



D-18758

T
614 / FEI

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL

**ESCUELA DE POSTGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE
EMPRESAS**

PROGRAMA DE GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD

SEGUNDA PROMOCIÓN

TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO DEL TRABAJO

**DESCENTRALIZACIÓN ADMINISTRATIVA Y COGESTIÓN
FINANCIERA EN EL CENTRO DE SALUD MACHÁNGARA**

**REALIZADO POR: DR. IVAN FEICAN MALDONADO
DR. VÍCTOR SACOTO SACOTO
ING. COMERCIAL CARLOS ROMÁN O.**

DIRIGIDO POR: DR. ERNESTO TORRES

GUAYAQUIL, DICIEMBRE 1997

DEDICATORIAS

A la memoria de mi Padre, a mi Madre.

**Para mi esposa Bety y mis hijos Javier y David por su comprensión y apoyo
al sacrificar nuestro irrecuperable tiempo.**

CARLOS

A la memoria de mis Padres.

A mi esposa e hijos por sacrificar el precioso tiempo de estar juntos.

A mis hermanos por su constante apoyo.

VÍCTOR MIGUEL

Por ti:

Dieguito Andrés +

Para Ustedes:

Martha, Pao, María José.

Gracias Madre, Tías y Hermanos.

IVAN

AGRADECIMIENTO

Al terminar los estudios en Gerencia de Servicios de Salud y proponer al presente trabajo de grado queremos dejar constancia de nuestro agradecimiento al Ministerio de Salud Pública que nos permitió cursar este post-grado; a la ESPOL-ESPAE por habernos acogido en sus aulas; al Dr. Ernesto Torres Terán, Tutor de nuestro grupo de estudio y director de nuestro trabajo ya que sus sugerencias han sido de invaluable ayuda para poder hacer realidad nuestra propuesta. A las Direcciones Provinciales de Salud del Azuay y Cañar por las facilidades dadas para que este período de especialización se haya plasmado en realidad.

ÍNDICE

| | PAG. |
|------------------------------------------------------------------|------|
| RESUMEN EJECUTIVO | 1 |
| EPIGRAFE | 2 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 2 |
| OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 3 |
| DESARROLLO DE LA ADMINISTRACIÓN | 4 |
| ANTECEDENTES | 4 |
| ETAPA EMPÍRICA O PRÁCTICA | 5 |
| ADMINISTRACIÓN CIENTÍFICA | 6 |
| DRUCKER INDICA | 8 |
| SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN SANITARIA | 9 |
| SÍNTESIS DE LA HISTORIA DEL MINISTERIO DE SALUD EN EL ECUADOR | 10 |
| ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA ACTUAL DEL MINISTERIO DE SALUD | 12 |
| NIVEL DEL ÁREA DE SALUD | 12 |
| NIVEL PROVINCIAL | 13 |
| NIVEL NACIONAL | 13 |
| DESCENTRALIZACIÓN | 15 |
| DESCONCENTRACIÓN | 16 |
| GESTIÓN, AUTOGESTIÓN, COGESTIÓN | 17 |
| REQUISITOS PARA LOS SISTEMAS DE SERVICIO | 18 |
| LA SALUD EN LA PROVINCIA DEL AZUAY | 19 |
| PROBLEMÁTICA ACTUAL DE LA PROVINCIA DEL AZUAY | 22 |
| DEFINIR LOS PROBLEMAS DE SALUD DEL AZUAY | 25 |
| INDICADORES | 27 |
| MÓDULO URBANO (ÁREA DE SALUD) | 33 |
| EL ÁREA DE SALUD MAGHANGARA | 33 |
| ESTRUCTURA DEL CENTRO DE SALUD | 34 |
| ORGANIGRAMA FUNCIONAL | 35 |
| FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE | 35 |
| OBJETIVO N° 1 | 37 |

| | |
|-------------------------------------------|-----------|
| OBJETIVO N° 2 | 38 |
| OBJETIVO N° 3 | 39 |
| RESULTADOS | 40 |
| ANÁLISIS DE LOS PUESTOS DE TRABAJO | 43 |
| ANÁLISIS DE SELECCIÓN CONTRATACIÓN | 44 |
| ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA SALARIAL | 44 |
| DESARROLLO OBJETIVO 2 | 46 |
| IDENTIFICACIÓN DE COSTOS | 46 |
| COSTOS INDIRECTOS | 49 |
| CONCLUSIONES DE COSTOS | 51 |
| DESARROLLO DE OBJETIVO 3 | 53 |
| CONCLUSIÓN | 57 |
| PROPUESTA | 58 |
| RECUPERACIÓN PARCIAL DE COSTOS | 58 |
| EXONERACIONES | 59 |
| PROPUESTA DE COGESTIÓN | 60 |
| ANEXOS | 62 |
| BIBLIOGRAFÍA | 67 |

RESUMEN EJECUTIVO

El concepto de Administración ha cambiado, los vientos de modernización han llegado y con ello nuevas teorías se han incorporado, como es lógico ello ha sucedido también en Administración de Salud, los viejos principios inherentes a la Salud y a la formación medida han sido trastocados, los criterios de promoción, prevención y protección de la Salud han ido incrementando su importancia y en cierta forma ganando terreno a los tradicionales principios de curación y rehabilitación. Por esto ha tenido que cambiarse la estructura administrativa de las Organizaciones de Salud y reformularse sus metas y objetivos como también sus bases de sostenibilidad y financiamiento.

Estar en una Institución que tratando de lograr sus objetivos gasta mucho dinero, va provocando deficiencia al interior por la falta de presupuesto adecuado para servir a toda la población.

Este procedimiento causa inestabilidad. A nivel de atención, hospitalización e incluso infraestructura. No pudiendo cumplir con lo que se pregona equidad, efectividad, eficiencia y eficacia. Sin llegar jamás a la población que realmente requiere de nuestros servicios la actual organización no tiene un norte ha perdido el liderazgo, sin líderes sus bases lógicamente se encuentran desmotivadas y confundidas, el centralismo no es operativo, ha surgido un liderazgo local conocedor de la realidad propia y en muchos casos preparados para dirigir su destino por estas consideraciones creemos que es hora del cambio y proponemos la descentralización real y efectiva del Ministerio de Salud y al mismo tiempo la implementación del marco legal que nos permita la cogestión financiera.

DESCENTRALIZACIÓN ADMINISTRATIVA Y COGESTIÓN FINANCIERA EN EL CENTRO DE SALUD MACHANGARA

EPÍGRAFE

Sofíamos y vimos que soñar era bueno, teníamos, un país nuevo con excelentes políticos y conducidos por un sabio Presidente, la felicidad la expresaban sus habitantes y salud no podía ser la excepción, la conducción lo hacíamos quienes estamos en capacidad de hacerlo, desde el ministro hasta el último de los empleados de nuestro viejo y querido ministerio, un sindicato de apoyo y sin huelgas. El usuario agradecido por la atención especializada, cálida con eficiencia y eficacia, la emoción fue tan grande que al despertar la dura realidad nos recibió con una sorpresa, seguíamos siendo solo visionarios, con una dura misión cambiar esta estructura actual por lo que nosotros pensamos, robando espacios y provocando cambios que desde abajo sean representativos y transformen la actual por lo nuevo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Pese a que teóricamente se encuentra las Áreas de Salud en provincia del Azuay, descentralizadas, administrativa y financieramente por tener su presupuesto propio y siendo una unidad contable, considerada así por el Ministerio de Finanzas, no tienen la suficiente capacidad resolutive ya que económicamente depende casi en su totalidad de las asignaciones estatales y administrativamente de las políticas generales que se las dictan desde el nivel central del ministerio de salud pública. Es de anotar que a pesar de que todos los años se presentan las proformas presupuestarias debidamente justificadas en base a las necesidades de cada unidad operativa, estas no son respetadas ya que se trabajan en el Ministerio de Finanzas con techos presupuestarios sin importar mucho las necesidades técnicas, en las mismas proformas se realiza la calendarización mensual de gastos; las asignaciones enviadas no respetan esas propuestas; lo que crea una serie de conflictos por cuanto los saldos en las sub-líneas de crédito siempre resultan deficitarias para los gastos que se deben efectuar. En cuanto a la parte administrativa igualmente la capacidad resolutive es restringida porque no existe autonomía para la toma de decisiones ya que estas mantienen una rigidez normativa.

Consideramos que esta estructura se mantiene debido a la resistencia por parte del nivel central a derivar el poder a los mandos provinciales y locales.

En los últimos años en el Ecuador se ha tomado conciencia de la necesidad de un proceso de descentralización en todos los niveles de gestión, por cuanto se ha reconocido que las decisiones tomadas a nivel local son gerencialmente las más acertadas, debido a que son los actores sociales locales los que más conocen de su realidad.

Dentro de este contexto planteamos la impostergable necesidad de una real y verdadera descentralización administrativa y cogestión financiera en el Centro de Salud Machangara. La misma que deberá tomarse como modelo para las demás unidades operativas de la provincia del Azuay.

OBJETIVO GENERAL

Proponer la descentralización administrativa y financiera en el Centro de Salud Machangara.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Realizar un diagnóstico de los recursos humanos existentes y del necesario para el buen funcionamiento del Centro de Salud.

Optimizar la utilización de los recursos financieros mediante la iniciación de un sistema de costos.

Aplicar las herramientas para realizar la recuperación parcial de costos y buscar cogestión administrativa y financiera.

DESARROLLO DE LA ADMINISTRACIÓN

La tarea de organizar y administrar los esfuerzos de los individuos para lograr un fin común, es tan antigua como la civilización. La Biblia, las inscripciones egipcias y babilónicas nos hablan ya de ello. Tanto en la Iglesia como en el Gobierno, el ejército o en los negocios, la Administración juega un papel muy importante. Las actividades de uno y de otro grupo difieren grandemente, pero en todos ellos encontramos problemas de organización, selección de personal establecimiento de planes, emisión de órdenes, medición de resultados de coordinación y control de actividades para lograr los resultados deseados. Este es el proceso básico de todo esfuerzo común.

La Administración según Petersen: Es una técnica por medio de la cual los propósitos y objetivos de un grupo humano cualquiera son determinados, clasificados y ejecutados. El método para llevarla a cabo es la Dirección. Su objetivo es organizar a los miembros del grupo y coordinar, dirigir y supervisar sus actividades para obtener los resultados y metas deseados.

La Administración según William Newman: es la guía, encausamiento de los esfuerzos de un grupo de individuos para lograr un objetivo común.

Para el Maestro Licenciado Agustín Reyes Ponce es el conjunto sistemático de reglas para lograr la máxima eficacia de las formas de estructurar y de operar un organismo social.

ANTECEDENTES

Es a partir del año 1900 cuando empieza la discusión escrita sobre las bases técnicas de la Administración, intentando sistematizar los conocimientos y experiencias, es el resultado de esos años de estudio, lo que ha ayudado a aclarar un poco el panorama de la ideas acerca de la administración. A pesar de todo encontramos algunas contradicciones aparentes y confusiones en la terminología, pero creemos que analizando aclararemos el significado e iremos formando nuestro propio criterio.

La revolución industrial afectó grandemente el estado social del siglo XVIII, pero también resultó un gran impacto sobre la naturaleza de la organización y la Administración tanto estatal como particular. La separación del trabajador sobre el control de su trabajo y su transformación al dejar de ser miembro de una familia y pasa a ser miembro de un grupo de trabajadores especializados, transforma y complica el trabajo de la administración .

Con un pequeño grupo, solo necesitaba el Jefe planear diariamente su trabajo, contrataba a los trabajadores directamente, controlaba solo con la vista y dirigía personalmente. Cuando se han reunido varios grupos que deben trabajar coordinadamente para obtener un fin común, el problema administrativo se complica.

Por otro lado, tenemos las corporaciones modernas, son reuniones de pequeños capitales que son administrados por terceros, los cuales deben demostrar cada año, al momento de repartir utilidades que son capaces de dirigir acertadamente la empresa.

Podemos en realidad hablar de 2 grandes períodos históricos de la Administración:

- a.- Empírica o practica
- b.- Científica.

La primera la componen los cuatro mil años de historia y la segunda la podemos fijar a partir de los trabajos de F. W. Taylor, o sea desde fines del siglo sin que pretendamos fijar fechas exactas, pues en la historia no es posible determinar con exactitud cuando termina una época y cuando se inicia otra.

ETAPA EMPÍRICA O PRÁCTICA

En las sociedades primitivas, deben haberse asociado en un principio para obtener alimentos, para la obtención de vestido, y al ver sus ventajas, continuaron la practica de asociarse para obtener un fin común y ventajas particulares. Posteriormente se observa la asociación para otro tipo de objetivos como ritos religiosos o para la defensa.

En el Código de Hammurabi (200 años A. C.) encontramos disposiciones para que los comerciantes registraran los precios de sus mercancías recibidas en comisión.

Confucio hacia sus recomendaciones para el mejoramiento de la administración publica y hablando de autoadministrarse para mejorar.

Las pirámides de Egipto, obra que llevó mas de una generación en hacerla significa una administración adecuada para transportar, colocar las piedras, coordinar la gente y controlar la obra.

En la edad media la vida ciudadana esta organizada en gremios donde cada quien conocía su lugar en la sociedad, esta rigidez alcanzaba a la administración a la cual no se le hace aportaciones considerables.

La Iglesia Católica, quizá sea el ejemplo mas antiguo de organización efectiva a través de sus dos mil años de existencia.

La revolución industrial del siglo XVIII inicia la producción en masa por lo que los mercados locales y nacionales se saturan resultando de ello la necesidad de mejorar los sistemas de administración para poder competir con éxito; un solo propietario tan poco es suficiente, se necesita la acumulación de grandes capitales, con lo que se forma la era capitalista.

ADMINISTRACIÓN CIENTÍFICA

No existía un cuerpo organizado de teoría administrativa y cada quien desarrolla sus propios principios en forma empírica que transmitía verbalmente a su sucesor en el puesto ejecutivo.

En 1760 el francés Perronet, escribe algo sobre administración. En Inglaterra Charles Babbage escribe el libro "Sobre la economía de la maquinaria y las manufacturas" donde se encuentran conceptos sobre lo que hoy llamamos producción, finanzas, ventas, relaciones publicas y métodos científicos de administración.

Para FREDDERICK TAYLOR la Administración Científica no es un mero programa para alcanzar mayor eficiencia, sino es un revolución mental completa por parte de todos cuantos forman una empresa, que **consiste básicamente en aplicar el método científico a las experiencias.**

Taylor considera que la aplicación del método científico a la administración sirve para superar las dificultades que existen entre trabajadores y empresarios sustituyéndolas por cooperación.

Marca cuatro principios generales de la administración:

- 1.- Reemplazar los métodos empíricos por un estudio científico de cada elemento del trabajo.
- 2.- La selección y entrenamiento científico de los trabajadores.
- 3.- La cooperación de los trabajadores con los métodos científicos para cumplir con su trabajo.
- 4.- Una visión mas equitativa del trabajo entre ejecutivos y trabajadores asumiendo los primero la planeación y organización y lo segundo a hacer lo que los primeros les indiquen.

En mérito de Taylor es haber señalado la necesidad de aplicar normas en la administración y el método científico.

