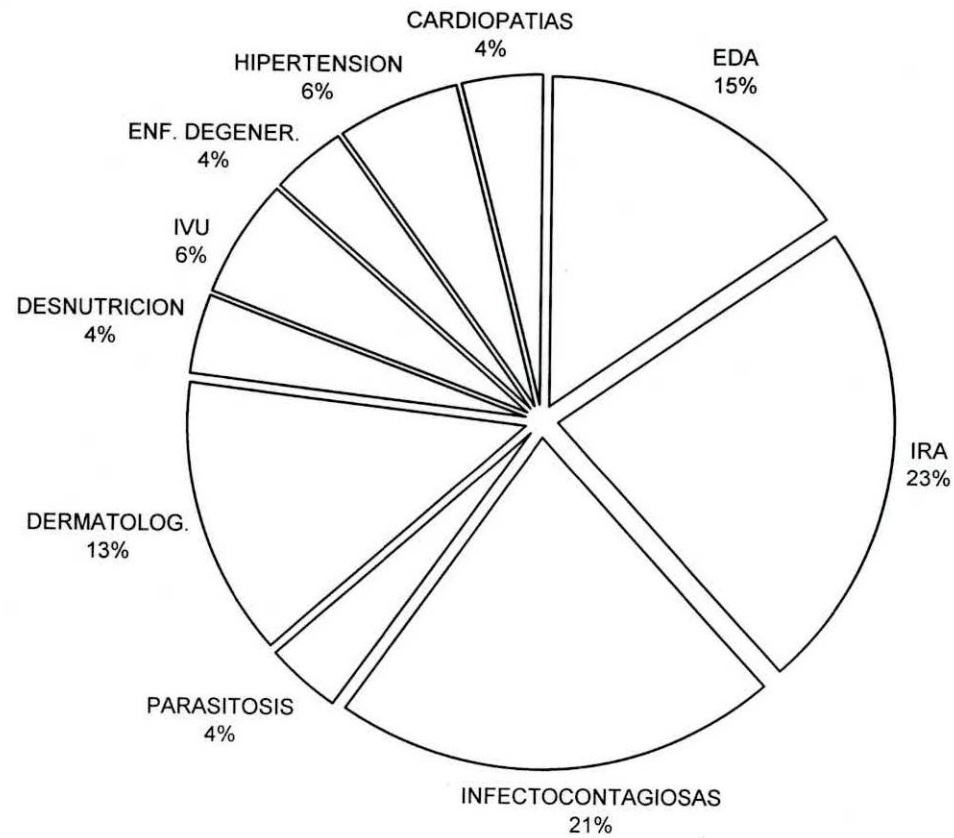
PARTICIPACION DE LAS INSTITUCIONES EN LA REMISION DE LOS USUARIOS



FUENTE: Encuesta a Directivos de Instituciones
Oferentes de Servicios de Salud,
Ong's, Médicos Privados del Sector.

Gráfico 14

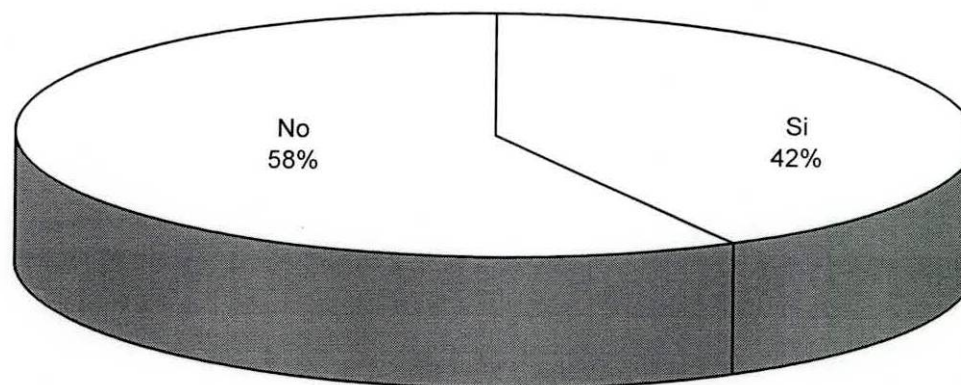
PATOLOGIAS DE MAYOR INCIDENCIA EN UNIDADES ENCUESTADAS



FUENTE: Encuesta a Directivos de Instituciones
Ofertantes de Servicios de Salud, Ong's,
Médicos Privados del Sector.

Gráfico 15

GRADO DE COORDINACION FORMAL ENTRE LAS INSTITUCIONES OFERENTES DE SERVICIOS DE SALUD EN EL SECTOR (PUBLICAS Y PRIVADAS)



FUENTE: Encuesta Directivos de Instituciones
Ofertantes de Servicios de Salud, Ong's,
Médicos Privados del Sector.

Esto ha sido enfatizado en gráficos anteriores, por lo tanto es un área en la que hay que trabajar para el desarrollo de la multisectorialidad.

5.6.3. ENCUESTA A LÍDERES DE LA COMUNIDAD.

Gráfico # 16, Tipo de organización a la que pertenecen los líderes.

Se puede apreciar que hay un grupo representativo e la sociedad civil, un 42% realizan trabajo con movimientos sociales y 25% corresponde a mujeres. Además hay un grupo de tipo Religioso, Barrial y Educativo.

Gráfico # 17, Población objetivo de las Organizaciones del Sector.

Fundamentalmente con niños y madres 34% y 22% respectivamente. Por tanto la gestión asociada tendría una línea de trabajo fundamental en el Área materno-infantil.

Gráfico # 18, Percepción de los Líderes sobre los Problemas que se Presentan en la Atención en los Servicios de Salud.

Los motivos de insatisfacción en la atención de salud, desde la percepción del líder, son mayoritariamente económicos 72%, mal trato al usuario en un 14% y otras 14%.

Gráfico # 19, Proyectos sobre los que trabajan las Organizaciones Del Sector.

28% Cuidado de niños

Un porcentaje considerable realiza trabajo en capacitación, voluntariado y educación.

Gráfico # 20 Líderes que Han Recibido Capacitación en Salud.

La encuesta a Líderes arroja que el 83% de ellos recibieron capacitación en Salud lo que se corresponde con la actividad de diversas instituciones en el Sector que favorecen la capacitación, especialmente de mujeres líderes.

Gráfico # 21 Instituciones que han brindado capacitación a Líderes en Salud

Las instituciones que brindan capacitación son:

20% MSP

20% Plan Internacional

20% ASEMAG

10% INNFA

10% APROSAG

10% OTROS

Hay un grupo importante de instituciones que están ofreciendo esta alternativa. Esto se torna fundamental para la gestión asociada en red.

