



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TEMA:

**LA CULTURA ORGANIZACIONAL EN CENTROS DE PRIMER
NIVEL DE ATENCION DE SALUD PÚBLICA DE ZONA 5-GUAYAS:
DISEÑO DE UN MANUAL ADMINISTRATIVO ORIENTADO AL
MEJORAMIENTO DE ATENCIÓN AL USUARIO, EN GESTION DE
MEDICINA PREVENTIVA**

AUTORA:

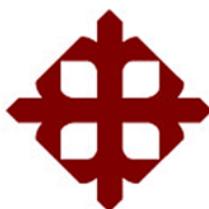
MD. PAOLA VANESSA VELOZ PINOARGOTE

**Previo a la obtención del Título de
MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD**

TUTORA:

Ing. Adela Zurita Fabre, Mgs.

**Guayaquil, Ecuador
2015**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la **Md. Paola Vanessa Veloz Pinoargote** como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**.

DIRECTOR DE TESIS

Ing. Adela Zurita Fabre, Mgs.

REVISOR(ES)

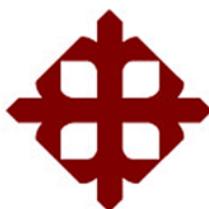
CPA. Laura Vera Salas

Ing. Elsie Zerda Barreno

DIRECTORA DE LA MAESTRÍA

Ec. María del Carmen Lapo Maza, Mgs.

Guayaquil, a los 23 del mes de Marzo del año 2015



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Md. Paola Vanessa Veloz Pinoargote

DECLARO QUE:

La Tesis **LA CULTURA ORGANIZACIONAL EN CENTROS DE PRIMER NIVEL DE ATENCION DE SALUD PÚBLICA DE ZONA 5-GUAYAS: DISEÑO DE UN MANUAL ADMINISTRATIVO ORIENTADO AL MEJORAMIENTO DE ATENCIÓN AL USUARIO, EN GESTION DE MEDICINA PREVENTIVA** previo a la obtención del Grado Académico de **MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en las referencias bibliográficas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía general. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico de la Tesis referida.

Guayaquil, a los 23 del mes de Marzo del año 2015

LA AUTORA

Md. Paola Vanessa Veloz Pinoargote



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

AUTORIZACIÓN

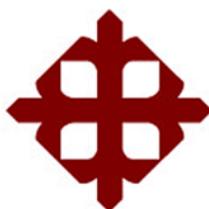
Yo, **Md. Paola Vanessa Veloz Pinoargote**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución de la Tesis, **LA CULTURA ORGANIZACIONAL EN CENTROS DE PRIMER NIVEL DE ATENCION DE SALUD PÚBLICA DE ZONA 5-GUAYAS: DISEÑO DE UN MANUAL ADMINISTRATIVO ORIENTADO AL MEJORAMIENTO DE ATENCIÓN AL USUARIO, EN GESTION DE MEDICINA PREVENTIVA**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 23 del mes de Marzo del año 2015

LA AUTORA:

Md. Paola Vanessa Veloz Pinoargote



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

INFORME DE URKUND

LA CULTURA ORGANIZACIONAL EN CENTROS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD PÚBLICA DE ZONA 5-GUAYAS: DISEÑO DE UN MANUAL ADMINISTRATIVO ORIENTADO AL MEJORAMIENTO DE ATENCIÓN AL USUARIO, EN GESTION DE MEDICINA PREVENTIVA

The screenshot displays the URKUND web interface. The browser address bar shows the URL: <https://secure.orkund.com/view/13524037-631977-192511#q1bKLvYijbQMdQxiq0FAA==>. The document details on the left include: Document: PAOLA VELOZ PINOARGOTE-tesis-final-marzo2015 y manual.docx (D13514444); Submitted: 2015-03-10 17:59 (-05:00); Submitted by: adela.zurita.fabre (adela.zurita@cu.ucsg.edu.ec); Receiver: maria.lapo.ucsg@analysis.orkund.com; Message: Show full message. A progress indicator shows 1% of the document is analyzed.

The 'List of sources' table on the right contains the following entries:

Rank	Path/Filename
1	PAOLA VELOZ PINOARGOTE-tesis-final-marzo2015.docx
2	PAOLA VELOZ PINOARGOTE-manual cultura organizacional.docx
Alternative sources	
3	PAOLA VELOZ PINOARGOTE-tesis-final-marzo 4.docx
4	PAOLA VELOZ PINOARGOTE-tesis-completa-final.docx
5	PAOLA VELOZ PINOARGOTE-tesis-final-marzo2015.docx
6	PAOLA VELOZ PINOARGOTE-tesis-final-marzo 5.docx
7	PAOLA VELOZ PINOARGOTE-manual cultura organizacional.docx