HENRY FAYOL sostiene entre otras ideas que la administración **se basa principalmente en la organización formal, en la estructura de autoridad y responsabilidad que corresponde a cada uno**, por ello se empeña en precisar las funciones que pertenecen a cada uno. Señala que la administración consiste en “prever, organizar, mandar, coordinar, para completar su teoría administrativa, Fayol indica que para que esta sea efectiva debe completar los siguientes aspectos:

- División del trabajo
- Autoridad y responsabilidad
- Disciplina
- Unidad de mando
- Unidad de dirección

- Subordinación del interés individual al interés general
- Remuneración
- Centralización
- Cadena de mando
- Orden
- Equidad
- Estabilidad del personal
- Iniciativa
- Espíritu de grupo

Si comparamos las teorías de Taylor con las de Fayol, podríamos decir que Taylor mira sobre todo los procesos microadministrativos, en tanto que Fayol principalmente los macroadministrativos.

DRUKER INDICA

“ Desde hacia Largo Tiempo- tal vez desde los últimos años 40 o los primeros 50 - no se habían visto tantas técnicas de administración importantes como las que hay actualmente: reducir el tamaño, contratar por fuera, gestión total de calidad, análisis de valor económico, benchmarking, reingeniería. Todas estas herramientas son poderosas; pero, con excepción de contratar por fuera y de reingeniería, se diseñaron principalmente para hacer en una forma distinta lo que ya se está haciendo. Son herramientas de “como hacer”.

“ Pero qué hacer es está volviendo el reto central que tienen ante sí las administraciones, especialmente las de las grandes compañías que han gozado de prosperidad durante tanto tiempo. La historia ya no es familiar: Una compañía que era superestrella apenas ayer, se encuentra hoy estancada y frustrada en medio de dificultades, y, con frecuencia, en una crisis aparentemente inmanejable. Este fenómeno no se limita en modo alguno a los Estados Unidos. Se ha hecho común en el Japón, Alemania, los Países Bajos, Francia, Italia y Suiza. Y se observa con igual frecuencia fuera de los negocios: en los sindicatos obreros, las dependencias gubernamentales, los hospitales, los museos y las iglesias. En realidad, en estas áreas parece menos manejable aún.

La causa fundamental de todas estas crisis no es que las cosas se estén haciendo mal. No es ni siquiera que se esté haciendo lo que no se debe hacer. En realidad, en la mayoría de los casos se está haciendo lo que se debe hacer, pero infructuosamente ¿ Qué explica, entonces, esta aparente paradoja? Los supuestos sobre los cuales se ha construido una organización y se sigue administrando ya no se ajustan a la realidad. Éstos son los supuestos que dan forma a la conducta de cualquier organización, dictan las decisiones de ella acerca de qué hacer y qué no hacer, y definen lo que la organización considera resultados significativos. Estos supuestos se refieren a los mercados. Se refieren a identificar clientes y competidores, sus valores y su comportamiento. Se refieren a la tecnología y su dinámica, a los puntos fuertes y los débiles de una compañía. Estos supuestos se refieren a por qué le pagan a una compañía. Son los que yo llamo la teoría del negocio de una compañía”

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN SANITARIA

Johann Peter Krank (1745 - 1821) considerado el **Padre de la Medicina Social** escribió en seis volúmenes su “**SÍNTESIS DE UNA COMPLETA POLÍTICA SANITARIA**”, en la que se explica por primera vez todo lo que hay que saber sobre la higiene pública. En su opinión, las autoridades estatales no deben preocuparse solo de la seguridad y el orden; deben interesarse también en mantener la fuerza laboral amenazada por la enfermedad y la muerte. En un primer plano relievamos los aspectos profilácticos describiendo las instrucciones para una vida sana, a lo largo de su obra habla de la educación sanitaria, de la igualdad para las madres solteras y los hijos ilegítimos, de la necesidad de crear orfanatos, del estricto cumplimiento de las normas higiénicas en la producción y almacenamiento de los alimentos, de la eliminación de las aguas residuales, de la corrupción del aire, de la seguridad y el orden público.

SÍNTESIS DE LA HISTORIA DEL MINISTERIO DE SALUD EN EL ECUADOR

En los albores del siglo XX se crea en Guayaquil la Dirección de Sanidad (1908); se organiza para 1925 el "Servicio Sanitario Nacional" que es transferido a Quito en el año de 1926 hasta 1937 en el cual es devuelto a Guayaquil.

Podemos considerar a la década de los cuarenta como crucial para la creación del Ministerio de Salud Pública; impulsan el cambio desde diversos ámbitos:

- Toma la vanguardia la clase media en Febrero de 1942 porque se reúnen en Quito en el tercer congreso médico nacional, ellos ven la necesidad de crear un organismo estatal encargado de la protección de la salud de la población tomando en cuenta factores epidemiológicos de los estratos socioeconómicos más pobres de las ciudades y zonas rurales como indicadores para los años cuarenta como mortalidad general de 25 por mil habitantes y mortalidad infantil de 158 por mil nacidos vivos. Entre sus resoluciones la clase médica solicita a la Legislatura la creación del Ministerio de Salubridad.

Otros elementos claves tomados en cuenta fueron:

- La acción de fuerzas políticas, la influencia de factores regionales y la necesidad de cumplir con compromisos asumidos por el Estado Ecuatoriano.

Lo anteriormente expuesto está aunado a que el Ministerio de Prevención Social tenía a su cargo los "Ramos" de Asistencia Social. Sanidad e Higiene; y que carecía de un poder real para dirigir la Salud del País. Esta estructura prácticamente es la misma que se encontró en el año de 1967 cuando se fundó el Ministerio de Salud Pública.

La Asociación Médico-Quirúrgica de Quito a través de su órgano oficial "Papeles Médicos" comandado por el Dr. Enrique Garces y su columna del periódico "El Día" formula la siguiente encuesta: "¿Sería oportuna la creación del Ministerio de Sanidad en el Ecuador? ¿Que actividades abarca además de las sanitarias y asistenciales?. Las respuestas deberán ser remitidas en cuarenta líneas más o menos mecanografiadas a doble espacio. Los trabajos que demuestren espíritu práctico serán publicados con firmas de los autores. Se otorgaran premios de \$ 50,00 para los mejores trabajos".

La encuesta provocó una serie de discusiones positivas y negativas, quienes más pusieron oposición fueron los defensores de las Instituciones autónomas de salud instaladas en Guayaquil. Afirma Garces en su tarea de defensa del Ministerio "Nosotros no hemos de dejar ni muertos, de emprender la lucha hasta romántica en pro de la salubridad para que la vida del hombre ecuatoriano este garantizada y se aumente el vigor para la redención de la Patria. El problema ecuatoriano es un problema biológico ante todo. No presentirlo será estar en situación equivocada. No entenderlo para un trabajo fecundo, será estar en situación equivocada. "No entenderlo para un trabajo será posición ignora".

A fines de 1948 y en el Gobierno del Sr. Galo Plaza L. diputados Médicos al Congreso elaboran y presentan un proyecto de creación del Ministerio de Salubridad el mismo que luego de muchos debates fue aprobado mediante decreto legislativo de 25 de Octubre de 1948.

Lastimosamente el proyecto es olvidado en los gobiernos de los Drs. José María Velasco Ibarra y Camilo Ponce Enriquez.

La Federación Médica Nacional en el año de 1956 nuevamente toma la batuta para la creación del Ministerio de Salubridad Pública, a inicios de los sesenta se retoma el tema sin obtener ningún avance.

Durante el gobierno de la Junta Militar, se formula un plan Nacional de Salud, que es el antecedente Fundamental para la creación del Ministerio.

La tesis del Plan: La salud es inseparable del desarrollo económico, por lo que el mejoramiento de las condiciones de salud no solo deseable por si mismo, sino porque es un requisito para el crecimiento económico y debe por lo tanto formar parte de los planes de desarrollo del país.

El Ministerio nace en un contexto de cambios económicos de crisis social y política que afecta su desarrollo inicial. Para el año de 1967 el Ecuador tenía una población de 5.585.400 habitantes de los cuales el 68% vivía en zona rural y el 32% en

zona urbana. El 48% de la población era menor de 15 años, la tasa de natalidad 45.8% la de mortalidad general 12% y la de la Mortalidad Infantil 93.2% de nacidos vivos, el 3% de niños fallecían antes de los 5 años, el 70 % disponían de agua potable y el 52% tenían alcantarillado en zona urbana, a nivel rural 97% carecía de abasto de agua y disposición de excretas. En relación a recursos humanos para el año de 1965 el país disponía de 12.03 camas hospitalarias 2 por cada habitante. 3.3 médicos por 10.000 habitantes, 0.7 enfermeras por 10.000 habitantes, 1.2 odontólogos por 10.000 habitantes.

ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA ACTUAL DEL MINISTERIO DE SALUD

EL SISTEMA REGIONALIZADO DE SERVICIOS

Definición de los niveles: De acuerdo al sistema regional las unidades del ministerio de salud se organiza en los siguientes niveles:

Primer nivel: Área de Salud

Segundo Nivel: Provincial

Tercer Nivel: Nacional

1.- NIVEL DE ÁREA DE SALUD: Constituye la Unidad funcional del sistema regionalizado de servicios.

El área de salud conformada:

- En las zonas rurales: por los subcentros de salud rurales y centros de salud o centros de salud Hospital.
- En los zonas urbanas o mixtas: Por los subcentros de salud urbanos y/o rurales y un centro de salud.

Capacidad resolutive técnica: El área de salud está implementada para resolver los problemas de salud más frecuentes, que requieren atención con tecnología de baja complejidad (Atención básica y complementaria).

Capacidad de resolución administrativa: Todas las unidades de salud poseen una capacidad de administración propia en lo referente a organización, programación, supervisión y evaluación de actividades.

2.- NIVEL PROVINCIAL: Este nivel lo componen los hospitales provinciales generales y la Dirección de Salud.

Capacidad resolutive técnica: Los hospitales generales provinciales resolverán problemas de salud que requieran tecnología de mediana complejidad, reflejados por las áreas de salud o consultados espontáneamente.

Capacidad de resolución administrativa: La Dirección Nacional de Salud apoya, supervisa y evalúa a los establecimientos hospitalarios provinciales y a las áreas de salud de su jurisdicción.

3.- NIVEL NACIONAL: Este nivel esta formado por los Hospitales Nacionales y la planta Central del Ministerio de Salud Publica.

Capacidad resolutive técnica: Los hospitales nacionales especializados y de especialidades, están implementados para resolver problemas de salud que requieren tecnología de alta complejidad.

Capacidad de resolución administrativa: La planta central del Ministerio esta facultada para emite normas técnico administrativas de aplicación nacional y evaluar globalmente toda la red de servicios.

En los últimos años los países de América Latina y el Caribe han tomado cada vez mayor conciencia de que pese a los medios disponibles para mejorar radicalmente la salud de las gentes, millones de personas aun carecen de los servicios mas elementales; también reconocen que una causa fundamental de la ineficiencia de los sistemas nacionales de salud radica en su excesiva centralización, que los burocratiza y distancia de la realidad. Los sistemas locales de Salud (SILOS) representan un medio viable de transformar y fortalecer los sistemas sanitarios para concretar la ejecución de políticas y estrategias que contribuyan a una atención de salud equitativa y más eficaz y eficiente.

Establecer y desarrollar los Silos como política social, ha provocado hacer experiencias globales de cambio que han caracterizado la conducta individual y colectiva, provocando manifestaciones de grandes tendencias mundiales y regionales.

Pese al riesgo que implica determinar macro tendencias sociales, interesa mencionar algunas "MEGATENDENCIAS MUNDIALES" como:

- De las economías nacionales hacia una economía mundial
- De la visión de corto plazo hacia una visión de largo plazo
- De la sociedad industrial, hacia una sociedad de informatización
- De la centralización hacia la descentralización
- De los enfoques de ayuda institucional hacia los de autoayuda
- Del enfoque jerárquico hacia el de redes
- Del abordaje excluyente al de opciones múltiples

Debemos observar también la:

- Emergencia del libre mercado en el socialismo
- El desarrollo de los estilos de vida globales y del racionalismo cultural
- La privatización del estado de bienestar.
- La era de la biología
- El triunfo del individuo
- La consolidación del liderazgo de la mujer.

La posibilidad de que todos estos elementos estén presentes en nuestro país es pequeña, pero es necesario que los tomemos en cuenta, que los analicemos y reflexionemos sobre como construir escenarios para el desarrollo del sector salud.

En el marco del desarrollo de la salud del país, constituye una necesidad sentida tanto de la población como del nivel de decisión política emprender en una reorganización técnica, administrativa y financiera de todos los servicios de salud a nivel nacional mediante una adecuada desconcentración de los servicios y su descentralización

a través de la formación de áreas de Salud con suficiente capacidad resolutoria tendientes al mejoramiento de la eficacia, y equidad de todos los servicios.

DESCENTRALIZACIÓN Y DESCONCENTRACIÓN

Para que los sistemas locales de salud logren su completo desarrollo, se requiere la transferencia de capacidad de decisión a otros niveles de la estructura de los sistemas nacionales de Salud. La descentralización y la desconcentración sirven como elementos vitalizadores del desarrollo de los sistemas locales de salud, que deberán ser instrumentados en coherencia con la organización política y administrativa. Será necesario analizar las posibilidades e identificar los factores restrictivos y facilitadores que contribuyen u obstaculizan la operatividad de estos procesos administrativos.

DESCENTRALIZACIÓN

Implica el desprendimiento de la autoridad del poder central a fin de otorgar a sus organismos amplia autonomía administrativa y autodeterminación.

La descentralización como hecho social es un proceso esencialmente político que tiene expresiones jurídico-administrativas y que resulta reforzada por procesos económicos, culturales y geográficos; es una **propuesta de cambio** en el uso y distribución de poder. Para que se pueda cumplir este proceso se requiere ciertas condiciones:

- Firme decisión política de llevar adelante el proceso de forma ejecutiva. Lo ideal es que la decisión la tome el gobierno; sin embargo se puede llevar a cabo el proceso aunque con mayores dificultades con la decisión provincial o local; por otro lado la descentralización no es factible si no se involucra la sociedad civil receptora del proceso.
- Es necesaria la transferencia del poder no solo a través de disposiciones sino transfiriendo realmente los recursos humanos, económicos-financieros y tecnológicos.

- Desarrollo del poder político local a través de la participación directa y activa de las organizaciones de la comunidad.
- Desarrollo de la capacidad de gestión para una prestación de servicios eficientes, eficaz y efectivo con calidad y calidez.

La descentralización es un proceso que debe llevarse a cabo con estrategias de aplicación por etapas según una programación que se reajuste permanentemente.

DESCONCENTRACIÓN

Según la doctrina clásica, la desconcentración es la transferencia del estado a sus órganos jerárquicamente subordinados es decir se limita a delegar las facultades a los distintos niveles de una misma organización manteniendo una dependencia jerárquica con el nivel central. Es preciso que la administración estatal delegue o transfiera la gestión o la ejecución de políticas. Cuando esa transferencia se dirige a un órgano jerárquicamente subordinado se habla de desconcentración, este tipo de transferencia de competencia nos ubica ante un modelo centralista en el que las decisiones se las toman en el poder central y solo se delega la ejecución de estas decisiones. Como sostiene la doctrina francesa la desconcentración es la técnica que permite activar la centralización. “La desconcentración puede responder tanto a una voluntad de atenuar la centralización en cuyo caso se acompaña de procesos de descentralización, como al deseo de acrecentar la eficacia de la centralización. Sin embargo los órganos desconcentrados en la práctica también tienen un nivel de toma de decisión; pero al tomar decisiones por regla general están aplicando políticas adoptadas en el nivel central, de tal forma que la desconcentración estaría nuevamente activando la centralización.