Gráfico 16

TIPO DE ORGANIZACION A LA QUE PERTENECEN LOS LIDERES DE LA COMUNIDAD

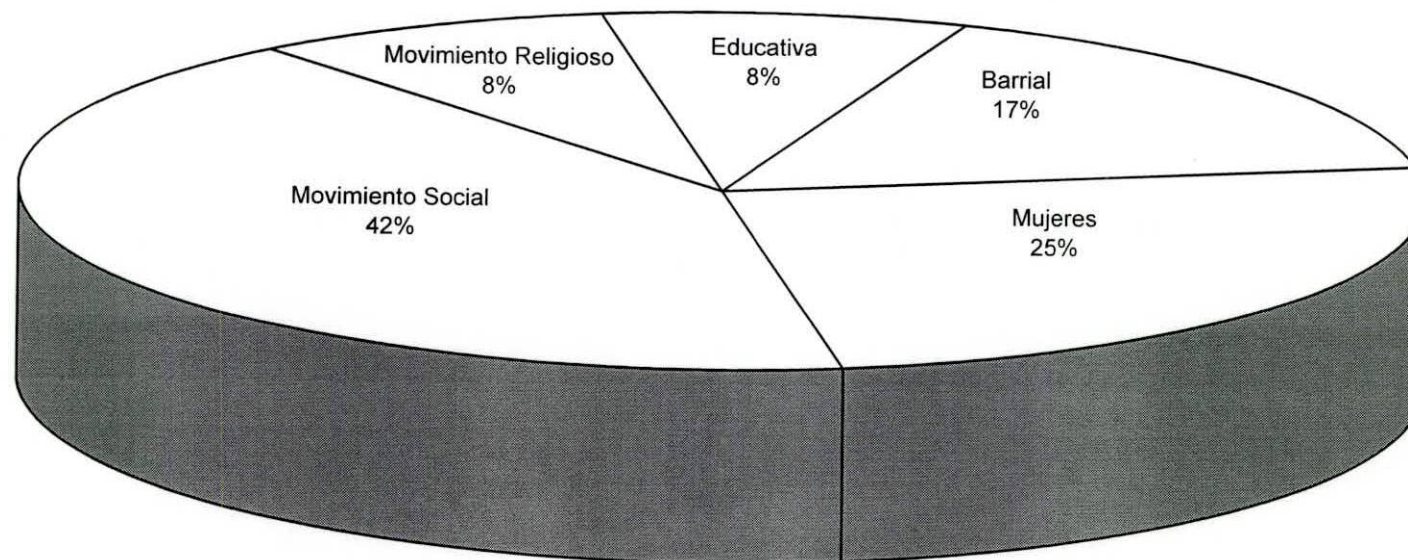


Gráfico 17

POBLACION OBJETIVO DE LAS ORGANIZACIONES DEL SECTOR

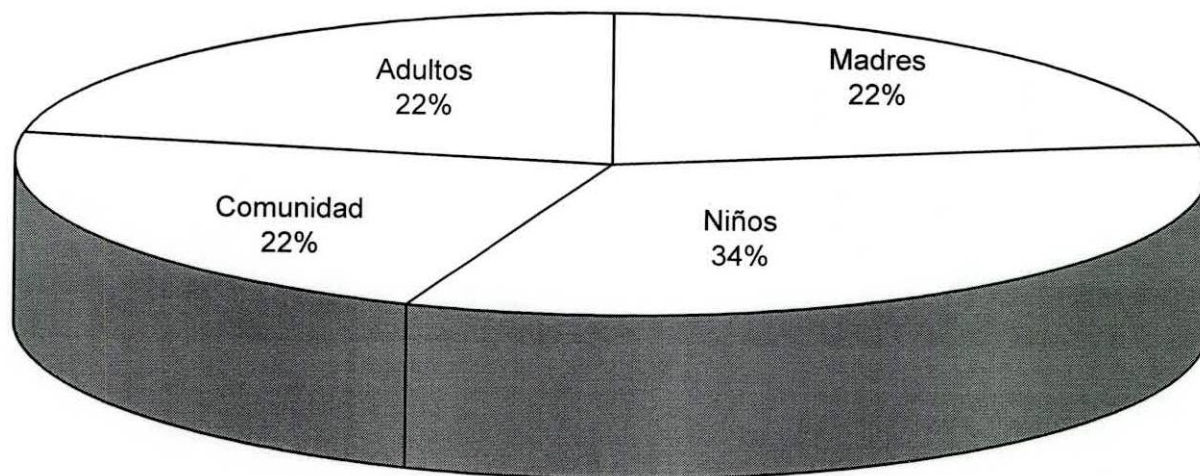


Gráfico 18

**PERCEPCION DE LOS LIDERES SOBRE PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN EN LA ATENCION
DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