The main content area shows a snippet of text from the document, discussing organizational culture and its impact on health services. The text includes the following paragraphs:

communities as well as the proper compliance with them. Basically the influence maintaining good organizational culture in terms of the health team and this in turn in the exercise of care at the first level, just as the analysis of a proposal by the World Health Organization be verified as the health system networks, especially for the benefit of the community. For information tabulating survey was applied which allowed to determine that there is a relationship between organizational culture and job performance, they are two variables that go together to make the personnel are an integral part of the organization, that exists business competitiveness and achieve organizational goals and objectives. No just the typical Physician-Patient relationship but there is now integrating all departments of an entity to contribute to the welfare of each user in the field of prevention of diseases Sanitary relationship. Just as knowing the legal regulations governing the administration of the entities in the first level of health care in which licensing standards is prioritized in all aspects of various areas that serve as guidelines for the organization primarily health care. Keywords: Organizational Culture, Preventive Medicine, First Level Care, Public Health Organization

INTRODUCCION La tesis expone en contexto una

divergencia que se viene dando desde hace mucho tiempo en nuestro país como es falta de políticas específicas para con la Medicina Preventiva, un tema de mucha polémica, lo que se pretende es el análisis de una situación que a diario se vive en Hospitales de Especialidad del sector público como

por ejemplo

el colapso y la emergencia sanitaria por el aumento y requerimiento de la población a una atención médica oportuna, y que conllevaría a un caos sanitario, si no se toman las medidas respectivas, debido a la falta de recursos en el primer nivel de atención donde radica el problema y es el origen del estudio. Por otra parte, la creación de una nueva cultura organizacional que aporte de manera efectiva al cumplimiento de programas establecidos ya en estatutos del Ministerio de Salud, pero que por ausencia de una verdadera organización y gestión camina a pasos lentos, viendo obligado al usuario a acudir a los grandes hospitales volviendo al círculo vicioso del colapso hospitalario objeto del análisis. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define por su parte la integración, como la gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud. Al igual que el Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador debe velar por el cumplimiento de las normas y reglamentos organizacionales, con la finalidad de establecer nuevas conductas de vida que beneficien a toda la comunidad. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA En Ecuador existen estructuras gubernamentales con funciones específicas en cuanto al manejo de recursos y su orientación hacia el buen vivir de los ciudadanos. Sin embargo, dado el avance de los tiempos y las nuevas necesidades que aparecen, sea por el incremento poblacional debido a las migraciones internas, mayores causas de contagio de enfermedades, condiciones climáticas y de salubridad, etc., es imperiosa la actualización de normas y reglamentaciones que faciliten el cuidado de la salud de los habitantes, principalmente en lo que a Medicina Preventiva se refiere. Todos estos elementos hacen que la situación que a diario se vive en Hospitales de Especialidad del sector público requieran de un análisis global no solamente en lo que a infraestructura y procedimientos médicos se refiere sino también en cuanto a las condiciones de trabajo de las personas y, sobre todo, la cultura organizacional desarrollada en estos centros importantes de atención en salud, que a la larga afectan al servicio y atención que se da a los usuarios CITATION Sit05 \l 12299 (Siliceo Aguilart, Casares Arrangoiz, & González Martínez, 2005). La investigación pretende esclarecer los índices y datos de mayor relevancia para dar a conocer si se cumplen a cabalidad todas las normas y programas de salud otorgadas por el máximo organismo regulador como lo es el MSP, identificando cuáles son sus falencias y fortalezas que deberían considerarse, para que el personal sanitario influya con políticas de salud existentes, sobre el mejoramiento, organización y planificación de verdaderos programas de prevención de enfermedades. Desde hace largo tiempo la cultura organizacional, ha sido un concepto central para disciplinas como antropología, psicología, sociología y la filosofía. En ciertas circunstancias, la administración comenzó a partir del estudio sistemático de la cultura organizacional a partir de la década de los 80 y se expresa en el comportamiento de la organización que incide en la conducta de sus colaboradores, y viceversa. Una organización puede cambiar, pero ello no puede ser independiente de la totalidad social conformada en dicha organización, dado que una expresión de la unidad social y laboral en las organizaciones

AGRADECIMIENTO

A Dios principal gestor de todo en mi vida, guía y amparo en esta ardua lucha, que con sus bendiciones me mantuvo firme a pesar de las adversidades.

Agradezco también a la Universidad Católica Santiago de Guayaquil y a su gran grupo de catedráticos, en especial a mi tutora Ing. Adela Zurita, ilustres conocedores que me brindaron la oportunidad de caminar junto a ellos, recorriendo la trayectoria ideal que me permitió la culminación exitosa de esta investigación.

Así como a mis colegas, compañeros de diversas experiencias que juntos nos mantenemos con la visión de ser mejores profesionales, seres humanos y amigos.