Es necesario mencionar que los procesos de descentralización y desconcentración no conlleva al fraccionamiento de los sistemas de salud sino que su aplicación fortalece a toda la estructura del sistema al conseguir que sus unidades logren una mayor capacidad operativa.

GESTIÓN.-

Es el espacio organizativo que garantiza el cumplimiento de las decisiones generadas en el espacio de la dirección, a fin de cumplir los objetivos de la organización, este elemento y las posibilidades derivadas de sus nuevas metodología y tecnologías se constituyen en lineamientos sustantivos del desarrollo institucional.

AUTOGESTIÓN.-

Se da cuando la unidad operativa administrativa y operativas sus propios recursos. El aspecto más importante consiste en que la toma de decisiones se produce a nivel de su propia organización por lo menos en los aspectos claves.

COGESTIÓN.-

Cuando la comunidad comparte la administración con una institución de salud ya sea pública o privada, colabora en la toma de decisiones, en especial lo que toca a las actividades comunitarias que deben realizarse; y aporta también en la parte económica para la realización de esas actividades.

Entendiéndose por aporte económico una variedad de formas que pueden ser: en monetario, en donación de especies, en suministros, en materiales o en equipos, en labores comunitarias, etc.

Creemos que estas formas de administrar y gerenciar nuestros Centros de Salud debe ir concencitantemente con una apertura del marco legal que permita que los dineros autogestionados y cogestionados puedan ser utilizados inmediatamente en la unidad operativa que los genero, con un control interno del Centro y externo posterior por parte de la comunidad. También debe existir una reforma sustancial dentro del código de la salud permitiendo una apertura que responda a las necesidades locales y actualizadas de cada lugar y que no sea concebido nuevamente permitido como hasta ahora lo es.

REQUISITOS PARA LOS SISTEMAS DE SERVICIO

1.- Equidad y Calidad.- En el actual contexto socio económico lograr la **Equidad** en salud es el mayor desafío para el estado, lamentablemente por lo general la equidad se menciona y se recalca teóricamente, pero en lo práctico perduran y se acrecienta las desigualdades en los países como el nuestro, en los cuales la salud de los postergados y marginados poco preocupa al estado, y la atención que en consecuencia requieren no se la brinda. Con la equidad se trata de practicar el principio ético que obliga a crear las condiciones necesarias, para un relacionamiento más justo entre los miembros de una sociedad. En la práctica la equidad se ha enfocado principalmente a lo cuantitativo, y se ha relacionado con los servicios ofertados y con los indicadores. Con estos antecedentes se puede evidenciar que la **equidad** es el principio fundamental e ineludible de justicia que debe orientar el proceso de transformación de los servicios de salud en su doble dimensión de cantidad y **calidad**, porque no basta con una equidad de acceso que es necesaria, pero además es preciso agregar calidad a la cantidad. La verdadera equidad será alcanzada cuando aquellos grupos de población con las mismas necesidades tengan igual oportunidad de acceder a servicios de calidad homogénea. Es importante destacar que la calidad no se resume al suministro de servicios técnicos correctos y adecuados, sino que es necesario considerar la forma en que se hace la entrega. Definitivamente la humanización entre el que da y el que recibe es indispensable.

2.- Democratización - Participación social.- El concepto moderno de democracia es inseparable del de una sociedad en la que todos los ciudadanos puedan participar como parte del diario vivir en todas las esferas del sistema social. Solo a través de la participación social y especialmente de los segmentos postergados de la sociedad así como de la solidaridad por parte de quienes gozan de privilegios del sistema podremos construir un destino común que haga disminuir la inmensa deuda social que agobia a nuestra sociedad. Tomando en cuenta lo anterior podemos indicar que el objetivo de salud será mejorar la calidad de vida de los individuos y de los grupos a los que se pertenece.

3.- Desarrollo - Transformación.- La transformación de los sistemas de salud tienen que ser un requisito y contribución al desarrollo. Es necesario que la justicia social deje de ser una utopía y se transforme en una realidad cotidiana.

Podríamos justificar ante la sociedad y grupos postergados que se debe estar peor para estar mejor? es decir que la tesis gradualista de “primero crecer para después distribuir” oculta realmente bajo su aparente lógica, una injusticia.

4.- Eficiencia - tecnológica adecuada.- Podemos entender a la eficiencia como el máximo resultado que puede ser alcanzado a partir de un esfuerzo o volumen de recursos determinados. No interesa obtener cierto grado de calidad a cualquier costo, sino al mas bajo posible. de esta manera se entrelazan las nociones de calidad y eficacia.

El costo más bajo posible de un determinado nivel de calidad conduce a la concepción de “Tecnología apropiada” , con ello podemos optimar la relación entre recursos y resultados.

LA SALUD EN LA PROVINCIA DEL AZUAY

Las condiciones de salud en la provincia del Azuay no son mas que el reflejo de la realidad a nivel nacional, es así que la primera institución de salud nace en el año de 1868 y esta fue la Conferencia San Vicente de Paul la misma que se encargo de la construcción y vigilancia del Hospital, así como de la atención de los enfermos y desvalidos, fue en 1904 sucedida por la Junta de Beneficencia, presidida por el Gobernador de la Provincia, y a partir de 1926 se cambia por la Junta de Asistencia.

Publica desde 1930 ya integrado un directorio se analiza mejor los aspectos administrativos y financieros.

Los fondos de la junta provienen del arrendamiento de Haciendas donadas o que pasaban a la junta por una Ley conocida como la Ley de Bienes de Manos Muertas, es así como los fondos recolectados por este motivo eran depositados en la Tesorería de la Junta y en base de ellos se elaboraba el presupuesto de la Institución, dineros que

permitían el funcionamiento de Hospitales de la provincia y otros como el “Tres de Noviembre” de Azogues y el “San Clemente” del Cañar; además se crearon otros hospitales en el Oriente y algunos dispensarios médicos en el Azuay y Cañar.

Debemos anotar que en los primeros años de vida institucional del Hospital San Vicente de Paul (1864) fue regenerado por las Hermanas de la Caridad.

La legislatura en el año de 1892 decretan asignación económica para que el Hospital pueda funcionar.

A partir de 1926 se crea la Dirección Regional de Salud de la Zona Austral (Sanidad Fiscal) con sede en Cuenca con jurisdicción en las provincias del Azuay, Cañar, Loja, Morona Santiago y Zamora Chinchipe, en ella incluía el servicio Nacional que en 1945 cambia de denominación por el de Inspectoría Técnica de Sanidad de la zona Austral, hasta que en 1963 es designada como Dirección Regional de Salud de la zona Austral manteniéndose con esta denominación hasta el año de 1975 en que pasa a integrarse como Jefatura Provincial de Salud del Azuay.

En la administración del Dr. Marcelo Aguilar Moscoso en el año de 1987 se empieza a topar el tema de Áreas de salud con la creación de 6 áreas para la provincia y en la Administración del Dr. julio Sempertegui Vega se escucha de la Regionalización en el año de 1990

La provincia del Azuay considera como la base a cuatro elementos fundamentales:

- a) El desarrollo de la Infraestructura de los servicios básicos de Salud con énfasis en la Atención Primaria.
- b) La atención a los problemas prioritarios de educación y salud presentes en grupos humanos vulnerables con programas específicos puesto en marcha o través del sistema de salud.
- c) El proceso de la administración del conocimiento necesario para llevar a cabo los dos aspectos anteriores.
- d) Respecto a la dignidad humana como exponente de equidad.

Los cuatro apuntan hacia una meta “Salud para Todos en el año 2.000” , pero es necesario operacionalizar dichos elementos y adoptar un modelo de atención integrador y Comunitario que plantee, denuncie, efectivice y solucione problemas prioritarios a nivel local. La estrategia la constituye el Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (Áreas de Salud para el Ecuador), que requieren de administración estratégica local.

Es fundamental la descentralización para la administración estratégica local y como fortalecimiento del nivel local.

La provincia indica que para la formación de las Áreas es necesario realizar cambios en su:

- Organización
- Funcionamiento
- Capacidad de resolución
- Participación Comunitaria
- Eficiencia Técnica administrativa y social
- Modelo de atención
- Proceso de planificación, programación, supervisión, monitoreo evaluación de planes, programas y proyectos.
- Coordinación Intra e Intersectorial

Estos objetivos son Justificados a través de:

- La atención Primaria de salud como estrategia
- Actuar con Eficiencia, Eficacia y Efectividad
- Cumplir con la salud como el complemento estado de bienestar físico, mental y social
- Vigorizar la estrategia de organización
- Extensión territorial
- Topografía
- Población y composición demográfica

- Accesibilidad

Por todos estos motivos la provincia regionaliza 13 áreas 6 en el Cantón Cuenca y 7 en el resto de la provincia.

PROBLEMÁTICA ACTUAL DE LA PROVINCIA DEL AZUAY

El avance de la provincia hace que se generen una serie de situaciones que se las engloba dentro de lo social, cultural, ecológico político que marcan de una manera directa al avance de salud de la sociedad azuaya, y podemos definirlos como:

MIGRACIÓN INTERNA E INTERNACIONAL

La migración de nuestra provincia es considerada como una serie de fenómenos que provocan cambios demográficos que afectan a la población actual y futura de nuestra provincia, que han afectado variables de mortalidad y natalidad y provocan cambios en la vida social, económica, político, cultural y de salud de la provincia.

Son dos grandes momentos de migración, el primero en la década de los cincuenta a los setentas, a raíz de la crisis toquillera se provoca una migración interna hacia la costa y hacia Cuenca provocando cambios en la estructura de esos años, la segunda migración se da en los años setentas a los noventas se da una migración internacional o externa la misma que toma diferentes rumbos siendo los más frecuentes, los Estados Unidos de Norteamérica, Canadá, diversos países Europeos, Venezuela tomando la migración como una estrategia de sobrevivencia y reproducción de la población.

Toma mayor importancia por cuanto se provoca fuga de elemento joven, perdiéndose muchas características poblacionales, a la vez que se presenta problemas nosológicos de repercusión sobre la población como lo es el SIDA, siendo nuestra ciudad la cuarta a nivel nacional, aunque en el contexto no tenemos SIDA local, pero necesitamos esperar el avance de esta enfermedad.

LA LAGUNA RESIDUAL DE LA JOSEFINA

Tomadas las medidas más adecuadas para su evacuación las probabilidades de contaminación nunca fueron medidas, ni tampoco tomando en cuenta el nivel higiénico y cultural de la población, pues a la fecha casi cuatro años después con habilitación del carretero de transporte hacia el Oriente Ecuatoriano y los bellos cantones de Gualaceo y Cuenca el hedor que emana la laguna residual es terriblemente fuerte, la presencia de diversidad de vectores y la cantidad de basura que sus orillas contienen, causa problemas de sobra a las pequeñas comunidades que se encuentran a su alrededor, por lo que es necesario de acuerdo a nuestro criterio que el gobierno proceda con su evacuación, para eliminar un foco potencial de contaminación localizado al ingreso Norte de nuestra provincia.

LA VÍA CUENCA MOLLETURO NARANJAL

En la práctica es uno de los accesos rápidos que une nuestra ciudad con la provincia del Guayas, puesto que en máximo 3 horas une a las 2 ciudades, pero la realidad es distinta el constatar que una de las grandes reservas ecológicas que el país posee fue maltratada y violada a costo del modernismo, jamás podremos recuperar su belleza natural, así como tampoco su hábitat, contribuiremos a continuar exterminando una serie diferente de animales, plantas, de igual forma jamás se recuperará la tradicional forma de ser de sus más de trescientas hermosas lagunas.

Podremos encontrar culpables en alguna ocasión?

ALCOHOLISMO

Es una enfermedad provocada por el consumo de alcohol, que produce dependencia psicocólica y física llevando a quien lo utiliza a sufrir trastornos en su personalidad con daño físico, mental, familiar y social, desestructurando al personalidad del bebedor y minando su ámbito familiar.

Se habla del alcoholismo como una tendencia familiar (haber nacido de un padre alcohólico), comprobándose que es diferente a crecer en el ambiente de un padre alcohólico a haber sido engendrado por un alcohólico.

La prevalencia del alcoholismo a nivel del país es alta, registrándose en el Azuay una cifra del 11% lo cual le convierte en uno de los principales problemas de Salud del Azuay.

Lamentablemente no existen remedios milagros, en realidad el tratamiento persigue reforzar y estimular la voluntad del paciente haciendo que este le de importancia a su problema puesto que el bebedor no quiere ver la realidad, niega su enfermedad diciendo que si puede dejar de beber "cuando quiera" porque él no es un alcohólico.

Quando se bebe en el Azuay?

Podemos hablar de un patrón ceremonial con funciones mágico religiosas que abarca todas las festividades religiosas, civiles, familiares que últimamente se han multiplicado y son: el nacimiento, el bautizo, la primera comunión, el matrimonio, la graduación, la inauguración, la clausura, el día del padre, de la madre, del niño, la primera piedra, la terminación de la casa, durante el carnaval anualmente en el país se paralizan las actividades y se consume alcohol en grandes cantidades durante 3 o 4 días "mojándose por dentro y por fuera".

El patrón estimulante para el trabajo, la siembra, la guerra, la minga, la cosecha, conservándose ciertas tradiciones como la del trabajador de la imprenta y el pintor que ingieren alcohol para supuestamente prevenir la intoxicación por plomo; y la de los barrenderos "para combatir el frío", "para la mala noche" lo utilizan los guardas de estanco.

Es curioso anotar que en una encuesta realizada en el Seguro Social de Cuenca se encontró que la mayoría de pacientes atendidos por consumo de bebidas alcohólicas eran maestros de escuela.

Como y cuando beben, sería largo describir pero la mayor parte lo hace durante los acontecimientos sociales si se trata de ejecutivos y gerentes, el San Viernes de los empleados privados o públicos; la guardia de los estudiantes de medicina; pudiendo indicar que el modelo de alcoholismo en el Azuay no difiere del utilizado en el resto del país.

DEFINIR LOS PROBLEMAS DE SALUD DEL AZUAY

* La disminución del número de profesionales del área de salud sean estos médicos, enfermeras, odontólogos, obstetras para cubrir las plazas rurales es notorio, por lo que en muchas parroquias rurales no se cuenta a la fecha con atención de la unidad, pese a existir los recursos económicos, estos no pueden ser utilizados para realizar contratos a profesionales en las ramas anteriormente citadas por 2 razones:

1.- Variaría la denominación y el sueldo nominal por efectos de escalafonamiento médico y por que una vez concluido el período de contrato rural los profesionales no pueden tomar esa partida.

2.- Porque se tendría que aplicar el pago de esas denominaciones a otras partidas presupuestarias para lo cual necesitamos el visto bueno de Senda y la resolución presupuestaria de traspaso de crédito del Ministerio de Finanzas y crédito público.

* La desmotivación del personal al no tener estabilidad en sus funciones repercute de una manera directa en la planificación de trabajo y programas a mediano y largo plazo.

En vista de haber alcanzado un encargo administrativo de funciones jerárquicamente superiores que crearon expectativas en cuanto a obtener su reclasificación definitiva; al no poder haberlo obtenido existe desmotivación y frustración por no conseguir el objetivo propuesto.