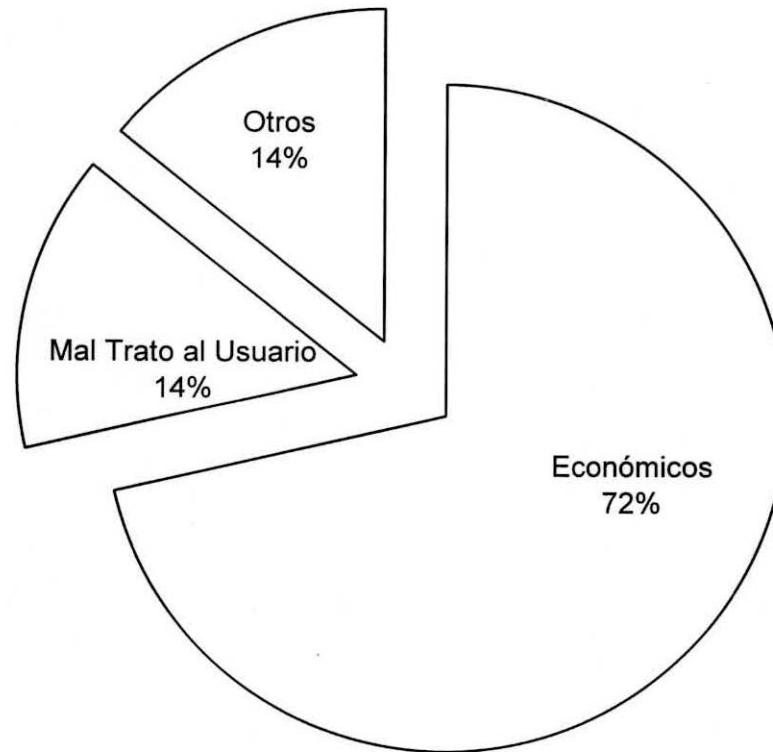


Gráfico 19

PROYECTOS SOBRE LOS QUE TRABAJAN LAS ORGANIZACIONES DEL SECTOR

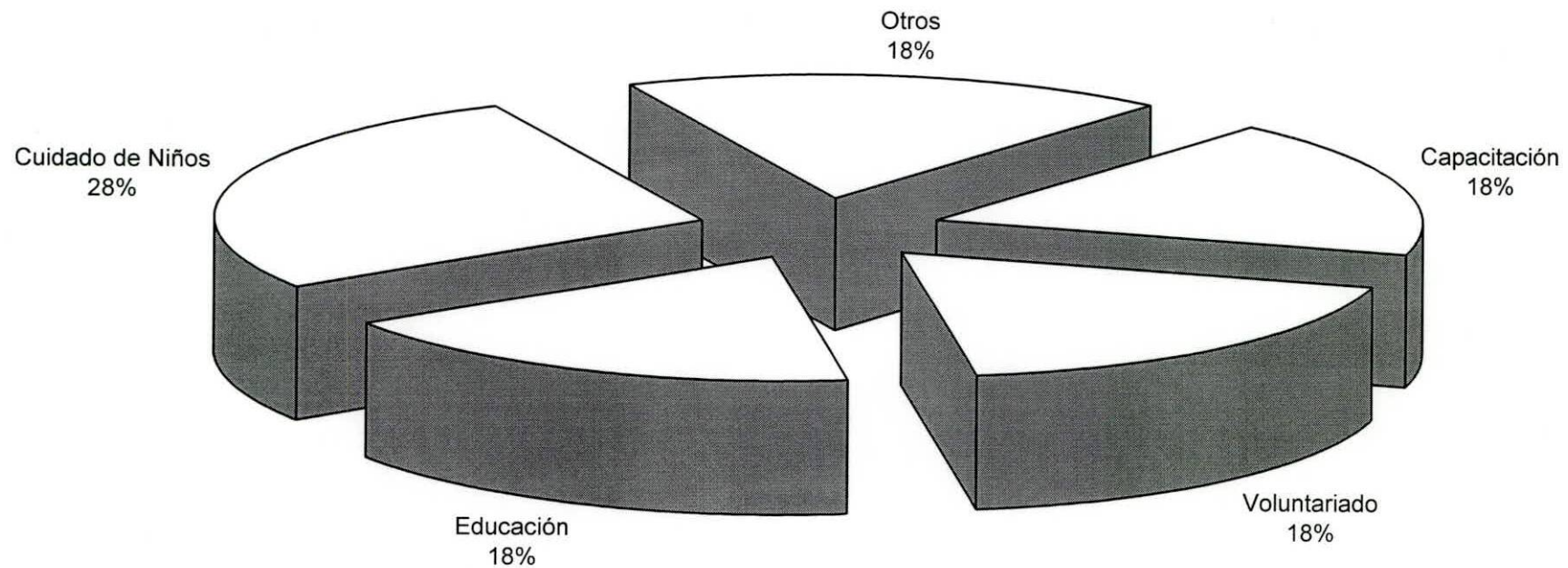


Gráfico 20

**PORCENTAJE DE LIDERES QUE HAN RECIBIDO
CAPACITACION EN SALUD**

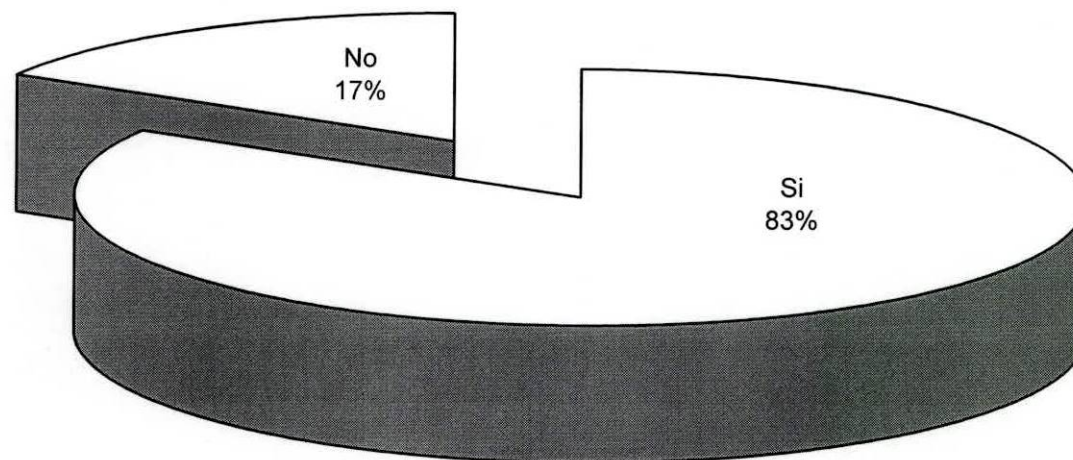
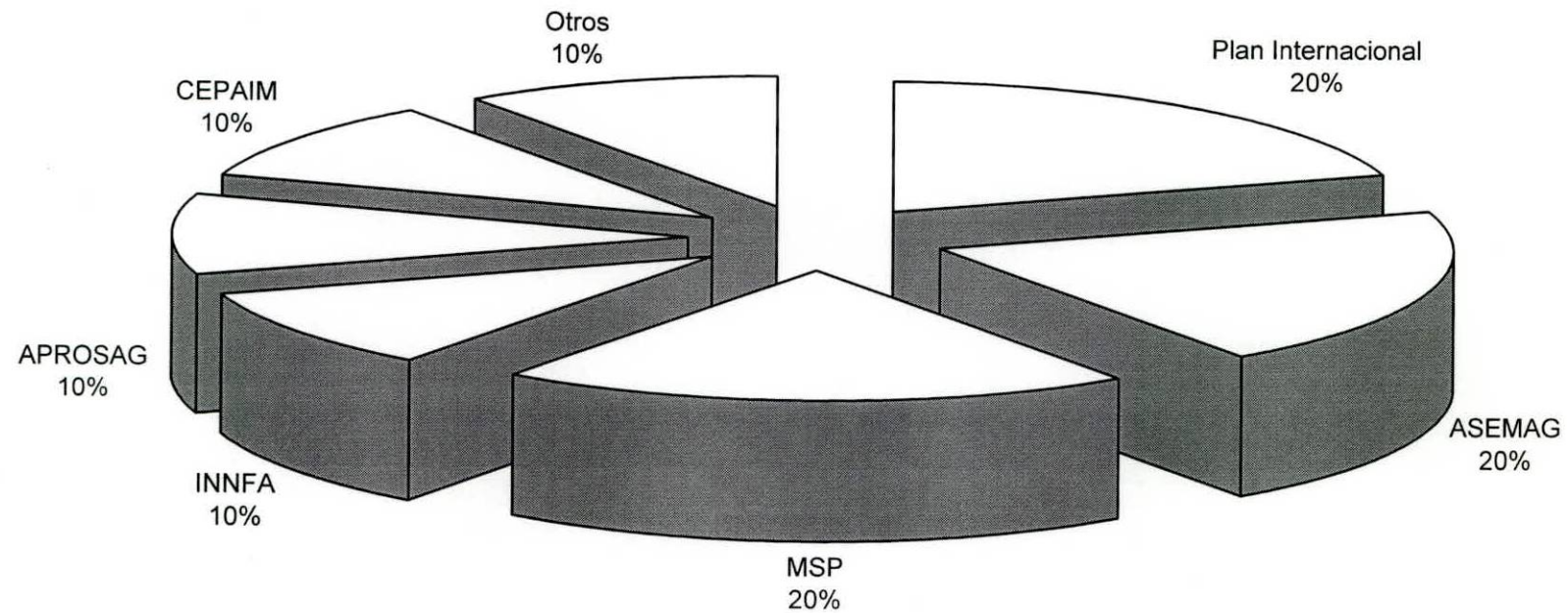


Gráfico 21

**INSTITUCIONES QUE HAN BRINDADO CAPACITACION
A LIDERES EN SALUD**



6. CONCLUSIONES

En el espacio geográfico - poblacional en estudio que corresponde a Guasmo Sur y Central; el nivel de pobreza se encuentra entre 78 y 87%.

La alta incidencia de pobreza e insalubridad condicionan la presencia de enfermedades infecto-contagiosas como primeras causas de morbilidad en el Sector.

El alto porcentaje de población en situación de riesgo (niños menores de cinco años 12% y mujeres en edad fértil 25%) crea la necesidad de revisar programas que consigan mejorar el impacto de la estrategia de salud de la población en estudio.

Observamos la tendencia de los usuarios a buscar soluciones de salud en las Unidades Operativas del Sector, lo que nos indica credibilidad y posicionamientos de los mismos, que esta dada por su capacidad de resolución técnica y tarifas económicas de promedios adecuados a sus ingresos.

La multisectorialidad, la diversidad de resolución técnica de las Unidades Operativas de la Zona estimula el desarrollo de un sistema plural de Servicios en Salud.

Existe una contradicción entre una alta concentración de recursos para la atención y un bajo impacto en la salud de la población, lo que cuestiona el actual modelo de atención y gestión. La articulación de una red plural de servicios de salud surge como una alternativa de racionalización de los recursos tanto al interior de cada unidad como en el sistema.

Se evidencia que existe en el Sector vínculos de solidaridad entre usuarios y oferentes de salud los cuales se presentan como una red intangible que ha sido creada en el transcurso del tiempo por medio de relaciones de credibilidad y lealtad entre médico y paciente.

Estos valores se constituyen en fortalezas potenciales para la implementación a futuro de una red plural de Servicios de Salud.

La capacidad de pago de la población es diversa. Alto porcentaje de la moradores no verían restringido su acceso a los Servicios de Salud en el Sector por una tarifa promedio de S/.5.000. Tal como lo revelan las encuestas practicadas a los usuarios. El acceso equitativo y universal a los servicios de salud por otro lado requiere de estrategias específicas que prevean con criterio de subsidiaridad y solidaridad la garantía de atención a los más pobres.

Se ha podido comprobar a través de las encuestas realizadas; así como en las entrevistas con los directivos de las unidades operativas que no existen evidencias de relación y coordinación entre las mismas, lo que no favorece un proceso de gestión articulada para una atención integral de salud en el sector.

Se evidencia que en la comunidad existen recursos humanos capacitados para la promoción y fomento de la salud; la misma, que ha sido transferida por Ong's que operan en el sector y que pueden contribuir positivamente en modelos dinámicos y participativos de gestión asociada.

La concepción de salud subyacente en la práctica de los servicios tanto públicos, privados e iglesia son fundamentalmente curativas. Esto conduce a la población a requerir los servicios única y exclusivamente ante la presencia de enfermedad.

7.RECOMENDACIONES.

Es necesario que se apoye la gestión local que surge como iniciativa de los grupos organizados del sector, el mismo que debe ser fortalecido por el otorgamiento de poder formal, de tal manera que se conjuguen en una acción común de asociación.

Propiciar acercamiento de las instituciones que laboran en el sector de salud, a través de convocatorias con el objetivo de caminar hacia la elaboración de consensos con relación a un funcionamiento articulado.

Le corresponde al MSP desarrollar alianzas estratégicas para ejercer liderazgo en relación con una corriente de gestión asociada que le permita al sector crecer articuladamente y favoreciendo una adecuada atención de salud de los usuarios del Guasmo.

Por el estudio realizado, se ha podido constatar que en el sector existen condiciones favorables para que se implementen modelos de gestión asociada, para ello es necesario que se consideren a algunos actores que tienen mayor representatividad, así como niveles de maduración en relación con otros presentes, y que además gozan de una adecuada aceptación en la comunidad.

Es necesario que se cree y desarrolle un adecuado sistema de información, el mismo que pueda permitir a todas las unidades de salud y actores sociales la toma de decisiones más acordes a las necesidades reales de los usuarios.

8.BIBLIOGRAFÍA

SZPIRMAN LEONARDO DR, Israel 1994. Atención primaria de salud y Medicina comunitaria. Cap II Y III.

La Salud de los 90, Reto para el Estado y las Ong's. Memorias del Seminario Taller, Quito- Ecuador Nov. / 1991. Fundación Hermano Miguel. CEOP.FODEP, PACT.

GUSTAVO MALAGÓN LONDOÑO, RICARDO GALÁN, GABRIEL PONTÓN. Administración Hospitalaria, 1996, Editorial Médica Internacional Ltda. Primera Edición Cap. III, IV, VIII Y IX.

DRUCKER PETER. Gerencia Para El Futuro, el decenio de los 90 y más allá. 1993, Editorial Norma.

OPS, Serie HSS/Manuales operativos, publicaciones Paltex. Manual de Gerencia de Calidad (volumen III) CAROL M. GILMORE. HUMBERTO DE MORAES 1996.

IDALBERTO CHIAVENATO. Administración de Recursos Humanos; Segunda Edición 1994. MC Graw-Hill. Cap. I, II, III, IV Y XIII.

ENDEMAIN 94. Encuesta demográfica y de salud Materno infantil.

SECAP/UNICEF. Encuesta de Condiciones de Vida de los Ecuatorianos.

OPS/OMS Sistemas Locales de Salud. La participación Social

OPS/OMS Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. La Administración Estratégica.

OPS/OMS. Desarrollo y Fortalecimiento de los SILOS en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud. Agosto 88.

DABAS ELICE, NAJMANOVICH DENBE. REDES, El Lenguaje de los vínculos.

POGGIESE HECTOR, FANCIONI M. DEL CARMEN. Perspectiva y Gestión asociada. FLACSO 1994.

- Consejo Provincial de Salud del Azuay/ Consejo Cantonal de Salud de Gualaceo. Reforma de Salud del Azuay. Consejo Cantonal de Salud. Oct. 96.
- Banco Mundial La pobreza en el Ecuador. Componentes de una ESTRATEGIA. 1995.
- RIECHMAN j/ FERNANDEZ BUEY F. Redes que dan Libertad. PAIDOS 1994.
- MARQUEZ PATRICIO, Control de costos en Salud. Experiencia en países de las Américas.
- MBS/BM. Proyecto de Modernización de los Servicios de Salud.
- POGGIESE H. Metodología Flacso de Planificación participativa y gestión asociada.
- VALLEJO FRANCISCO. ALCALDE DE COTACACHI. Proyecto Análisis y Promoción de Políticas de Salud. Una Alternativa de Trabajo. Comité Intersectorial de Salud. CEPAR.
- Cuaderno De Economía de INCAE. 1996.
- JOSETH BRAWERMAN. Focalización: FÁBULA O HERRAMIENTA. Documento de Trabajo N.2. UNICEF-ARGENTINA.
- MSP Poblacion Proyectada Y Censada Según Areas Y Establecimientos De Salud del Guayas. Año 1997.
- MARTINEZ GLENDA, SANTANA JULIA, LOPEZ GUILLERMO, Oferta Y Demanda del Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel. Trabajo de Grado -Postgrado en Gerencia de Servicios De Salud, 1996.
- CARRIEL ABIGAIL, VERA EULOGIO, Descentralización de Servicios de Salud en el Area 1 de la Ciudad de Guayaquil. Trabajo de Módulo 1 - Administración. Año 1997. ESPOL-ESPAE Postgrado en Gerencia de Servicios De Salud, 1996.

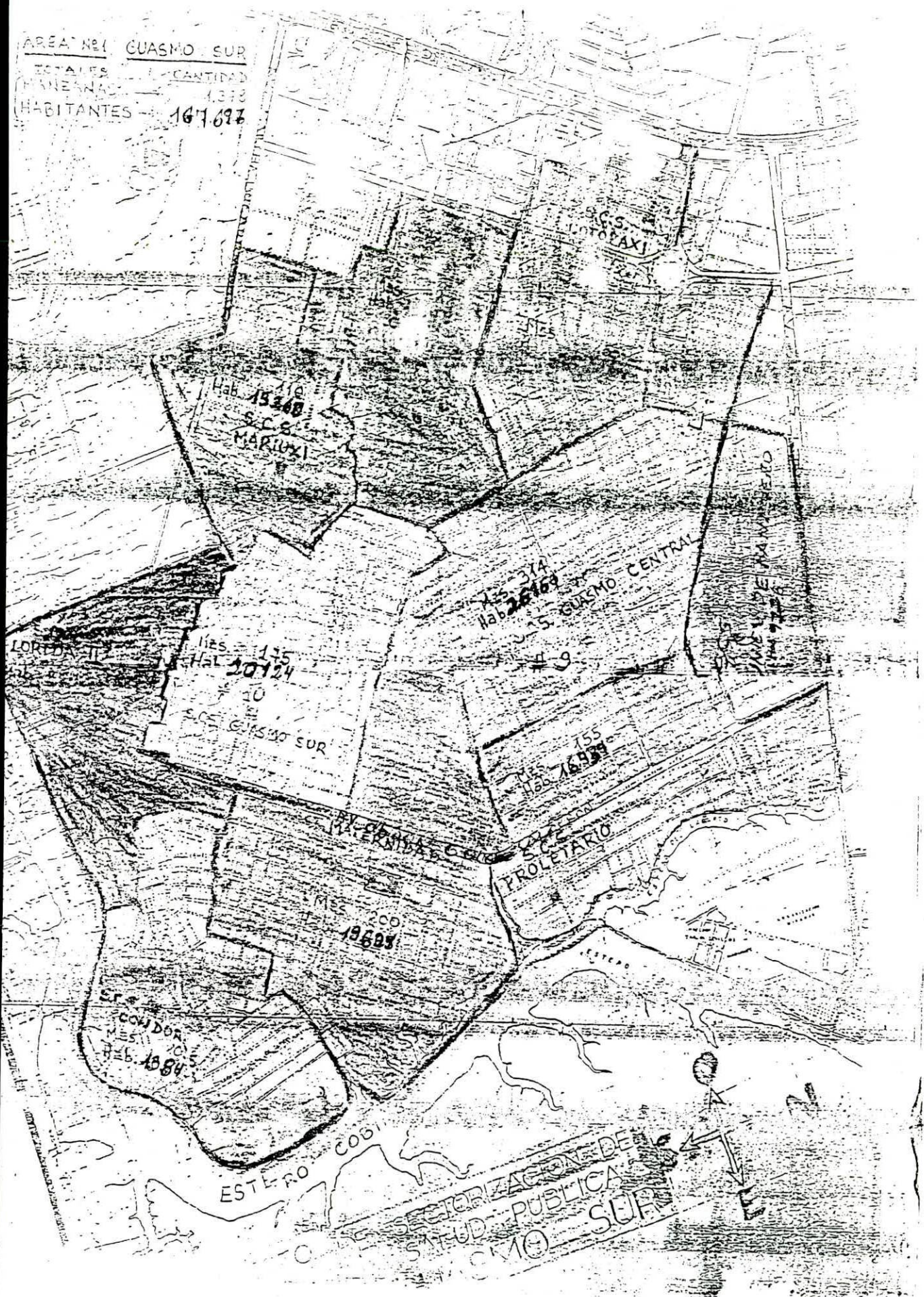
9 . A N E X O S

AREA N°1 CUASMO SUR

ESTADISTICA CANTIDAD

HABITANTES 1378

HABITANTES 167697



Anexo 1A

Encuesta para Usuario

Nombre del encuestador:

Fecha:

Dirección domiciliaria:

1. Que tiempo vive en el sector.

Menos de 5 años ☐
más

de 6 a 11 años ☐

12 años o ☐

2. Ha utilizado los servicios de salud de ésta localidad

Sí ☐

Cuales de estos

- | | |
|--------------------------|--|
| ☐ | Materno Infantil del Guasmo |
| ☐ | Reina del Quinche |
| ☐ | Unión de Bananeros (S.C.S.No.9 Guasmo Sur) |
| ☐ | Filansalud |
| ☐ | La Dolorosa del Colegio |
| ☐ | Dispensario Madre Berenice |
| ☐ | Jesús del Gran Poder |
| ☐ | S.C.S. No.10 (Guasmo Central) |
| ☐ | Fundación Huancavilca |
| ☐ | CAMI Municipio |
| ☐ | Otros |

Desde Cuando:

Menos de 5 años ☐

de 6 a 11 años ☐

12 años o más ☐

No ☐

Porque _____

a. Atención Particular ☐

b. Otros ☐

3. Que le parece el servicio, sus ventajas en relación con otros utilizados en el sector.

Muy Bueno ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Malo ☐

Ventajas.

- a. Buenos Profesionales ☐
b. Capacidad de respuesta ☐

4. Como se enteró del servicio en el sector

Por Vecinos ☐ Por Cuenta Propia ☐ Por vivir en el Sector ☐ Líder Comunitario ☐

5. Que le parecen los horarios de atención.

Adecuado ☐ Aceptable ☐ Insuficiente ☐

6. Hay dificultad para llegar a los Centros.

Sí ☐ No ☐

7. Cual ha sido el tiempo de espera.

Menos de 30 min. ☐ De 30 min. a 1 hora ☐ Más de 1 hora ☐

8. Que le parecen los costos del servicio.

Elevado ☐ Conveniente ☐ Barato ☐

9. Ha dejado de venir al servicio por falta de recursos económicos.

Sí ☐ No ☐

10. Que es lo que más le gusta del servicio.

Buena Atención ☐ Calidad Profesional ☐

Cuenta con Recursos ☐ Medicina Gratuita ☐
Materiales

Costos ☐ Cercanía ☐

Por qué _____

11. Que es lo que no le agrada del servicio.

Mal trato ☐ Tiempo de Espera ☐

Inaccesibilidad ☐ Espacio físico reducido ☐
En el invierno

Faltan Recursos ☐ No hay inconvenientes ☐
Adecuados

Anexo 1b

Encuesta para Instituciones Oferentes, Servicios de salud (públicas, privadas, ong's); médicos privados.

Nombre del encuestador:

Fecha.