* No se puede sobregirar en las partidas presupuestarias por cuanto existe rigidez en relación a los montos asignados en cada una de las líneas y sublíneas de crédito ya que el control se encuentra automatizado tanto en el Banco Central, como en el Ministerio de Finanzas, ya que si se trata de utilizar mayor cantidad a la autorizada el sistema computarizado procede con el rechazo inmediato, provocando la no realización de ciertas acciones, ya que los dividendos mensuales acreditados a la cuenta no son suficientes.

INDICADORES
AZUAY 1995-1996

| | | |
|--------------------|-------|-------------------|
| EXTENSIÓN | 8.639 | Km2 |
| DENSIDAD POBL. | 40 h | Km2 |
| CANTONES | 14 | |
| PARROQUIAS URBANAS | 27 | |
| PARROQUIAS RURALES | 53 | |
| CUENCA | 3.129 | Km2 = 36% TERRIT. |

DPTO. ESTADÍSTICA DPSA

POBLACIÓN

| AÑOS | PAÍS | AZUAY | % |
|------|------------|---------|-----|
| 1990 | 10.236.500 | 506.090 | 5.0 |
| 1997 | 11.952.709 | 597.798 | 5.0 |
| 2000 | 12.490.324 | 628.065 | 5.3 |

DPTO. ESTADÍSTICA DPSA

| POBLACIÓN DEL AZUAY | | |
|-----------------------|---|-------|
| DISTRIBUCIÓN X GRUPOS | | |
| - la | = | 2.48 |
| 1-4a | = | 9.88 |
| 5-14a | = | 24.27 |
| 15-44a | = | 48.60 |
| 45 + | = | 14.75 |
| EMB ESP | = | 3.10 |
| MEF | = | 27.24 |
| DOC | = | 21.72 |

DPTO. ESTADÍSTICA DPSA

| TASAS DE CRECIMIENTO | | | |
|-----------------------------|-------------|--------------|---------------|
| PERÍODOS | PAÍS | AZUAY | CUENCA |
| 1974-82 | 2.62 | 2.35 | 4.66 |
| 1982-90 | 2.09 | 1.73 | 3.08 |
| 1990-2000 | 2.20 | 1.66 | ? |

DPTO. ESTADÍSTICA DPSA.

| AÑO | PAÍS | | AZUAY | |
|------------|--------------------|-------------------|---------------|--------------|
| | PAÍS URBANA | PAÍS RURAL | URBANA | RURAL |
| 1990 | 55.4 | 44.6 | 43.2 | 56.8 |
| 1997 | 60.0 | 40.0 | 49.2 | 50.8 |
| 2000 | 62.5 | 37.5 | 52.1 | 47.9 |

DPTO. ESTADÍSTICA DPSA.

| TENDENCIA URBANA | | | |
|-------------------------|--------------|-----------------|----------------|
| AÑOS | TOTAL | URBANA % | RURAL % |
| 1950 | 250.975 | 15.9 | 84.1 |
| 1962 | 274.642 | 25.04 | 74.6 |
| 1974 | 367.324 | 32.0 | 68.0 |
| 1982 | 442.019 | 38.3 | 61.7 |
| 1990 | 506.090 | 43.2 | 56.8 |
| 1997 | 597.798 | 49.3 | 50.8 |
| 2000 | 628.065 | 52.1 | 47.9 |

DPTO. ESTADÍSTICA DPSA.

TIEMPO DE DUPLICACIÓN POBLACIONAL ACTUAL

| | |
|-------|-----------|
| PAÍS | 33.3 AÑOS |
| AZUAY | 39 AÑOS |

DPTO. ESTADÍSTICA DPSA.

| AZUAY | 1997 | ESTRUCTURA POB LACIONAL | (PIRÁMIDE) |
|-------------------|----------|-------------------------|-------------------------------|
| POBLACIÓN | 15 a | = | 37.6 |
| POBLACIÓN | 20 a | = | 48.2 |
| POBLACIÓN ACTIVA | 15-64 a | = | 57.5 |
| POBLACIÓN 3° EDAD | 65 a | = | 6.0 |
| POBLACIÓN | 15 a | = | homb = mujeres |
| POBLACIÓN | 15 -64 a | = | Prev. mujer (x Migración) |
| POBLACIÓN | 65 y + a | = | Prev. femen. (Mort.Masculino) |

DPTO. ESTADÍSTICA DPSA

ESPERANZA DE VIDA AL NACER = 68.8 años

| POBLACIÓN POR SEXO | PAÍS |
|--------------------|------|
| HOMBRE = 47.2 % | 50.3 |
| MUJER = 52.8 % | 49.7 |

DPTO. ESTADÍSTICA DPSA.

PRINCIPALES INDICADORES

| TASAS | PAÍS | AZUAY |
|-------------------------------|-------------|--------------|
| T. FECUNDIDAD | 3.5 | 4.2 |
| TASA NATALIDAD 95 | 15.8 | 8.7 |
| TASA MORTALIDAD GENER. | 4.4 | 4.9 |
| TASA MORTALIDAD INFANT. | 30.5 | 45.3 |
| TASA MORTALIDAD MATER (10000) | 9.38 | 31.6 |
| TASA MASCULINIDAD | 101.1 | 104.0 |
| % MADRES CON ASIST. PROF. P | 74.7 | 51.3 |
| % PARTOS POR CESAREA | 17.1 | 15.5 |
| % MADRES CON COANTROL | 33.3 | 28.1 |

DPTO. ESTADÍSTICA DPSA

| POBLACIÓN | ECONÓMICA | ACTIVA |
|------------------|------------------|---------------|
| PAÍS | AZUAY | |
| ECON. ACT. OC. | 32.8 | 38.6 |

DPTO. ESTADÍSTICA DPSA

| POR RAMAS A ACTIVIDAD | PAÍS | AZUAY |
|------------------------------|-------------|--------------|
| - AGRIC. SEW Y PESC | 30.8 | 29.4 |
| - SERV. COMN. PERS | 24.9 | 21.1 |
| - INDST. Y MANUFAC. | 11.0 | 20.7 |
| - COMEC. REST. Y HOTEL | 14.9 | 12.4 |
| OTRAS ACTIVIDADES | 19.0 | 17.3 |

DPTO. ESTADÍSTICA DPSA

AZUAY ANALFABETISMO (+ 10 AÑOS)

| | 1982 | 1990 | 1997 |
|--------|-------------|-------------|-------------|
| URBANO | 5.3 | 4.6 | 4.2 |
| RURAL | 23.0 | 17.8 | 12.5 |

DPTO. ESTADÍSTICA DPSA

USO DE LA TIERRA

| | | |
|------|---|---------------------------------------------------------|
| 5 % | = | PRODUC. ALIMENTARIA |
| 8 % | = | PUEDE REINTEG A LA PRODUC. |
| 33 % | = | DESTINDO A PASTOS |
| 54 % | = | SIN NINGÚN USO DEBIDO AL GRADO DE EROSIÓN DE LA TIERRA. |

DPTO. ESTADÍSTICA DPSA

| | URBANO % | RURAL % |
|-------------------|----------|---------|
| - AGUA POTABLE | 96% | 36% |
| - ALCANTAR | | |
| - Red | 89% | 7% |
| - Pozo | 4% | 12% |
| - Nada | 7% | 81% |
| - ELIMIN BASUR | | |
| - Carro | 86% | 3% |
| - Terr-Bal | 8% | 68% |
| - Otras formas | 6% | 29% |
| - SERV. ELECTRICO | 97% | 61% |
| - TELÉFONOS | 39% | 2% |

DPTO. ESTADÍSTICA DPSA

INFRAESTRUCTURA EN SALUD

| TIPO | M.S.P. | IESS | FF.AA | PRIVAD. | OTROS | TOTAL |
|--------------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|------------|
| HOSPITAL | 7 | 1 | 1 | 3 | 2 | 14 |
| CENTRO SALD | 8 | - | - | - | - | 8 |
| SUBCEN SALD | 75 | - | - | - | - | 75 |
| DISPENSARIO | - | 92 | - | 1 | 13 | 106 |
| POLICLIN | - | - | 5 | 5 | - | 10 |
| CLÍNICAS | - | - | - | 24 | - | 24 |
| TOTAL | 90 | 93 | 6 | 33 | 15 | 237 |

DPTO. ESTADÍSTICA DPSA

| 1996 | PAÍS | AZUAY |
|-----------------|--------|-------|
| ESTB.SALUD | 3.312 | 237 |
| CAMAS HOSP. | 17.345 | 983 |
| % OCUP CAM | 56.0 | 47.2 |
| X 10.000h | | |
| TASA MEDIC | 12.0 | 18.7 |
| TASA ODONTOLOG | 1.7 | 1.8 |
| TASA ENFERMERA | 3.9 | 4.4 |
| TASA OBSTETRIZA | 0.6 | 0.2 |
| TASA AUXILIAR | 12.3 | 12.4 |

DPTO. ESTADÍSTICA DPSA

COBERTURAS DE ATENCIÓN EN AZUAY

| COMPONENTE | 1991 | 1997 |
|-------------------------|------|------|
| ATENC. > 1 a | 117% | 111% |
| ATENC 1 a 4a | 24.8 | 21.8 |
| ATENC. 5 A 14 a | 31.4 | 33.0 |
| COMT PRENATAL | 38.0 | 33.2 |
| ATEN PARTO | 29.2 | 22.8 |
| ATEN P. PARTO | 12.7 | 6.8 |
| REG. FEC | 1.9 | 1.8 |
| DOC. (M. 20-64a) | 2.8 | 3.8 |
| RENDIMIENTOS | | |
| ATENCIÓN CONSULTA | 75 | 96.6 |
| ATENCIÓN VISITA D | 25 | 3.4 |
| 0% FOMENTO | - | 31.0 |
| 0% MORBILIDAD | - | 49.5 |
| 0% EMERG Y OTROS | - | 19.5 |
| REND HORA MÉDICO | | |
| CONSULTA | - | 2.3 |
| VISITA | - | 0.9 |

DPTO. ESTADÍSTICA DPSA

MODULO URBANO (ÁREA DE SALUD)

| | |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Cobertura Total: | 50 a 60 mil habitantes con población urbana, periférica y rural. |
| Cobertura de unidades de salud: | 7 a 8 1 Centro de Salud 6 a 7 subcentros de salud |
| Cobertura del S.C.S. | 3.000 a 5.000 habitantes |
| Cobertura del C.S. | 10.000 a 15.000 habitantes |
| Sede de la Jefatura de Área | Centro de Salud Urbano |

EL ÁREA DE SALUD MACHANGARA

Los cambios que han ocurrido en la Historia de la Salud en el Ecuador que han provocado crisis y que han ocurrido hasta la fecha han racionalizado en parte la verdadera acción del Ministerio de Salud Pública dentro del contexto social de nuestra nación, por estas razones en el gobierno del Doctor Rodrigo Borja Cevallos, se considera como una política de salud a **Salud Familiar y Comunitaria Integral**, pero en la provincia no existe los medios necesarios para poder realizar el pago social requerido, la gestión inicial fue buscar los sitios en los cuales no existían unidades de atención de salud, uno de los lugares escogidos fue el Norte de la Ciudad en la parroquia de Machangara, en donde se resuelve la creación del Subcentro de Salud Familiar y Comanditaria Integral Ciudadela Tarqui que inicia su gestión en el año de 1990 el mes de Octubre con la formulación de encuestas familiares; en el año de 1991 en Enero, mediante convenio con los dirigentes de la Ciudadela Tarqui se consigue un local pequeño en la casa comunal de 2 habitaciones en las cuales se atiende Odontología y atención médica con un total de tres funcionarios:

- 1.- Médico
- 2.- Odontólogo y
- 3.- Una enfermera.

El proceso de descentralización estaba con planteamientos básicos en el Ministerio de Salud Pública, pero a nivel de país no se ponía en marcha, con resolución de la Dirección Provincial de Salud del Azuay, se resuelve la creación de 13 Áreas de Salud: 6 a nivel urbano y 7 a nivel rural. Dentro de este proceso el Subcentro por su ubicación fue necesario para realizarse como cabecera del Área de Salud 5 Machangara, tomando esta connotación a partir del mes de agosto de 1991, recibiendo el personal necesario para poder continuar con la misión encargada a la unidad operativa, siguiendo el proceso normal a nivel de ministerio de salud se consigue la denominación de Centro de Salud Machangara, denominación que mantiene hasta la fecha.

ESTRUCTURA DEL CENTRO DE SALUD

En la actualidad el Centro de Salud funciona en un local arrendado en el cual se han realizado las adecuaciones necesarias pertinentes sin lograr la funcionalidad ideal.

El local actual es una casa de habitación a la cual se ha logrado ganarle espacio para funcionar de mejor manera, consta desde su entrada con la estación de enfermería, botica y laboratorio clínico, en la sala de estar funciona Inspección de salud, y en un nivel inferior pagaduría y estadística, con un espacio pequeño para el auxiliar de servicios, en la parte posterior alta, dos consultorios médicos y administración, en la parte posterior baja un consultorio de odontología y uno de obstetricia, para que en la zona externa funcione el consultorio de profilaxis venérea.

El Centro de Salud presta los siguientes servicios:

| | | |
|--------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|
| Servicio de atención directa: | Curativos. | -Consulta externa clínica |
| | | -Consulta externa ginecología |
| | | -Consulta de profilaxis venérea |
| | Preventivos. | -Vacunación |
| | | -Control de embarazo |
| | | -Control del niño |
| | Promocionales- | Educación |
| | | -Saneamiento Ambiental |

Servicio de Apoyo -Odontología
 -Laboratorio
 -Farmacia

ORGANIGRAMA FUNCIONAL (ANEXO 1)

El personal que labora en el Centro de salud es el siguiente:

- Medico Director del Centro (Jefe de Área de Salud)
- Medico Coordinador (Médico tratante)
- Medico Tramitante clínico
- Médico Tratante profilaxis venérea
- Administrador
- Pagador
- Contador
- Odontólogo
- Enfermera Jefe
- Laboratorista
- Obstetrix
- Auxiliar de enfermería
- Auxiliar de odontología
- Inspector Sanitario
- Empleado Sanitario
- Auxiliar de servicios

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE (ANEXO 2)

DISEÑO METODOLOGICO

El presente trabajo será un estudio Descriptivo que consideramos sirva de base para ser implementado en otros Centros de Salud de la provincia ya que todos tienen una similar estructura y organización.

Áreas de estudio. Se realizara el trabajo en el Centro de Salud Machangara que es una unidad de la Dirección Provincial de Salud del Azuay, ubicada en la parroquia de Machangara, del Cantón Cuenca, Provincia del Azuay, la misma que se encuentra al Norte de la Ciudad de Cuenca y cuya área de influencia se extiende hasta el inicio del espejo de la laguna residual de la Josefina.

Población asignada al Centro. 18.556 habitantes

La mayor parte de habitantes del Área de Influencia del Centro de Salud pertenece a la clase media y media baja, existiendo zonas de pobreza marcada y núcleos de reubicación de damnificados del desastre de la Josefina.

Universo. Se tomará como universo de trabajo el Centro de salud Machangara, con su presupuesto, su estructura organizacional, su población asignada.

Muestra. El Servicio de Consulta Externa.