Localización:

Tipo de institución:

Características de la misma:

Cuestionario.

1. Con qué institución coordina cuando usted no tiene capacidad de resolver una situación de salud compleja clínica - quirúrgica.

Privada ☐

Pública ☐

Otras ☐

- 2.Cuál es la institución que mayormente le refiere a los usuarios y que patología:

Privada ☐

Pública ☐

Otras ☐

Nómbrela _____

3. De que sector provienen sus usuarios:

Guasmo Norte ☐

Guasmo Sur ☐

Guasmo Central ☐

Otros ☐

4. Capacidad de pago de la población que usted atiende:

☐ Cobertura total (100%)

☐ Cobertura Media (50%)

☐

☐

Cobertura Parcial (-50%)

No paga

5. Costos de los servicios ofertados a la comunidad que atiende:

Por Consulta _____ Por Tratamiento Médico _____

Por Tratamiento Quirúrgico _____

6. Con qué recursos cuenta su organización:

Humanos	☐	Financieros	☐	Técnicos	☐
Adecuado	☐	Adecuado	☐	Adecuado	☐
Insuficiente	☐	Insuficiente	☐	Insuficiente	☐
No tiene	☐	No tiene	☐	No tiene	☐

7. Tiene firmado convenios o acuerdos con instituciones u otros del sector

Sí ☐ Con quienes: _____

No ☐ Porque _____

- 8.Cuál es la procedencia del financiamiento

Recursos propios ☐ Crédito ☐ Otros ☐

9. Tiempo de existencia y operación de la organización en el Medio:

Menor a 5 años ☐ De 5 a 10 años ☐ Más de 10 años ☐

10. Expectativas de crecimiento y desarrollo, ha crecido en los 5 últimos años:

Sí ☐ No ☐

Cuál es el área que desea desarrollar _____

11. Ha realizado algún tipo de difusión de su Institución:

Sí ☐ No ☐

12. Como ve Ud., la posibilidad de trabajar con línea de atención primaria:

Sí ☐

No ☐

Cuál es el área que desea desarrollar _____
13. Mencione las cinco patologías que más frecuentemente atiende:

Anexo 1c

Encuesta para líderes de la comunidad

Nombre del encuestador:

Fecha:

Dirección:

Nombre de la organización a la que pertenece:

Tiempo de fundación de su Organización:

1. Tipo de Organización:

Barrial

☐

Mujeres

☐

Juvenil

☐

Movimiento:

Social

☐

Político

☐

Religioso

☐

Otro

☐

2. Que tiempo lleva en la organización

Menos de 5 años

☐

De 6 a 11 años

☐

Más de 12 años

☐

3. Tiene una población objetivo definida para dar atención:

Si

☐

Quienes son: _____

Por qué: _____

No

☐

Por qué: _____

4. Proyectos que ejecuta actualmente:

Actividades:

Capacitación

☐

Cuidado de Niños

☐

Educación

☐

- Voluntariado ☐ Microempresa ☐ Otros ☐
5. Como se encuentra constituida su organización.

Directiva ☐ Comisiones ☐ Asambleas ☐ Otros ☐

6. Tiene relación con otros líderes y ong's del sector

Sí ☐ Quienes son _____

No ☐ Por qué _____

7. Ha recibido capacitación en Salud

Sí ☐ Quien la dio _____

No ☐

8. Tiene algún acuerdo o convenio con Instituciones del sector

Sí ☐ NO ☐

Porque _____

9. Cuáles Cree que son las necesidades más urgentes del sector salud:

Económicos ☐ Organizacionales ☐ Maltrato al Usuario ☐

Acceso al Servicio ☐

10. Conoce usted estos servicios:

INSTITUCION	LOS CON OCE		LOS HA UTILIZADO		MUY BUENO	BUENO	REGULAR	MALO
	SÍ	NO	SÍ	NO				
Materno Infantil del Guasmo								
Reina del Quinche								
Unión de Bananeros (S.C.S.No.9 Guasmo Sur)								
Filansalud								
La Dolorosa del Colegio								
Dispensario Madre Berenice								
Jesús del Gran Poder								
S.C.S. No.10 (Guasmo Central)								
Fundación Huancavilca								
CAMI Municipio								

Otros								
-------	--	--	--	--	--	--	--	--

11. Que le parecen los costos del servicio:

Elevados ☐ Convenientes ☐ Baratos ☐

12. Que es lo que más le gusta del servicio y por qué:

Buena Atención ☐ Calidad Profesional ☐

Cuenta con Recursos Materiales ☐ Medicina Gratuita ☐

Costos ☐ Cercanía ☐

Por qué _____

13. ¿Qué es lo que no le agrada del servicio?

Mal trato ☐ Tiempo de Espera ☐

Inaccesibilidad En el invierno ☐ Espacio físico reducido ☐

Faltan Recursos Adecuados ☐ No hay inconvenientes ☐

Por qué _____

14. Que otras acciones se podrían hacer para mejorarla.

Anexo 1d

GUIA DE OBSERVACIÓN

Objetivo: Observación dirigida de servicios de salud

Responsable: _____ Fecha: _____

Nombre del Servicio: _____

Localización: _____

Vías de acceso: _____

Tipo de construcción del edificio:

Caña: ☐ Mixta: ☐ Cemento: ☐

Una planta: ☐ Dos plantas: ☐

de ambientes: _____

Servicios básicos: ☐ Luz ☐ Agua ☐ Servicio Higiénico

Hay una identificación del Servicio? _____

Higiene del local _____

Nivel de actividad observada: _____

de personal: _____

de pacientes: _____

Anexo 1e

ANALISIS DE RESULTADOS (CONCENTRADOS DE USUARIOS)

Localidad	Guasmo Central	Guasmo Sur
	19	31

1. Que tiempo vive en el sector.	menos de cinco años	de seis a once años	doce o más
	2	5	43

2. Ha utilizado los servicios de salud de ésta localidad	Sí	No
	43	7

C u a l e s	
Materno Infantil del Guasmo	19
Reina del Quinche	2
Unión de Bananeros	32
Filansalud	3
La Dolorosa del Colegio	24
Dispensario Madre Berenice	7
S.C.S. No.10 (Guasmo Sur)	2
Fundación Huancavilca	3
Otros	10

Por qué
a. Atención Particular
b. Otros

Desde cuando	menos de cinco años	de seis a once años	doce o más
	5	30	6

3. Que le parece el servicio, sus ventajas en relación con otros utilizados en el sector.	Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo
---	-----------	-------	---------	------

	8	31	7	3
--	---	----	---	---

Ventajas	
a. Buenos profesionales	6
b.Capacidad de Respuesta	25

4. Como se enteró del servicio en el sector	Por vecinos	Por cuenta propia	Por vivir en el sector	Lider Comunitario
	16	13	9	6

5. Que le parecen los horarios de atención.	Adecuado	Aceptable	Insuficiente
	38	3	1

6. Hay dificultad para llegar aquí.	Si	No
	14	32

7. Cual ha sido el tiempo de espera.	menos de 30 min.	de 30 min. A 1 hora	Más de una hora
	5	22	13

8. Que le parecen los costos del servicio.	Conveniente	Barato
	13	29

9. Ha dejado de venir al servicio por falta de recursos económicos.	Si	No
	6	34

10. Que es lo que más le gusta del servicio y porque.	Buena Atención	Calidad Profesional	Cuenta con Recursos Materiales	Medicina Gratuita	Costos	Cercanía
	32	6	1	3	5	5

11. Que es lo que gusta menos del servicio y porque.	Mal Trato	Tiempo de Espera	Inaccesibilidad en el Invierno	Espacio físico reducido	No hay inconvenientes	Faltan recursos adecuados
	7	13	3	2	18	3

Anexo 1f

ANALISIS DE RESULTADOS (CONCENTRADOS DE LAS INSTITUCIONES OFERENTES DE SERVICIOS DE SALUD, ONG'S, MEDICOS PRIVADOS DEL SECTOR)

Localización:	GUASMO CENTRAL	GUASMO SUR
	7	6

Tipo de Institución:	PRIVADA	SEMI PRIVADA	PUBLICA	PRIVADA RELIGIOSA
	8	1	2	2

Características de la misma:	CLINICA	HOSPITAL	CENTRO DE SALUD	SUB CENTRO DE SALUD	CONSULTORIO	OTROS
	4	1	3	3	1	1

CUESTIONARIO			
1. Con que Institución coordina cuando usted no tiene capacidad de resolver una situación de salud compleja clínico-quirúrgica	PRI VA DA	PUBLICA	OTRAS
	6	6	3

2. Cual es la Institución que más refiere a los usuarios.	PRI VA DA	PUBLICA	DEMANDA EXPONTANEA
	4	1	9

Nómbrela:	SUBCENTROS DE SALUD DEL SECTOR	2
	PLAN INTERNACIONAL	1
	FILANSALUD	1
	REINA DEL QUINCHE	1

	GUARDERIAS INFANTILES (INNFA, ORI)	1
	CENTROS PRIVADOS	3
	DEMANDA EXPONTANEA	8

3, De que sector provienen sus usuarios	Guasmo Norte	Guasmo Sur	Guasmo Central	Otros
	6	9	10	7

4. Capacidad de pago de la población que usted atiende.	Pago Total	Pago Parcial	No Paga
	10	1	1

5. Costo de los Servicios Ofertados a la Comunidad que atiende						
Servicios	Gratuito	De S/.1 a S/.5.000	De S/.5.001 a S/.10.000	De S/.10.001 a S/.50.000	De S/.50.001 a S/.100.000	Más de S/.100.000
Consulta	1	6	1	4		
Tratamiento Médico	1	2	1	4		
Odontológico			2			
Tratamiento Quirúrgico			2	2	1	2
Laboratorio			1	4		

6. Con que Recursos cuenta su Organización:	Humanos		Financieros		Técnicos	
	Adecuado	9	Adecuado	7	Adecuado	8
	Insuficiente	3	Insuficiente	5	Insuficiente	4
	No tiene		No tiene		No tiene	

7. Tiene firmados convenios o acuerdos con Instituciones u otros Sectores	Si	No
	5	7

Con quienes	MSP	HOSPITALES PRIVADOS	POLICLINICOS	OTROS
	1			3

Por qué:	No se justifica	No le han propuesto	No ha habido oportunidad
----------	-----------------	---------------------	--------------------------

	4	1	1
--	---	---	---

8.Cuál es la procedencia del financiamiento	Recursos Propios	Fiscales	Crédito	Otros
	10	1	2	3

9. Tiempo de existencia y operación de la Organización en el Medio.	Menor a 5 años	De 5 a 10 años	Más de 10 años
	4	3	5

10. Expectativas de crecimiento y desarrollo. Ha crecido en los últimos cinco años	Sí	No
	10	2

Cuál área desea desarrollar:	Capacidad resolutive	Cobertura	Materno Infantil	Especialidades	Farmacia	Atención Primaria	Otros
	4	1	1	4	1	2	1

11. Ha realizado algún tipo de difusión de su Institución.	Sí	No
	9	3

12. Cómo ve Ud., la posibilidad de trabajar en línea de atención primaria	Sí	No
	9	3

Cuál área desea desarrollar:	Capacidad en Gerencia	Educación para la Salud	Voluntariado	Objetivo de la Fundación
	1	5	1	1

13. Mencione las cinco patologías que más frecuentemente atiende	EDA	8
	IRA	12
	TIFOIDEA	3
	PARASITOSIS	2
	SARAMPION	2
	DENGUE	4
	TUBERCULOSIS	2
	DERMATOLOG.	7
	ULCERA	1
	DESNUTRICION	2
	IVU	3
	ENF. DEGENER.	2
	HIPERTENSION	3
	DIABETES	1
	TRASTORNOS SICOLOGICO	1
	CARDIOPATIAS	2

Anexo 1g

ANALISIS DE RESULTADOS (CONCENTRADOS LIDERES COMUNITARIOS)

Dirección:	GUASMO CENTRAL	GUASMO SUR
	3	3

Nombre Organización a la que pertenece:	Hogar de los Pobres	Cooperativa Unión de bananeros	Comité de Mujeres Pablo Neruda	AVOSAG	Hermanas de la Anunciación	Fund.Trabaj de la Construcción
	1	1	1	1	1	1

Tiempo de Fundación:	Menor a 5 años	De 5 a 10 años	Más de 10 años
	1	2	3

CUESTIONARIO

1. Tipo de Organización	Barrial	Mujeres	Movimiento Social	Movimiento Religioso	Educativa
	2	3	5	1	1

2. Que tiempo lleva en la Organización	Menor a 5 años	De 6 a 11 años	Más de 12 años
		1	5

3, Tiene una población objetivo definida para dar atención	Si	No
	6	

QUIENES SON:	Madres	2
	Niños	3
	Comunidad	2
	Adultos	2

POR QUE	Ayudar a mujeres y niños más accesibles
	Trabajar por fin social

4. Proyecto que ejecuta actualmente	Capacitación	Voluntariado	Educación	Cuidado de Niños	Otros
	2	2	2	3	2

5. Como se encuentra constituida su organización	Directivas	Comisiones	Asambleas	Otros
	5	3	1	

6. Tiene relación con otros líderes y ong's del sector	Si	No
	5	1

QUIENES SON:	1 de Agosto	1
	Sandino	1
	Fundación Guayaquil	1
	Fertisa	1
	Casitas del Guasmo	1
	AVOSAG	1
	Fundación Huancavilca	1
	Filanbanco	1
	INNFA	1
	Defensa Civil	1
	CEPAIM	1
	Asoc. De Artesanos	1
	Líderes Consejo Pastoral Parroq.	1
	U. De Bananeros	1

POR QUE:	Son Independientes
----------	--------------------

7. Ha recibido capacitación en Salud	Si	No
	5	1

Quien la dio	Plan Internacional	2
	ASEMAG	2
	MSP	2
	INNFA	1
	APROSAG	1
	CEPAINF	1

	Otros	1
--	-------	---

8. Tiene algún acuerdo o convenio con Instituciones del Sector	Sí	No
	2	4

POR QUE SI:	Coordinar acciones de Salud
	Desarrollo Comunitario

POR QUE NO:	No lo cree necesario	2
	No existen	1
	No hay predisposición	1

9. Cuáles cree que son las necesidades más urgentes del Sector Salud	Económicos	Organizacionales	Mal Trato al Usuario	Acceso al Servicios	Otros
	5	0	1	0	1

10. Conoce Usted Estos Servicios	INSTITUCION	LOS CONOCE		LOS HA UTILIZADO		MUY BUENO	BUEN O	REGULAR
		SI	NO	SI	NO			
	Materno Infantil del Guasmo	6		3	3	1	3	
	Reina del Quinche	3	3	2	2	1	2	
	Unión de Bananeros	4	3		4	1	1	
	Filansalud	5	1	2	2	1	1	2
	La Dolorosa del Colegio	5	1	4	1	1	3	
	Dispensario Madre Berenice	3	3	1	4	1	1	
	Jesús del Gran Poder	1	5		4			
	S.C.S. No.10 .	3	3	1	4	1		
	Fundación Huancavilca	4	3	3		1	3	
	CAMI Municipio	3	4		3		1	
	Otros	1			1			

11. Que le parecen los costos de los servicios	Elevados	Convenientes	Baratos
	2	2	2

12. Que es lo que más le gusta del servicio y porque.	Buena Atención	Calidad Profesional	Cuenta con Recursos Materiales	Medicina Gratuita	Costos	Cercanía
	5	2	1	1	2	2

POR QUE:	Acercamiento
	Adaptación a enfermedades

Anexo 1h

PROFESIONALES DE LOS SUBCENTROS DE SALUD GUASMO SUR, AGOSTO 1997.

PROFESIONALES	SCS # 10	Unión de Bananeros	COTO PAXI	FLORIDA	MARIUXI FEBRES CORDERO	CONDOR	REINA DEL QUINCHE	SCS 9	PROLETA RIO SIN TIERRA	TOTA L
Médico	2	1	3	2	2	2	2	3	2	19
Enfermera	1	1	1	1	2	1	1	1	1	10
Odontólogo	2	1	1	1	1	1	2	°3	2	14
Obstetriz	*2	1	1	1	1	1	1	1	2	11
Total	7	4	6	5	6	5	6	8	7	54

* Una de la obstetrices es de 4 horas con nombramiento definitivo

° Se contabilizan 3 Odontologas porque una auxiliar de odontología se graduó como odontologa y da atención como tal, pero su partida sigue siendo de auxiliar de odontología

Anexo li

INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LOS SUBCENTROS GUASMO SUR, 1997.