Para la selección de la muestra hemos utilizado el muestreo no probabilístico Intencional o deliberado, por ser el servicio de mayor afluencia de pacientes.

Métodos de recolección de datos.

- 1.- Revisión bibliográfica de literatura existente sobre el tema a tratar
- 2.- Observación participativa del funcionamiento del Centro de Salud
- 3.- Entrevistas con los diferentes actores sociales
- 4.- Encuesta a los usuarios del servicio
- 5.- Reuniones con grupos focales.

Análisis.

- 1.- Tabulación de la información recolectada
- 2.- Presentación en gráficos y cuadros
- 3.- Análisis de la información

OBJETIVO N° 1

REALIZAR DIAGNÓSTICO DE RECURSOS HUMANOS EXISTENTES DE ESCENARIO PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD.

VARIABLE: Recursos humanos del Centro de Salud N° 5 Machángara.

DEFINICIÓN: Recurso fundamental de la Organización al que es necesario seleccionar, desarrollar y motivar para lograr un rendimiento de calidad en beneficio del usuario y de la institución.

TIPO: Cuantitativa

FUENTE: Se obtienen los datos del Distributivo de sueldos elaborado por el Departamento de Recursos Humanos de la Dirección Provincial de Salud del Azuay.

INDICADORES 1: N° de Médicos generales,
N° de Médicos Ginecobstetras
N° de Médicos Pediatras
N° de Enfermeras
N° de Odontólogos

2: Relación Médico-Odontólogo

Relación Médico-Enfermera

Relación Profesionales-Trabajadores

Relación Profesionales-Personal Administrativo

Relación Trabajadores - Personal Administrativo.

3: Personal que cumple perfil en su puesto de trabajo/personal total

OBJETIVO N° 2

OPTIMIZAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS MEDIANTE LA INICIACIÓN DE UN SISTEMA DE COSTOS.

- VARIABLES:**
- Costos de los servicios de consulta externa del Centro de Salud.
 - Capacidad de recuperación de costos del Centro de Salud.
- DEFINICIÓN:**
- Determinar el costo real de la prestación de servicios de consulta externa.
- Recurso Necesario para producir una consulta en el Centro de Salud.
- TIPO:**
- Cuantitativas
- FUENTE:**
- Departamentos de Administración y contabilidad del Centro de Salud.
- INDICADORES:**
- Costo fijo de servicio de medicina interna por consulta.
 - Costo Variable de servicio de consulta externa por consulta.
 - Costo total de servicio de consulta externa por consulta.
 - Costo fijo de servicio de Obstetricia por consulta.
 - Costo variable de servicio de obstetricia por consulta.
 - Costo total de servicio de obstetricia por consulta.
 - Costo fijo de servicio de profilaxis por consulta.
 - Costo variable de servicio de profilaxis por consulta.
 - Costo total de servicio de profilaxis por consulta.
 - Costo total de examen de secreción vaginal.

OBJETIVO N° 3

APLICAR LAS HERRAMIENTAS PARA REALIZAR LA RECUPERACIÓN PARCIAL DE COSTOS Y LA COGESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.

VARIABLES: Recuperación parcial de costos.
Autogestión
Cogestión

DEFINICIÓN: -Recaudación parcial del dinero invertido en la prestación de servicios.

- La recuperación de costos que permita el funcionamiento sostenible de la Unidad Operativa

- Mecanismo mediante el cual estas organizaciones participen en la gestión del Centro de Salud.

TIPO: Cuantitativo

FUENTE: Departamentos Administrativos y Contable del Centro de Salud N° 5 Machangara.

INDICADORES: - Existencia de Comité de Salud.

- Existencia de Comité de Desarrollo Institucional (CDI)

- Participación de otras instituciones.

RESULTADOS

1. INDICADORES DE RECURSOS HUMANOS

$$\frac{\text{NÚMERO DE MÉDICOS GENERALES}}{\text{POBLACIÓN TOTAL}} = \frac{4}{18556} \times 1000 = 0.21$$

$$\frac{\text{NÚMERO DE GINECO OBSTETRAS}}{\text{POBLACIÓN FEMENINA}} = \frac{1}{3015} \times 1000 = 0.32$$

$$\frac{\text{NÚMERO DE MÉDICOS PEDIATRA}}{\text{POBLACIÓN MENOR 15 AÑOS}} = \frac{1}{6799} \times 1000 = 0.14$$

$$\frac{\text{NÚMERO DE ODONTÓLOGOS}}{\text{USUARIOS ODONTOLOGÍA}} = \frac{1}{6284} \times 1000 = 0.15$$

$$\frac{\text{NÚMERO DE ENFERMERAS}}{\text{POBLACIÓN TOTAL}} = \frac{1}{18556} \times 1000 = 0.05$$

2. RELACIÓN ENTRE LAS DISTINTAS PROFESIONES

- | | | |
|----|------------------------------------------|-------------|
| 1. | RELACIÓN MÉDICO / ODONTÓLOGO | 4/1 = 4 |
| 2. | RELACIÓN MÉDICO/ENFERMERAS | 4/1 = 4 |
| 3. | RELACIÓN PROFESIONALES / TRABAJADORES | 7/7 = 1 |
| 4. | RELACIÓN PROFESIONALES / ADMINISTRATIVOS | 6/3 = 2 |
| 5. | RELACIÓN TRABAJADORES / ADMINISTRATIVOS | 7/3 = 2.33. |

$$\frac{\text{3. PERSONAL QUE CUMPLE PERFIL EN SU PUESTO DE TRABAJO}}{\text{PERSONAL TOTAL}} = \frac{5}{17} = 0.29$$

CUADRO N° 1

PERSONAL DEL C.S # 5 DE
ACUERDO AL NIVEL JERARQUICO

| Nombres y Apellidos | Edad | Sexo | Tipo | Cargo | Escolaridad | Contrato | LSYCA | Contrato Colectivo | Nivel Jerárquico |
|---------------------|------|------|------|-----------------|-------------|----------|-------|--------------------|-------------------|
| Ivan Feican | 39 | M | A | Médico | Postgrado | si | | | JEFE DE AREA |
| Pedro Bravo | 35 | M | T | Médico | Postgrado | | si | | COORDINADOR |
| Marcia Cordova | 39 | M | A | Administrador | Superior | | si | | ADMINISTRADOR |
| Carlos Baculiana | 27 | F | A | Contador | Secundaria | | | si | CONTADOR |
| Boris Marquez | 22 | M | A | Pagador | Secundaria | | si | | PAGADOR |
| Mauro Mendieta | 36 | M | T | Médico | Superior | si | | | MEDICO TRATANTE |
| Hernán Tenorio | 38 | M | T | Médico | Postgrado | si | | | MEDICO TRATANTE |
| Dolores Cordova | 32 | F | T | Enfermera | Superior | | si | | ENFERMERA JEFE |
| Carmen Avila | 50 | F | S | Aux. Enfermera | Primaria | | | si | AUX. ENFERMERÍA |
| Yolanda Yunga | 25 | F | T | Odontólogo | Superior | si | | | ODONTOLOGO |
| Beatriz Astudillo | 38 | F | S | Aux. Odontólogo | Secundaria | | | si | AUX. ODONTOLOGÍA |
| Rosa Reyes | 26 | F | T | Obstetrix | Superior | si | | | OBSTETRIZ |
| Eduardo Amón | 30 | M | T | Inspector | Superior | | | si | ESTADISTICO |
| Gloria Durán | 36 | F | T | Aux. Adm. Ser. | Superior | | | si | LABORATORISTA |
| Alfonso Guillen | 78 | M | S | Inspector | Secundaria | | | si | INSPECTOR SANITAR |
| Luis Escobar | 42 | M | S | Empleado San | Superior | | | si | EMPLEASO SANITAR |
| Manuel Sáenz | 25 | M | S | Aux. Adm. Ser. | Secundaria | | | si | CONSERJE |

CUADRO N° 2

PERSONAL DE LEY DE SERVICIO CIVIL Y CARRERA ADMINISTRATIVA

- 1 Médico Coordinador de Área
- 2 Administradora de Área
- 3 Enfermera
- 4 Pagador

CUADRO N° 3

PERSONAL DE CONTRATO COLECTIVO

- 1 Contador de área
- 2 Auxiliar de enfermería
- 3 Auxiliar de odontología
- 4 Inspector Sanitario Tecnólogo en Salud Pública
- 5 Empleado Sanitario
- 6 Auxiliar administrativo de servicios
- 7 Empleado Sanitario Licenciado en ciencias educación
- 8 Auxiliar administrativo de servicios Tecnólogo en laboratorio clínico

CUADRO N° 4

PERSONAL DE CONTRATO OCASIONAL

- 1 Médico Director
- 2 Médico Tratante
- 3 Médico Tratante

El número de personal que dispone el Centro de Salud N° 5 de acuerdo al distributivo de sueldos no es suficiente para que pueda funcionar puesto que es reducido, tanto en el nivel profesional cuanto del de trabajadores, todo esto debido a que jamás se ha realizado un estudio sobre las reales necesidades del personal para la creación de un Centro de Salud. Si agregamos a esto de que siempre ha existido el "Palanqueo" o sea personal que ha sido nombrado para una determinada función y más bien lo que ha hecho es buscar ubicarse de acuerdo a sus conveniencias personales.

Es a partir del año de 1991 cuando se empieza a desarrollar la idea de descentralizar a los centros de salud y a formar las Áreas de Salud que en la actualidad

funcionan, es en el año de 1993 que se emite el acuerdo ministerial N° 140 suscrito por el Doctor Patricio Abad H. Ministro de Salud Pública del Ecuador mediante el cual se autoriza a los Directores Provinciales de Salud a que puedan hacer cambios administrativos, es así que con esta autorización se pudo ubicar al personal mínimo indispensable dentro de la parte técnica como administrativa para que funcione el Centro de Salud N° 5.

ANÁLISIS DE LOS PUESTOS DE TRABAJO

Para el presente trabajo no consideramos el distributivo de sueldos (rol de pagos) del personal que consta asignado para el Área de Salud N° 5 sino al personal que se encuentra desarrollando sus actividades dentro del mencionado Centro de Salud ya sea por traslado administrativo o por contrato ocasionales, o sea nos referimos al personal que consta en el (cuadro N° 1), que como podemos observar el Centro de Salud cuenta con un total de 17 funcionarios de los cuales 4 pertenecen a Ley de Servicio Civil y Carrera administrativa (Cuadro N° 2); 8 pertenecen a Contrato Colectivo (Cuadro N°3); 3 personas de contrato ocasional (cuadro N° 4) y 2 profesionales que pertenecen al plan de Medicatura Rural, es valedero indicar que el personal en ocasiones por necesidad de servicio colabora en otras actividades que no están dentro de su asignación, pero que se hace necesario para poder brindar un servicio adecuado a la comunidad a la cual se pertenecen.

Dentro del distributivo de sueldos del Centro de Salud no existe ninguna partida presupuestaria vacante para reforzar el área Administrativa, creemos que es necesario la creación de algunos puestos como son: Secretaria, Proveedor, Bodeguero, Chofer y Guardián y dentro del Área técnica Médicos especialistas en: Gineco-obstetra y su Pediatra.

No ha existido valoración de puestos por lo tanto su utilización no existe.

ANÁLISIS DE SELECCIÓN CONTRATACIÓN

Para la selección del personal existen procedimientos preestablecidos por las direcciones provinciales de salud que lamentablemente no siempre el recurso humano llena el perfil y en ocasiones tampoco la necesidad del Centro de Salud como una de las conquistas laborales dentro del contrato colectivo se estipula que cuando un puesto quede vacante se deberá promocionar por antigüedad y el puesto de menor jerarquía en última instancia será llenado por un familiar de quien dejó la primera vacante en caso de muerte o accidente laboral del trabajador, lo que ocasiona que las personas que van ocupando los diferentes cargos no reúnen los requisitos indispensables ni llenan adecuadamente los perfiles solicitados, dándose en consecuencia una incompatibilidad de funciones que repercuten en una baja productividad.

Como ya mencionamos en el Centro de Salud existen 3 funcionarios de contrato ocasional de servicios, siendo los mismos profesionales médicos que al compararles con el total de profesionales médicos del Centro de Salud (4), encontramos que el 75% es personal de contrato ocasional, lo cual es un índice elevado que podría desestabilizar los objetivos a largo plazo interfiriendo en la misión que este Centro de Salud tiene, ventajosamente el Ministerio de Salud Pública en estos últimos años está tratando de dar continuidad al personal de contrato de su experiencia.

ESTIMULACIÓN

ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA SALARIAL

El promedio de sueldos mensuales de los profesionales médicos del Centro de Salud N° 5 es de 1'328.800 sucres, el promedio de los profesionales no Médicos es de 896.000,00 sucres, de los profesionales rurales un promedio de 750.000 sucres, mientras que el promedio de los trabajadores es de 1'155.000 sucres.

De los salarios promedios podemos evidenciar que no existen diferencias significativas entre profesionales y personal de contrato colectivo que justifiquen las diferencias de responsabilidad entre las dos clases.

Hace 15 años el salario promedio de un médico 2, 4 horas diarias era de 9.500 sucres cuando la cotización del dólar equivalía a 30 sucres lo que daba un salario en dólares de 316 dólares. En Agosto de 1997 el salario mensual del mismo médico que ascendió de categoría debido a méritos, antigüedad, experiencia, escalafón gana un sueldo promedio de 1'600.000 sucres que con el dólar a 4200 sucres recibe un salario de 380 dólares por mes, algo superior al sueldo que recibió hace 15 años, sin embargo la inflación anual ha sido en promedio del 30% lo que ha traído como consecuencia una gran disminución del salario real con una exagerada pérdida de su valor adquisitivo.

LOS 10 SALARIOS MÁS ALTOS DE LOS EMPLEADOS

| EMPLEADO | SALARIO |
|-------------------------|------------|
| Inspector sanitario | 1'446.525 |
| Médico 1 T.C. | 1'362.575 |
| Médico 1 T.C. | 1'295.025 |
| Médico 1 T.C. | 1'265.000 |
| Inspector Sanitario | 1'238.625 |
| Auxiliar de enfermería | 1'224.625 |
| Médico 1 T.C. | 1'216.620 |
| Auxiliar de Odontología | 1'108.250 |
| Odontólogo 2 T.C. | 907.900 |
| Enfermera 2 T.C. | 884.900 |
| | <hr/> |
| TOTAL: | 11'950.045 |

De los datos precedentes podemos observar que el salario tope 1'446.125 corresponde a uno de los inspectores sanitarios del centro de salud por su antigüedad y contrato colectivo y el más bajo corresponde a la enfermera con 884.900,00 sucres.