AREAS FÍSICAS	CONDOR	FLORIDA	COTOPAXI	MARIUXI	QUINCHE	# 10	# 9	PROLETAR.
Consultorio médico	3	2	3	2	2	2	3	2
Enfermería	1				1	1	1	
Cosultorio de enfermeria		1	1	1				
Consultorio de obstetricia	1	1	1	1	1	1	1	1
Pre y Post consulta					1	1		1
Consultorio Odontologico	1	1	1	1	1	1	1	1
Sala de Espera	1	1	1	1	1	1	2	1
Abastecimiento	1							
Oficina de direcc						1		1
Estadística	1	1	1	1	1	1	1	1
Recepción	1							2
Sanitarios	4	2	3	3	3	3	6	1
Bodega	1	1	1	1	1	1		1
Botica			1	1	1	1	1	
Amb. de Zoonosis	1					1		
Cuarto de Guardián							1	
Consult de Psicología						1		
Sala de Reuniones							1	
Vacunatorio			1	1	1	1		
Amb. de toma de muestra de laborat.				1	1	1		
Cocina							1	
Laboratorio						1		

13. Que es lo que gusta menos del servicio y porque.	Mal Trato	Tiempo de Espera	Espacio físico reducido	No hay inconvenientes
	1	2	1	1

14. Que otras acciones se podrían hacer para mejorarla	Capacitación con otros mensajes	2
	Servicio de alcantarillado	1
	Fortalecimiento organizaciones barriales	1
	Proyecto gestión comunitaria (médico barato)	2

Anexo 2

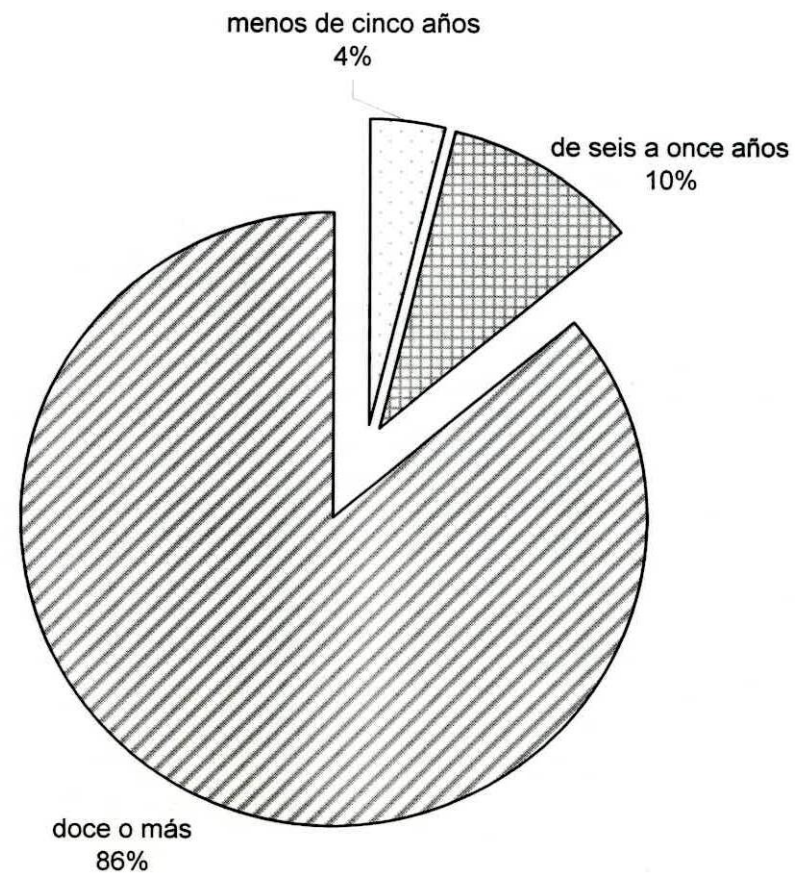
AREAS	ESTABLECIMIENTOS	POBLACION TOTAL
1	HOSPITAL MATERNO INFANTIL DEL GUASMO	20.154
	SCU. Mariuxi Febres Cordero	16.087
	SCU. Cotopaxi	21.394
	SCU. Reina del Quinche	15.413
	SCU. Cóndor	14.196
	SCU. Proletarios Sin Tierra	17.101
	SCU. Florida	11.581
	SCU. Guasmo Central	27.093
	SCU. Guasmo Sur	20.66
	SCU. Unión de Bananeros	10.01
	TOTAL AREA No.1	173.689

Anexo 3

DIRECTORIO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SEGÚN ÁREAS, TIPO, INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE, LOCALIDAD Y No. DE CAMAS									
PROVINCIA DEL GUAYAS - AÑO 1997									
ÁREA	NOMBRE	TIPO	INSTITUCIÓN	UBICACIÓN GEOGRÁFICA				No. DE CAMAS	
				CANTÓN	PARROQUIA	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	HOSP.	EMER.
1	Materno Infantil del Guasmo	HMI	MSP	GUAYAQUIL	XIMENA	GUAYAQUIL	Olfa de Bucaram y 29 de Mayo	44	
	Mariuxi Febres Cordero	SCU	MSP	GUAYAQUIL	XIMENA	GUAYAQUIL	Precooperativa Mariuxi Febres Cordero		
	Cotopaxi	SCU	MSP	GUAYAQUIL	XIMENA	GUAYAQUIL	Coop. 14 de Abril		
	Reina del Quinche	SCU	MSP	GUAYAQUIL	XIMENA	GUAYAQUIL	Precooperativa Reina del Quinche		
	Cóndor	SCU	MSP	GUAYAQUIL	XIMENA	GUAYAQUIL	Coop. Cristal		
	Proletarios sin Tierra	SCU	MSP	GUAYAQUIL	XIMENA	GUAYAQUIL	Precoop. Proletarios sin Tierra		
	Florida	SCU	MSP	GUAYAQUIL	XIMENA	GUAYAQUIL			
	Guasmo Central	SCU	MSP	GUAYAQUIL	XIMENA	GUAYAQUIL	Unión de Bananeros B#2		
	Guasmo Sur	SCU	MSP	GUAYAQUIL	XIMENA	GUAYAQUIL	Cooperativa Guayas y Quil		
	Unión de Bananeros	SCU	MSP	GUAYAQUIL	XIMENA	GUAYAQUIL	Unión de Bananeros		
	Elisobe	POLI	PART	GUAYAQUIL	XIMENA	GUAYAQUIL	Guasmo Central Mz.3 S.4	1	
	Jesús del Gran Poder	POLI	PART	GUAYAQUIL	XIMENA	GUAYAQUIL	Cooperativa Unión de Bananeros B#2		
	Policlínico Dr. Correa	POLI	PART	GUAYAQUIL	XIMENA	GUAYAQUIL	Guasmo SurCoop.Cristal Ms.J S.2		
	Albergue Hogar de la Paz	DISP	PART	GUAYAQUIL	XIMENA	GUAYAQUIL	C.S. junto a Iglesia San Vicente Ferrer		
	Corazón de Jesús	DISP	PART	GUAYAQUIL	XIMENA	GUAYAQUIL	Guayas y Quil, Mz.61 S.1		
	Conenfu	DISP	PART	GUAYAQUIL	XIMENA	GUAYAQUIL	Juan Pédola. Mz.E S.12		
	Dr. Galarza	DISP	PART	GUAYAQUIL	XIMENA	GUAYAQUIL	Florida 1. Mz. 13		
	Dr. Jácome	DISP	PART	GUAYAQUIL	XIMENA	GUAYAQUIL	Coop. Guayas y Quil 2 Mz.5		
	Eugenio Espejo	DISP	PART	GUAYAQUIL	XIMENA	GUAYAQUIL	Guayas y Quil, Mz.3 S.14		
	FILANSALUD	DISP	PART	GUAYAQUIL	XIMENA	GUAYAQUIL	Cdla. Juan Pédola; junto a Iglesia		
	La Dolorosa	DISP	PART	GUAYAQUIL	XIMENA	GUAYAQUIL	Guasmo Central, Cdla. El Pedregal		1
	La Dolorosa del Colegio	DISP	PART	GUAYAQUIL	XIMENA	GUAYAQUIL	Guasmo Central, Cdla. Ave. Las Esclusas		1
	Madre Berenice	DISP	PART	GUAYAQUIL	XIMENA	GUAYAQUIL	Guasmo Sur, Coop.Unión de Bananeros		
	Narcisa de Jesús	DISP	PART	GUAYAQUIL	XIMENA	GUAYAQUIL	Guasmo Sur, Coop.Proletarios sin Tierra		
	Planta Industrial Cartonera	DISP	PART	GUAYAQUIL	XIMENA	GUAYAQUIL	Vía Puerto Marítimo		1
	San Gregorio	DISP	PART	GUAYAQUIL	XIMENA	GUAYAQUIL	Guasmo Sur. Amazonas 1 Mz.B		
	San José	DISP	PART	GUAYAQUIL	XIMENA	GUAYAQUIL	Guasmo Sur. Coop.Florida 2 Mz. 15		1
	Tu Salud	DISP	PART	GUAYAQUIL	XIMENA	GUAYAQUIL	Guasmo Sur. Coop.Causas Proletarias		
	Virgen de la Silla	DISP	PART	GUAYAQUIL	XIMENA	GUAYAQUIL	Unión de Bananeros. Bl.1 Mz.46 S.1		
	S/N.	C.MED	PART	GUAYAQUIL	XIMENA	GUAYAQUIL	Unión de Bananeros, Bloque 2		
	S/N.	C.MED	PART	GUAYAQUIL	XIMENA	GUAYAQUIL	Unión de Bananeros, Bloque 2		
	S/N.	C.MED	PART	GUAYAQUIL	XIMENA	GUAYAQUIL	Pueblo Unido, Mz.1 S.28		
	S/N.	C.MED	PART	GUAYAQUIL	XIMENA	GUAYAQUIL	Unión y Progreso Mz.E S.12		
	Amazonas	C.MED	PART	GUAYAQUIL	XIMENA	GUAYAQUIL	Guayas y Quil, Mz.14 S.11		
	Corazón de Jesús	C.MED	PART	GUAYAQUIL	XIMENA	GUAYAQUIL	Coop. 5 de Octubre Mz.3 S.6		