DESARROLLO OBJETIVO 2

JUSTIFICACIÓN

Conocer lo que le cuesta al Estado. La atención en consulta externa de acuerdo a las disponibilidades de la Unidad Operativa y a la productividad de la misma que es:

Consultas Clínicas 300
Consultas Obstétricas 80
Consultas Profilácticas 120
(2° Semestre 96)

IDENTIFICACIÓN DE COSTOS

COSTOS FIJOS DIRECTOS CONSULTA EXTERNA DE CLÍNICA

Sueldo de Auxiliar de Enfermería: 1'309.121 x mes
Sueldo de Médico Tratante 1'707.860 x mes
TOTAL 3'016.981

| COSTOS DIRECTOS VARIABLES | |
|----------------------------|-------------------------|
| TICKET | 15 x unidad |
| CARNET | 20 x unidad |
| CARPETA | 630 x unidad |
| PAPEL HIGIÉNICO | 6 x unidad |
| ALGODÓN | 10 x unidad |
| ALCOHOL | 17 x unidad |
| SAVLON | 17 x unidad |
| TERMÓMETRO | 10 x unidad |
| TENSIOMETRO | 11 x unidad |
| ESTETOSCOPIO | 9 x unidad |
| BAJALENGUAS | 11 x unidad |
| RECETARIO | 6 x unidad |
| TOTAL COSTOS DIR. VARIABLE | <u>S/. 762 x unidad</u> |

MATRIZ DE COSTOS DIRECTOS DE CONSULTA EXTERNA

| COSTOS DIRECTOS CONSULTA DE CLINICA | | | | | | |
|------------------------------------------------|-------------|------------|------------|-------------|------------|-------------|
| Act. | CV/U | CVT | CFT | CF/U | CIT | CT/U |
| 1 | 762 | 762 | 3'016.981 | 3'016.981 | 3'017.743 | 3'017.743 |
| 300 | 762 | 228.600 | 3'016.981 | 10.056 | 3'245.581 | 10.818 |

CONSULTA EXTERNA OBSTÉTRICA

COSTOS FIJOS DIRECTOS

| | |
|---------------------------|----------------------|
| Sueldo de Obstetiz | 835.150 x mes |
|---------------------------|----------------------|

COSTOS VARIABLES DIRECTOS

| | |
|------------------------------------|-------------------------|
| TICKET | 15 x unidad |
| CARNET | 20 x unidad |
| CARPETA | 630 x unidad |
| PAPEL HIGIÉNICO | 6 x unidad |
| ALGODÓN | 10 x unidad |
| ALCOHOL | 17 x unidad |
| SAVLON | 17 x unidad |
| TERMÓMETRO | 10 x unidad |
| TENSIOMETRO | 11 x unidad |
| ESTETOSCOPIO | 9 x unidad |
| BAJALENGUAS | 11 x unidad |
| RECETARIOS | 6 x unidad |
| ESPÉCULO | 16 x unidad |
| TOTAL COSTOS DIR. VARIABLES | S/. 778 x unidad |

MATRIZ DE COSTOS DIRECTOS DE OBSTETRICIA

| DIRECTOS | | | | | | |
|----------------------------|-------------|------------|------------|-------------|------------|-------------|
| MATRIZ DE COSTOS | | | | | | |
| CONSULTA OBSTÉTRICA | | | | | | |
| ACT | CV/U | C/T | CFT | CF/U | CTT | CT/U |
| 1 | 778 | 778 | 835.150 | 835.150 | 835.928 | 835.928 |
| 80 | 778 | 62.240 | 835.150 | 10.439 | 897.390 | 11.217 |

CONSULTA EXTERNA DE PROFILAXIS VENÉREA

COSTOS FIJOS DIRECTOS

| | |
|-------------------------------|--------------------------|
| Sueldo de Médico | 1'560.252 por mes |
| Sueldo Auxiliar de Enfermería | 1'309.121 por mes |
| TOTAL | 2'869.373 por mes |

COSTOS VARIABLES DIRECTOS

| | |
|------------------------------------|---------------------------|
| TICKET | 15 x unidad |
| CARNET | 300 x unidad |
| PAPEL HIGIÉNICO | 6 x unidad |
| ALGODÓN | 10 x unidad |
| ALCOHOL | 17 x unidad |
| SAVLON | 17 x unidad |
| TERMÓMETRO | 10 x unidad |
| TENSIOMETRO | 11 x unidad |
| ESTETOSCOPIO | 9 x unidad |
| BAJALENGUAS | 11 x unidad |
| RECETARIOS | 6 x unidad |
| ESPECULO | 16 x unidad |
| FORMULARIO PEDIDO EXAMEN | 6 x unidad |
| GUANTES | 700 x unidad |
| APLICADORES | 120 x unidad |
| PLACA Y CUBRE OBJETOS | 150 x unidad |
| EXÁMEN-MATERIALES | 3.500 x unidad |
| EXÁMEN- SALARIO TECNÓLOGO | 3.650 x unidad |
| TOTAL COSTOS DIR. VARIABLES | S/. 8.564 x unidad |

**MATRIZ DE COSTOS DIRECTOS DE CONSULTA DE PROFILAXIS
VENÉREAS**

| MATRIZ DE COSTOS DIRECTOS CONSULTA PROFILÁCTICAS | | | | | | |
|---------------------------------------------------------|-------------|------------|------------|-------------|------------|-------------|
| ACT | CV/U | CVT | CFT | CF/U | CTT | CT/U |
| 1 | 8.554 | 8.554 | 2'869.373 | 2'869.373 | 2'877.927 | 2'877.927 |
| 120 | 8.554 | 1'026.480 | 2'869.373 | 23.911 | 3'895.853 | 32.465 |

Para calcular los costos directos fijos tomamos en cuenta los que están determinados por la remuneración mensual de los profesionales y auxiliar de enfermería que son quienes en forma directa intervienen en la prestación de los servicios.

Para los costos variables directos se considera así mismo el valor de los insumos suministros, implementos médicos y equipos. Ajustándonos a los valores actuales de acuerdo al precio de compra y a la vida útil de los equipos.

COSTOS INDIRECTOS

Los costos fijos indirectos considerados para este trabajo son los integrados por las remuneraciones del personal que labora dentro del Área Administrativa y de apoyo para la realización de actividades dentro del Centro de Salud y los costos variables indirectos se los considera de acuerdo al inventario existente en esta unidad operativa.

El rubro depreciaciones no se consideró por cuanto dentro de las Instituciones públicas a nivel nacional no existió un sistema de contabilidad de costos que permita saber a ciencia cierta. Cuanto cuesta realizar cada una de las actividades.

Muchos valores de los inventarios mantienen su precio histórico, el Estado paternalista repone el bien cuando este es sustraído o pierde su capacidad de prestar el servicio. Ejemplo: El vehículo tiene un costo unitario menor al de la esterilizadora por la época de su adquisición.

COSTOS FIJOS INDIRECTOS (ADMINISTRACIÓN)

| | |
|-------------------------------------------|---------------|
| SUELDO DEL DIRECTOR | 1'736.840 |
| SUELDO DEL ADMINISTRADOR | 1'146.885 |
| SUELDO DEL CONTADOR | 929.032 |
| SUELDO DE ENFERMERA | 1'089.804 |
| SUELDO DE CONSERJE | 1'089.947 |
| <hr style="width: 20%; margin: 0 auto;"/> | |
| SUELDOS TOTALES | S/. 6'092.508 |

DISTRIBUCIÓN DE COSTOS FIJOS INDIRECTOS (ADMINISTRACIÓN)

A las consultas de clínica, obstetricia y profilaxis venérea según número de pacientes.

| | CONS. CLÍNICA | CONS. OBST. | PROFILAXIS | ADMINIST. | SERV.GEN. |
|------------------------|---------------|-------------|------------|-----------|-----------|
| COSTO PROPIO | 3'016.981 | 835.150 | 2'869.337 | 6'092.508 | |
| ADMIN./Nº SERV. | 2'030.836 | 2'030.836 | 2'030.836 | | |
| | 5'047.817 | 2'865.986 | 4'900.173 | | |

COSTOS VARIABLES INDIRECTOS (SERVICIOS GENERALES)

| | |
|-------------------------------------------|------------------|
| Arriendo | 1'000.000 |
| Luz | 72.000 |
| Agua | 45.000 |
| Teléfono | 50.000 |
| Esterilizador | 32.100 |
| Vehículo | 15.000 |
| Escritorio | 44.000 |
| Maquinaria | 13.333 |
| <hr style="width: 20%; margin: 0 auto;"/> | |
| TOTAL | 1'371.433 |

DISTRIBUCIÓN DE COSTOS VARIABLES INDIRECTOS (SERVICIOS GENERALES) a las Consultas Clínicas obstetricia y profilaxis venérea en partes iguales.

| | CONS. CLÍNICA | CONS. OBST. | PROFILAXIS | SERV. GENERAL |
|---------------------|----------------|----------------|------------------|---------------|
| SERV.GENERAL | 762 822.861 | 778 219.430 | 8.554 329.144 | 1'371.433 |
| CONSULTA | 823.623 | 220.208 | 337.698 | |

CONCLUSIONES DE COSTOS

1.- El costo de la consulta de medicina general es de S/. 29.627, el de obstetricia de S/. 49.016 lo que representa un 65% de incremento con respecto a la primera; y el de profilaxis es de S/. 67.560 lo que representa un 128% de incremento con respecto a la de medicina general; consideramos que el mismo es exagerado.

2.- Tanto el costo de la consulta de medicina general como el de la consulta especializada son elevados ya que están por igual o por encima de lo que cobran los médicos en la consulta privada.

3.- El costo total promedio de la consulta externa es de S/. 48.734, el mismo que nos parece excesivamente alto para una Unidad Operativa del Ministerio de Salud Pública, ya que igual al costo de la consulta especializada en la consulta privada.

4.- El costo del examen de secreción vaginal es aceptable para un servicio público.

5.- Nos parece que los costos elevados del servicio de consulta externa se debe al bajo número de consulta ya que la capacidad instalada nos permitiría duplicar la misma.

CONSULTA CLÍNICA

| | | |
|-----------------------|------------------|------------------------------|
| Costo Fijo directo | 3'016.981 | |
| Costo Fijo subdirecto | 05'047.817 | |
| Costo Fijo total | <u>8'064.798</u> | $: 300 = 26.882 \text{ x u}$ |
| Costo Variable Total | 823.623 : 300 = | <u>2.745</u> |
| Costo Total Total | | 29.627 x u |

CONSULTA DE OBSTETRICE

| | | |
|--------------------------|------------------|-----------------------------|
| Costos Fijos Directos | 835.150 | |
| Costos Fijos Subdirectos | 2'865.986 | |
| Costo Fijo Total | <u>3'701.136</u> | $: 80 = 46.264 \text{ x u}$ |
| Costo Variable Total | 220.208 : 80 = | <u>2.752</u> |
| Costo Total Total | | 49.016 x u |

CONSULTA PROFILÁCTICA

| | | |
|-----------------------|------------------|------------------------------|
| Costo fijo directo | 2'869.373 | |
| Costo fijo subdirecto | 4'900.173 | |
| Costo Fijo Total | <u>7'769.546</u> | $: 120 = 64.746 \text{ x u}$ |
| Costo Variable Total | 337.698 : 120 = | <u>2.814</u> |
| Costo Total Total | | 67.560 |

COSTO EXAMEN SECRECIÓN VAGINAL

| | |
|-----------------------------------------|------------------|
| Costo fijo | 3.650 x u |
| Costo variable | <u>3.776 x u</u> |
| Costo Total Total | 7.426 x u |
| Costo Total Total Promedio por consulta | 48.734 |

DESARROLLO DE OBJETIVO 3

Es necesario que las unidades de salud cuenten con apoyo comunitario para el desarrollo de sus funciones para lo cual la comunidad deberá nominar el Comité de Salud por cuanto nuestra unidad siempre ha funcionado con el Club de Madres como organismo de apoyo.

En relación al comité de desarrollo institucional si funciona en la Unidad de Salud.

Otras organizaciones que colaboran con el desarrollo del Centro de Salud son las escuelas; repartos militares y comunidades del Área.

**DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DEL AZUAY
CENTRO DE SALUD N° 5 MACHANGARA**

EDAD:

SEXO: M..F.....

QUÉ MECANISMOS DEBEN USARSE PARA ADMINISTRAR EL DINERO RECAUDADO?

HASTA CUANTO USTED ESTARÍA DISPUESTO A PAGAR POR UNA CONSULTA DE MEDICINA GENERAL?

S/. 500 S/. 3.000
S/. 1.000 S/. 4.000
S/. 2.000 S/. 5.000

HASTA CUANTO ESTARÍA DISPUESTO A PAGAR POR UNA CONSULTA MÉDICA CON ESPECIALISTA?

S/. 3.000 S/. 6.000
S/. 4.000 S/. 8.000
S/. 5.000 S/. 10.000

COMO LE GUSTARÍA QUE SE GASTE EL DINERO RECAUDADO?

QUE INGRESO ECONÓMICO TIENE POR FAMILIA?

0 - 300.000
301.000 → 600.000
600.000 → 900.000
+ 900.000

TIENE CASA PROPIA ?

SI NO

CUANTOS HIJOS TIENE?

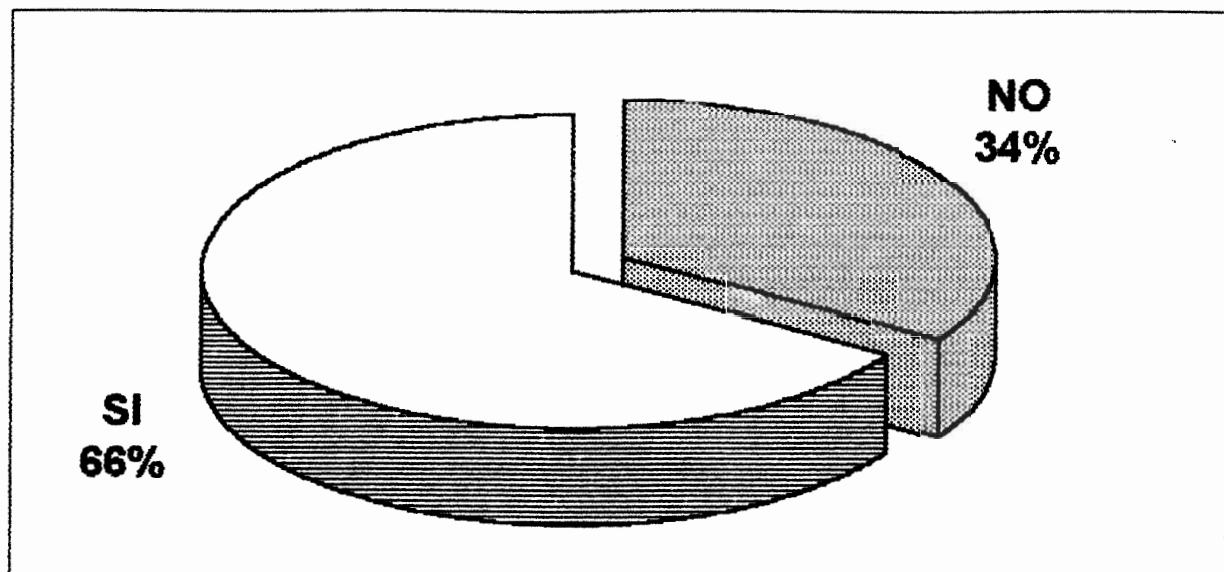
NINGUNO 1 2 3 4 5 o +

QUÉ MECANISMOS DEBEN USARSE PARA ADMINISTRAR EL DINERO RECAUDADO?