Anexo 4

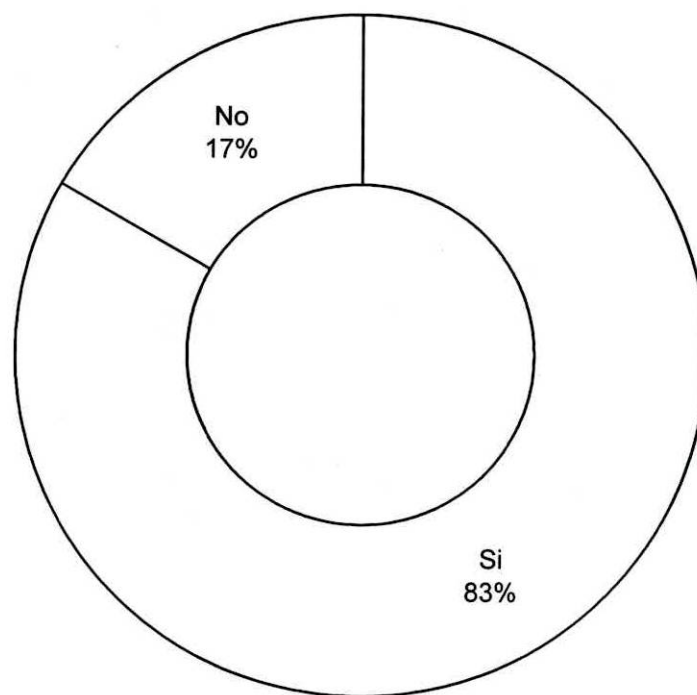
TIEMPO DE RESIDENCIA DE USUARIOS EN EL SECTOR



Fuente: Encuesta a Usuarios del Sector.
Guasmo Sur y Central. Nov.97

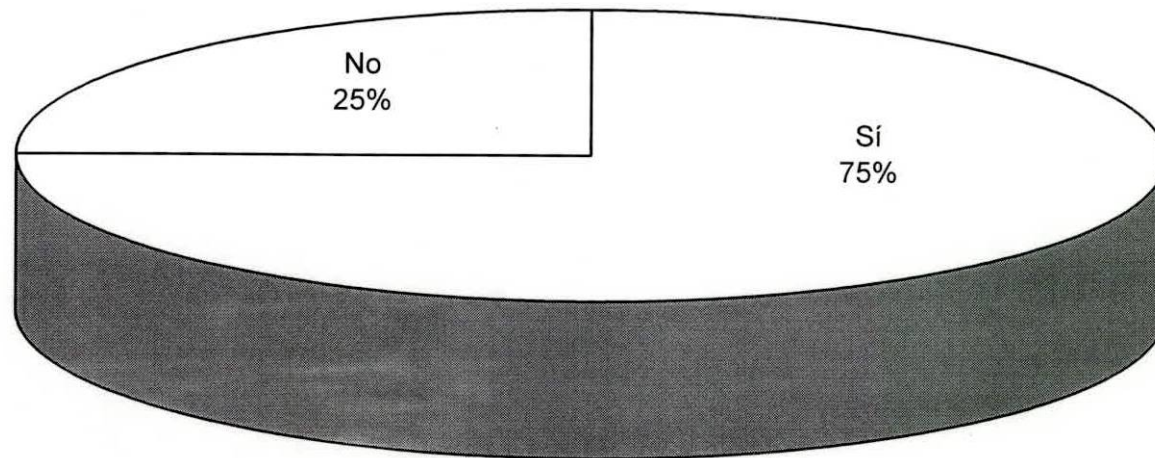
Anexo 5

GRADO DE RELACION ENTRE LIDERES DE LA COMUNIDAD



Anexo 6

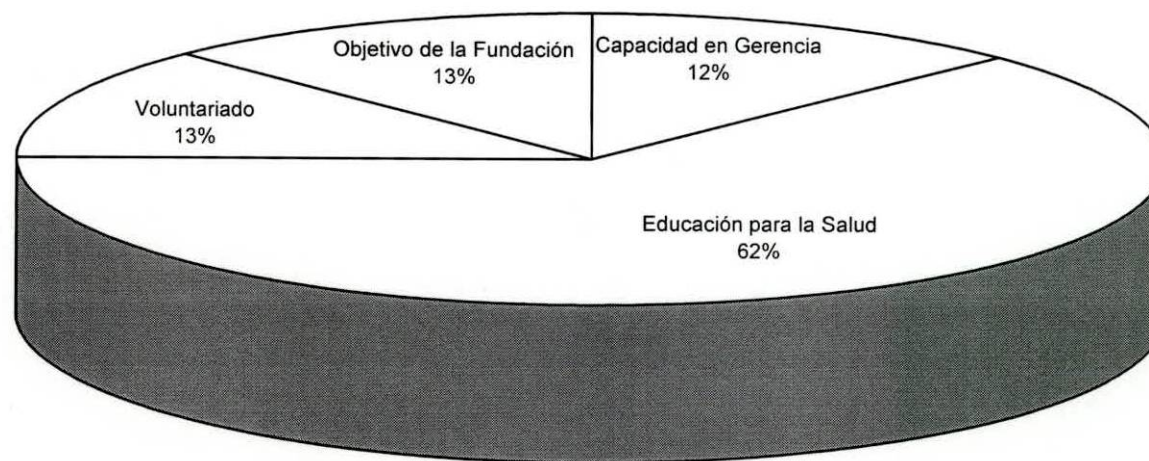
GRADO DE DIFUSION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR



FUENTE: Encuesta Directivos de Instituciones
Oferentes de Servicios de Salud, Ong's,
Médicos Privados del Sector.

Anexo 7

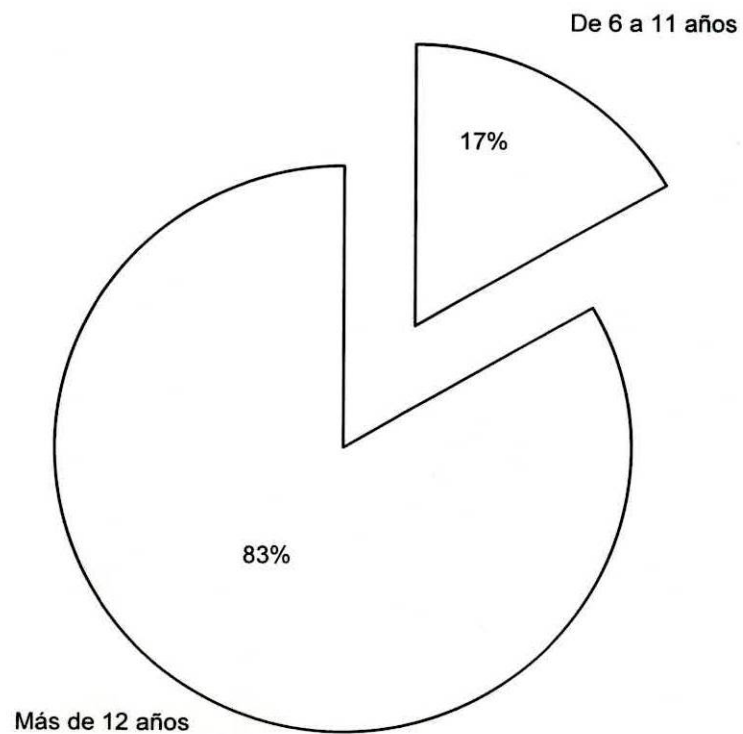
AREAS DE INTERES INSTITUCIONAL PARA FUTURO DESARROLLO



FUENTE: Encuesta a Directivos de Instituciones
Ofertantes de Servicios de Salud, Ong's,
Médicos Privados del Sector.

Anexo 8

TIEMPO DE PERMANENCIA DE LOS LIDERES EN LAS ORGANIZACIONES A LAS QUE SE PERTENECEN



Anexo 9

ORGANIZACIONES CON LAS QUE INTERACTUAN LOS LIDERES COMUNITARIOS
1 de Agosto
Sandino
Fundación Guayaquil
Fertisa
Casitas del Guasmo
AVOSAG
Fundación Huancavilca
Filanbanco
INNFA
Defensa Civil
CEPAINF
Asoc. De Artesanos
Líderes Consejo Pastoral Parroq.
Unión De Bananeros