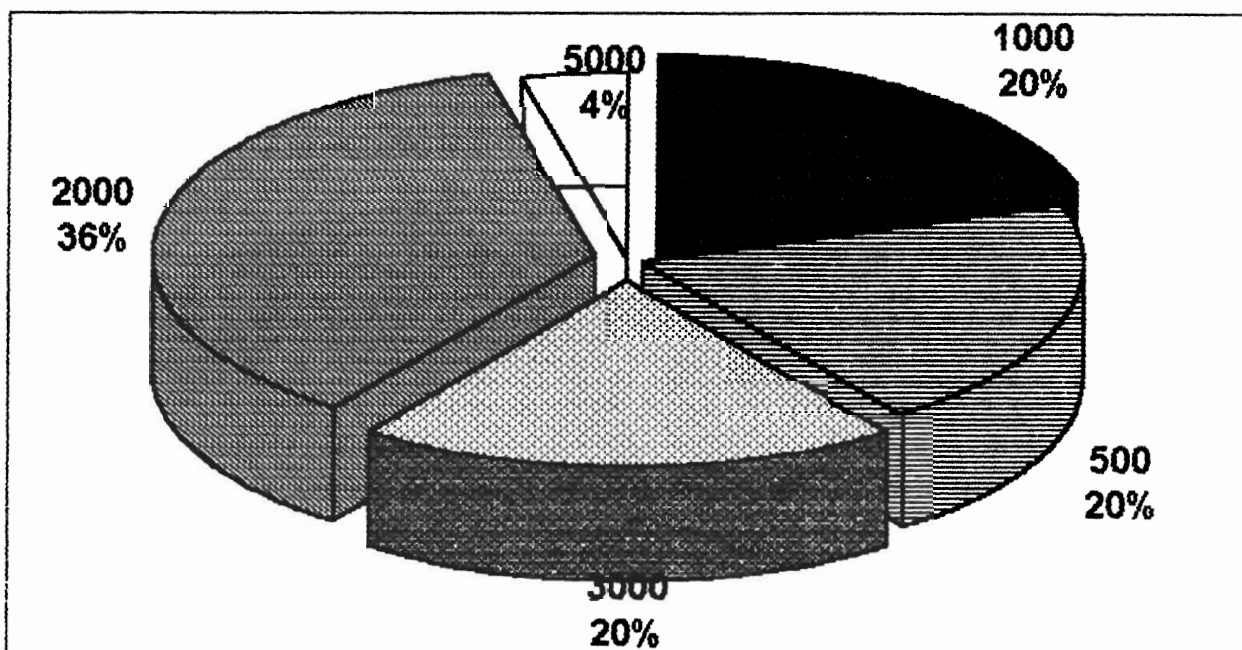
CONSIDERA USTED QUE EL CENTRO DE SALUD DEBERÍA COBRAR A SUS PACIENTES POR CONSULTA MÉDICA

SI NO

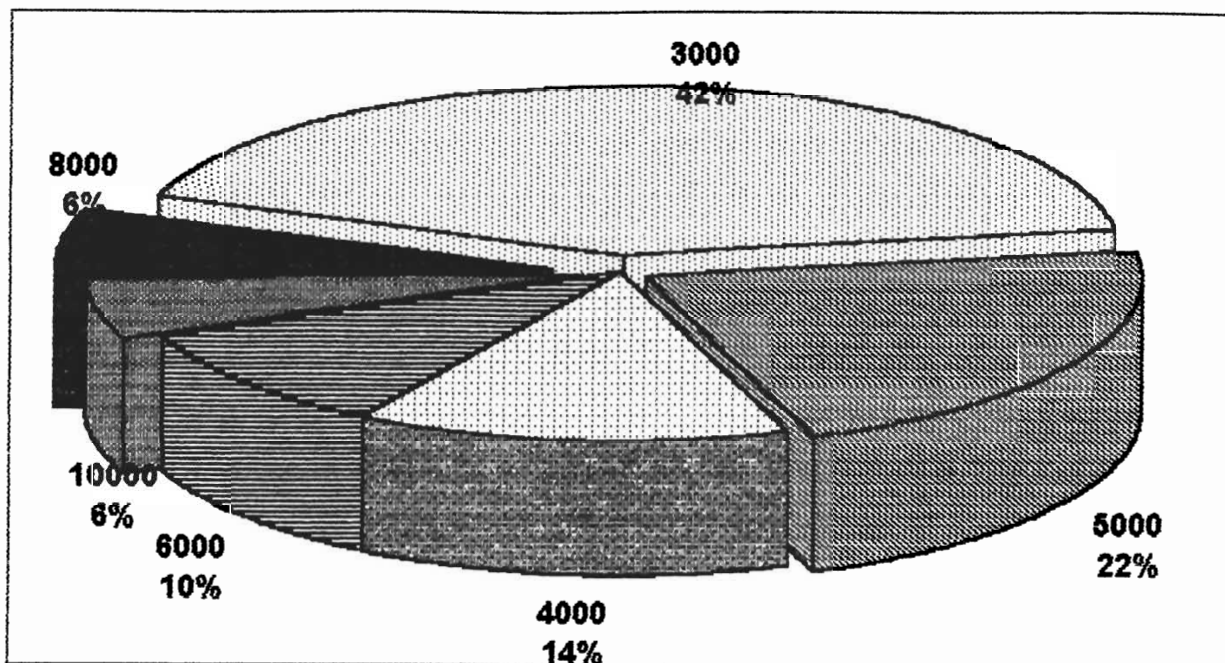
CONSIDERA USTED QUE EL CENTRO DE SALUD DEBERIA COBRAR A SUS PACIENTES



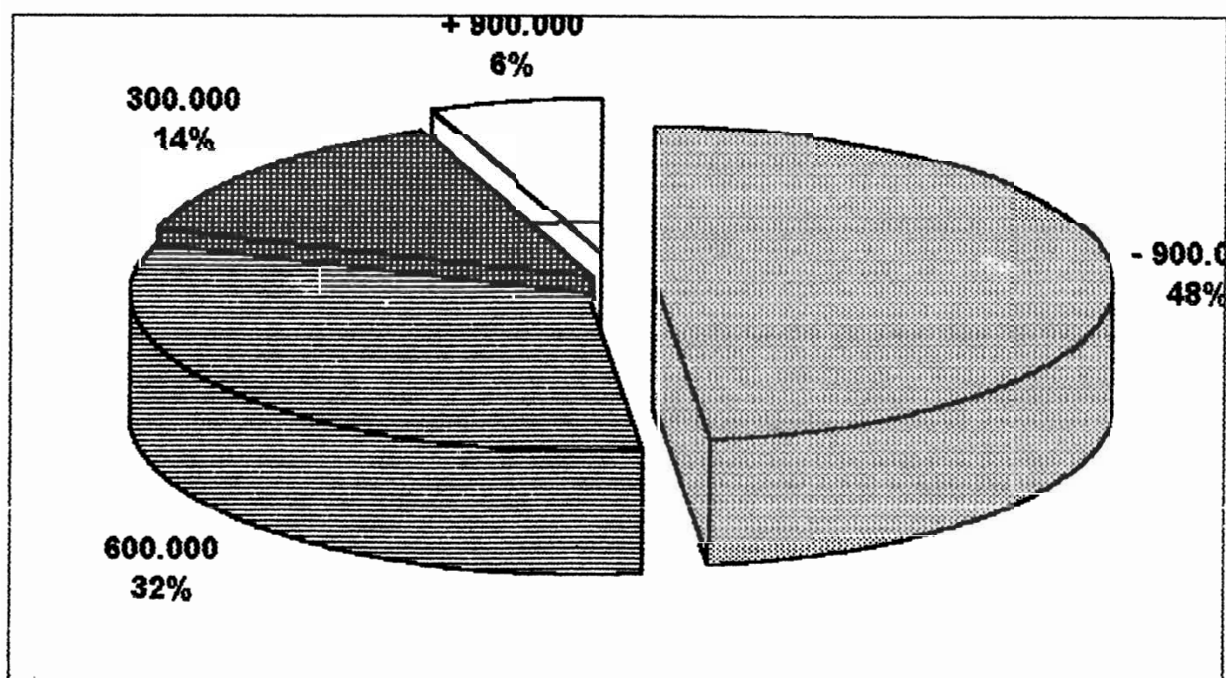
HASTA CUANTO ESTARIA DISPUESTO A PAGAR POR UNA CONSULTA DE MEDICINA GENERAL



HASTA CUANTO ESTARIA DISPUESTO A PAGAR POR UNA CONSULTA CON ESPECIALISTA



QUE INGRESO ECONOMICO TIENE SU FAMILIA



CONCLUSIÓN

1.- Si actualizamos el distributivo de sueldos del Centro de Salud N° 5 Machangara podemos concluir que el contingente de Recursos Humanos es insuficiente para poder brindar los servicios que el centro oferta en relación a la población, ya que el porcentaje de Médicos, Enfermeras y Odontólogos son inferiores al uno por mil habitantes, al mismo tiempo los recursos existentes en su gran mayoría no llevan el perfil necesario para su función.

2.- De la observación directa de la oficina de contabilidad constatamos que el Centro de Salud no dispone de un sistema de determinación de costos, por lo que se ignora el costo de los servicios que se brindan, lo cual no es más que el reflejo de lo que sucede en todos los organismos del sector estatal. Por esta razón procedimos a realizar su estudio para determinar costos en ciertas áreas.

3.- De los informes financieros analizados en el Centro de Salud se puede concluir que el presupuesto es insuficiente para el adecuado funcionamiento del Centro, razón por la cual proponemos se implante un sistema de recuperación parcial de costos y de cogestión financiera lo que sería una buena ayuda para el funcionamiento de la unidad. Así en consulta externa tendríamos:

| | | |
|------------------------------------------|---|----------------------|
| 300 consultas generales x S/. 3.000 | = | S/. 900.000 |
| 200 consultas especializadas x S/. 5.000 | = | S/. <u>1'000.000</u> |
| Cobros mensuales por consulta | | S/. 1'900.000 |

1'900.000 x 12 meses = S/. 22'800.000 que es el 28% del presupuesto operativo del valor asignado para el año 1997.

4.- Del análisis de la organización administrativa del Ministerio de Salud se evidencia que ésta es centralizada, lo que impide tomar decisiones adecuadas y oportunas por lo que proponemos la descentralización administrativa ya que es el nivel local el que mejor informado está de los problemas y el que debe tomar las decisiones.

PROPUESTA

RECUPERACIÓN PARCIAL DE COSTOS

OBJETIVO

El Presupuesto del Centro de Salud Machangara no es suficiente para mantener el funcionamiento del mismo, por lo que es indispensable procurar otros recursos para cubrir ciertos gastos operativos por tanto se resuelve realizar “Recuperación Parcial de Costos” como sistema de pago del Usuario el mismo que en un momento dado crea o permite implementar mejoras en el mismo centro.

Por otro lado en una encuesta realizada por la comunidad el 62% manifestó estar de acuerdo con el apoyo parcial de los servicios.

ESTABLECIMIENTO DE TARIFAS Y METAS

La recuperación de Costos se realizo en nivel de los servicios curativos que presto el Centro y de los Servicios de Apoyo del mismo: La misma esta basada en los “Costos de los Servicios”.

| | |
|-----------------------------------|------------------------|
| Consulta Externa de Clínica | 10% = 3.000 x consulta |
| Consulta Externa de Especializada | 10% = 5.000 x consulta |
| Exámenes de Laboratorio | 50% = 3.700 |
| Farmacia | 100% |
| Más Utilidad | 15% |

No se realizará recuperación en los Servicios preventivos en Promocionales ya que creemos que como no existe una suficiente necesidad sentida en estos aspectos no habrá voluntad de la gente de pagar por las mismas lo que motivaría una disminución posiblemente de la demanda de estos servicios lo cual no es deseable o lo que es más le

falta e utilización de estos servicios por parte de la gente más pobre o menos motivada puede resultar un peligro para la comunidad.

EXONERACIONES

A pesar de que la mayoría de necesidades de una comunidad estén dispuestas a pagar siempre existen aquellos que no pueden hacerlo, son por lo general los individuos más pobres y que más ayuda requieren de los Servicios de Salud y nosotros tenemos que tomar las medidas necesarias y equitativas para asegurar su acceso.

La dificultad de pago en las tarifas puede ser parcial o total y es difícil determinar el porcentaje de miembros de una comunidad que tenga problemas en pagar.

Si los criterios para la exoneración son pocas exigentes muchas personas que en realidad son especies de pagar van a ser exoneradas; por otro lado si los criterios son demasiado densos habrá personas necesitadas que no podrán impensar a los servicios; siendo preferible que en un principio optamos por la primera posibilidad para luego ir evolucionando y perfeccionando el sistema.

La selección de los exonerados debe hacerse utilizando criterios específicos y precisos.

Los usuarios deberán demostrar cumplir los criterios por los que califican para la exoneración.

El proceso de calificación deberá ser llenado por un trabajador social y de no ser posible por carecer de este elemento humano, deberá hacerlo una persona específica.

Se exonerará a grupos de riesgo.

La Exoneración podrá ser parcial o total

La Exoneración podrá ser por episodio de enfermedad o por un año.

Hay que realizar evaluación del sistema de exoneraciones para saber que cumple con lo deseado.

PROPUESTA DE COGESTIÓN

La agudización de la crisis del sector salud porque cada vez las propuestas van disminuyendo haciéndose más insuficiente para la prestación adecuada de servicios, esto es más notorio en lo referente a los rubros para operación ya que del total presupuestado casi el 72% se va en gastos fijos y de remuneraciones quedando muy poco en gastos variables que con los que más se afectan con el proceso inflacionario y se agrava aún más cuando hay recortes presupuestarios. Esto hace que se proponga nuevas alternativas para financiarlo, planteándose el cofinanciamiento solidario por parte de los usuarios que a su vez resulta ser el modo aparentemente más factible y rápido de generar recursos suplementarios para poder brindar mayores servicios con eficiencia, eficacia, y con equidad.

Esta propuesta que es válida encuentra en estos momentos asidero en el Centro de Salud Nº 5 que se esta en un proceso de cambio y búsqueda de alternativas.

El reto es entonces de mejorar la calidad de vida de la población a través de la conjugación de fuerzas individuales e institucionales, siendo posibles ya que cada vez la demanda es más organizada.

Dentro de este esquema son las entidades externas las encargadas de gestionar y colaborar con la planificación y ejecución de ciertas tareas del Centro de Salud Nº 5, hablamos específicamente del Comité de Salud y del Club de madres. Existen dentro del área de influencia del Centro de Salud acantonados los cuarteles (Infantería, Artillería, Caballería) cuyo contingente humano es fundamental como apoyo en campañas de vacunación caninas y humanas, mingas para el mantenimiento y adecuamiento del local en donde funciona esta unidad operativa; recibiendo como retribución capacitación y educación y atención en nuestro servicio.

Nos planteamos conseguir la intervención del FISE para la construcción del local de la unidad operativa, puesto que los trámites efectuados por la comunidad y las directivos del Centro de Salud han recibido aceptación.

Las fábricas y empresas que se encuentran dentro de nuestra jurisdicción por contactos realizados con sus ejecutivos, tienen la predisposición de ayudar con algunas donaciones de medicamentos y equipos básicos.

A

N

E

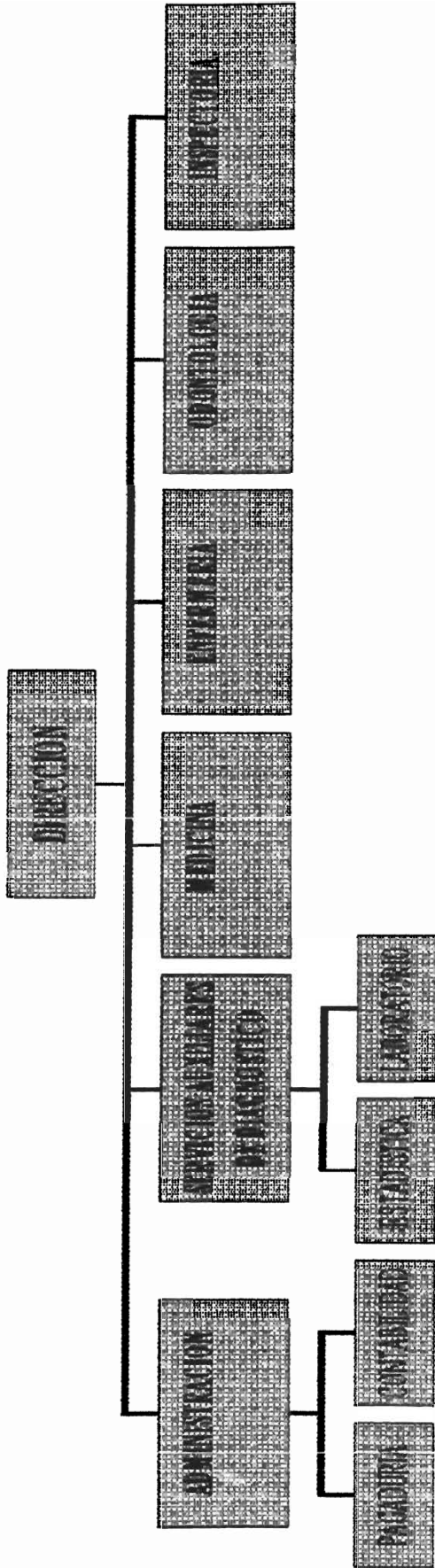
X

O

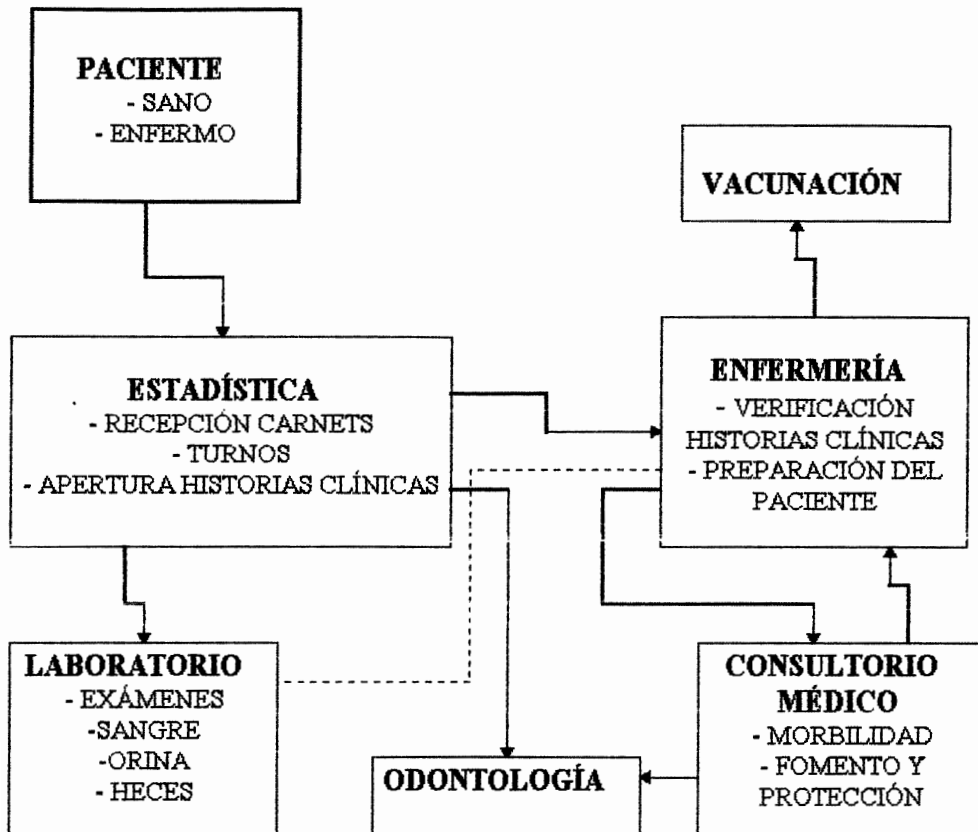
S

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL

Centro de Salud 5 Machangara



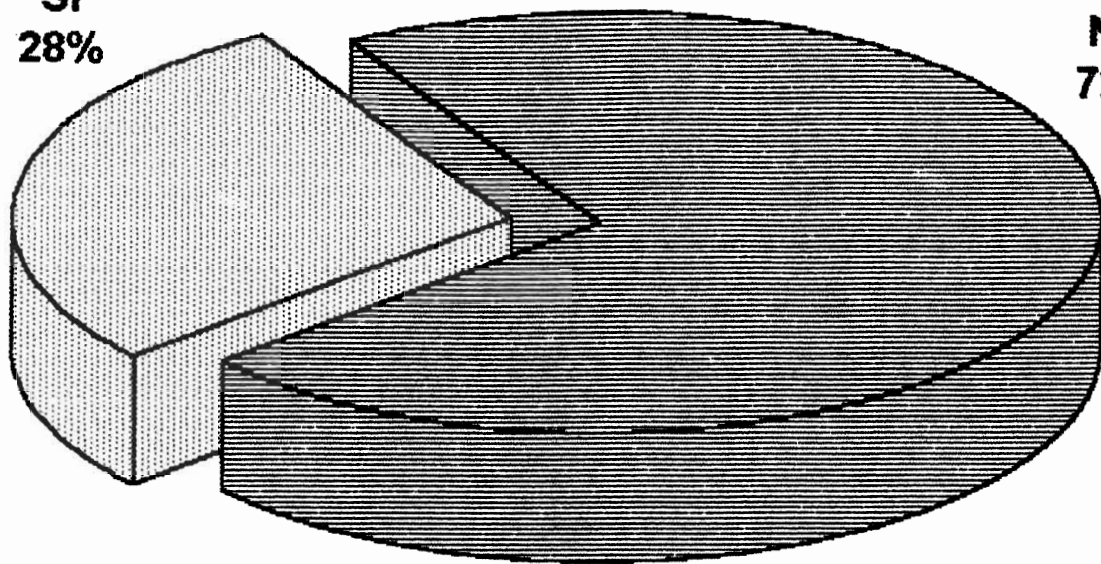
GUÍA PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE



TIENE CASA PROPIA

SI
28%

NO
72%



CUANTOS HIJOS TIENE

3
12%

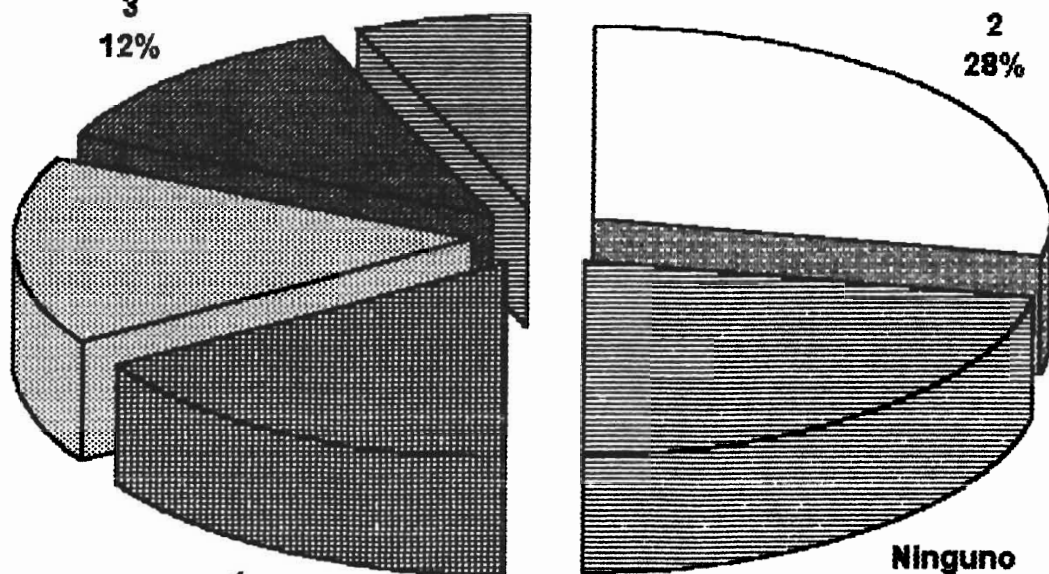
6%

2
28%

4
16%

1
16%

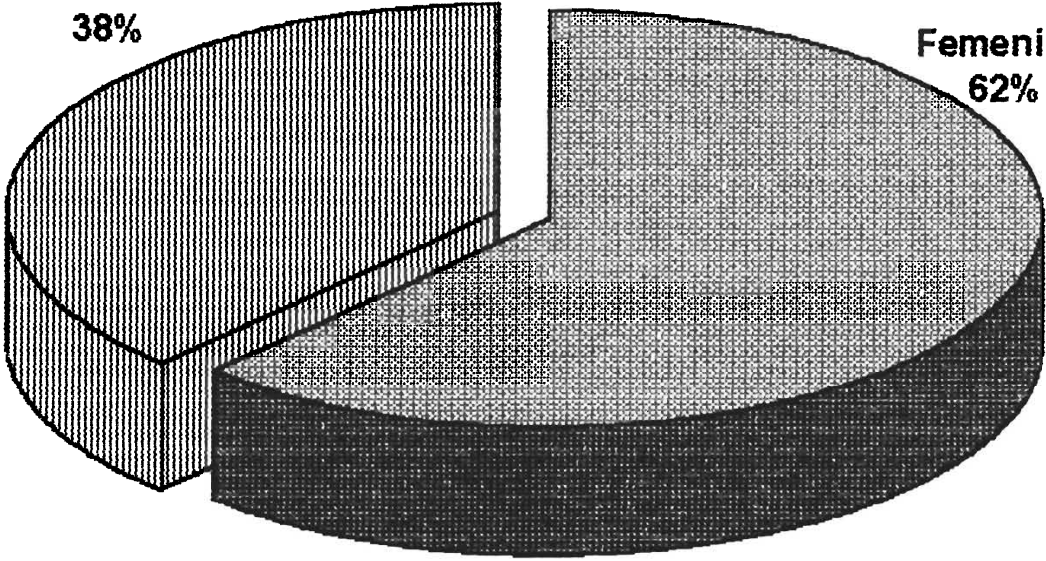
Ninguno
22%



SEXO DE LOS ENCUESTADOS

Masculino
38%

Femenino
62%



EDAD DE LOS ENCUESTADOS

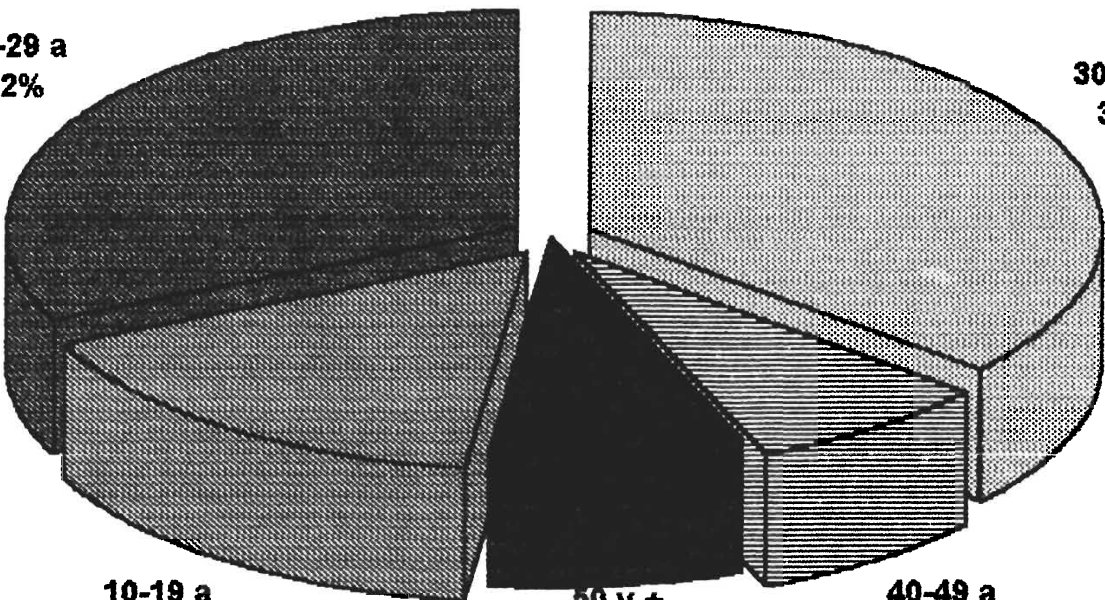
20-29 a
32%

30-39
36%

10-19 a
16%

50 y +
8%

40-49 a
8%



BIBLIOGRAFÍA

1. BOLETÍN DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD VOLUMEN 109 Nº 5 Y 6 AÑO 1990
2. BOLETÍN DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD VOLUMEN 108 Nº 5 Y 6. AÑO 1990
3. BOLETÍN DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD VOLUMEN 121 Nº 6. AÑO 1990
4. BREILH JAIME INVESTIGACIÓN DE LA SALUD EN LA SOCIEDAD. LA PAZ BOLIVIA 1985
5. CANALES F. H DE METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN 1994
6. CORREA EFRAÍN DR. RESEÑA HISTÓRICA DE LA DIRECCIÓN DE SALUD DEL AZUAY CUENCA 1991
7. CHEVALLIER JACQUES. LES CAHIERS DE MEDECINE PREVENTIVE ET SOCIALE FRANCIA. MALOINE. S.A. 1984
8. DRUCKER PETER. SU VISIÓN SOBRE LA ADMINISTRACIÓN. EDIT. NORMA 1996
9. MALAGON LONDOÑO GUSTAVO. ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA. Ed. PANAMERICANA COLOMBIA 1996.
10. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. MANUAL DE ORGANIZACIÓN DE ÁREAS DE SALUD QUITO 1994.
11. REYES PONCE AGUSTÍN. ADMINISTRACIÓN MODERNA. LIMUSA, MEXICO 1995.
12. SACOTO FERNANDO LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN EL ECUADOR. QUITO. DICIEMBRE 1992.
13. TERRY Y. FRANKLIN. PRINCIPIO DE ADMINISTRACIÓN. MEXICO 1994
14. VARIOS. EL LIBRO DE CUENCA TOMOS I Y II. CUENCA ECUADOR 1993
15. VARIOS. DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE LAS ÁREAS DE SALUD (SILOS) EN LA PROVINCIA DEL AZUAY. CUENCA, ECUADOR 1994.
16. VARIOS. MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE SALUD EN EL ECUADOR 1993.
17. VARIOS. CRÓNICA DE LA MEDICINA, PLAZA Y JAMES EDITORES S.A. ESPAÑA 1993

18. VARIOS. CORREO POBLACIONAL DE LA SALUD. VOL. 5 EDICIÓN Nº 2
JUNIO DE 1997 CERAP. QUITO.
19. VARIOS. DESARROLLO HISTÓRICO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD EN EL
ECUADOR (1967-1995) QUITO. CEPAR 1997
20. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN. MÉXICO 1980