Paola Veloz Pinoargote

DEDICATORIA

Dedico mi presente proyecto de investigación a mis Padres, Lilia y Manuel por su esfuerzo incansable, por sus palabras que me dan la sabiduría necesaria para reconocer mis errores y saberlos enmendar.

A mi esposo Vito por su amor, paciencia y confianza, que me impulsaron a continuar y culminar mi proyecto con éxito.

A mis hermanos Erick y Kevin, que son mi inspiración y en general a mi Familia, vínculo fraterno que de diversas maneras contribuyeron a la realización del proyecto.

INDICE GENERAL

Resumen.....	xi
Abstract.....	xii
Introducción.....	1
Planteamiento del problema	3
Justificación.....	6
Objetivos: general y específicos	8
Capítulo 1: La cultura organizacional en el campo de la atención primaria en salud... 9	
1.1 Cultura organizacional	9
1.1.1 Conceptualizaciones de cultura organizacional	10
1.1.2 Clasificación de cultura organizacional	15
1.1.3 Análisis de la problemática actual de la cultura organizacional en relación a la salud	19
1.1.4 Factores que relacionan la cultura organizacional con la prevención de enfermedad	22
1.2 Salud preventiva en atención primaria.....	25
1.3 Marco legal en atención primaria en salud	26
1.3.1 Constitución de la República del Ecuador	27
1.3.2 Políticas del Plan Nacional del Buen Vivir.....	28
1.3.3 Ley Orgánica de Salud	30
Capítulo 2: Estructura organizativa del primer nivel de atención	33
2.1 Gestión organizacional por procesos del primer nivel de atención.....	36
2.1.1 Margen cultural: vinculación salud-paciente	37
2.1.2 Margen social: organización y comunidad	40
2.2 Fundamentos para la estructuración del primer nivel de atención.....	43
2.2.1 Normas de licenciamiento para las instituciones del primer nivel de atención	45
2.2.2 Estructura orgánica del primer nivel de atención.....	46
2.3 Programas de salud establecidos en los APS	50
Capítulo 3: Metodología de la investigación.....	53

3.1	Tipo de investigación	53
3.2	Población y muestra	55
3.3	Instrumentos de investigación y análisis de resultados.....	59
3.3.1	Entrevistas y análisis	59
3.3.2	Formatos de encuestas.....	67
3.3.3	Análisis de resultados de encuestas	67

Capítulo 4: La Propuesta: manual de mejoramiento de la cultura organizacional para la atención primaria de salud, zona 5, provincia del guayas.....79

4.1	Objetivos del Manual	80
4.2	Contenido del Manual	81
4.3	Presentación del Manual	81

	Conclusiones.....	101
	Recomendaciones	103
	Referencias bibliográficas	104

Apéndices:

Apéndice A:	Programas de prevención para el adulto mayor en el Subcentro de Salud La Guayas.....	107
Apéndice B:	Programas de control de natalidad y cuidados perinatales, El Empalme ..	107
Apéndice C:	Distribución zonal, zona 5, dentro de la cual está la Provincia del Guayas.....	108
Apéndice D:	Formato de encuestas para usuarios	109
Apéndice E:	Formato de encuestas para Personal Sanitario.....	110

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Niveles de complejidad y la clasificación del primer nivel de atención.....	34
Tabla 2.	Características de la atención primaria en salud vs atención especializada	35
Tabla.3.	Elementos principales de la estructura del primer nivel.....	45
Tabla 4.	Programas que se debe cumplir en centros de primer nivel de atención	51
Tabla 5.	Atención primaria en zona 5-Guayas	55
Tabla 6.	Atención primaria en zona 5-Guayas, El Empalme y Yaguachi	59
Tabla 7.	Personal que ayuda al usuario.....	60
Tabla 8.	Causa de desinformación y mala atención del personal sanitario	61
Tabla 9.	Problemas que desestructuran el equilibrio de la organización.....	63
Tabla 10.	Formas de contribución del personal sanitario al cumplimiento de programas de salud.....	65
Tabla 11.	Frecuencia con que acude a la casa de salud	67
Tabla 12.	Persona que explicó sobre proceso y medicación.....	68
Tabla 13.	Conocimiento sobre programas de prevención.....	70
Tabla 14.	Percepción sobre la calidad en la atención	71
Tabla 15.	Percepción sobre la importancia de la capacitación del personal administrativo	72
Tabla 16.	Temas importantes para capacitación de personal administrativo	74
Tabla 17.	Parámetros para evaluar la cultura organizacional	75
Tabla 18.	Características necesarias para atender al usuario	76

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Estructura organizativa descriptiva básica de un centro de salud.....	48
Figura 2.	Gestión de proceso organizacional del Primer Nivel de Atención.....	50
Figura 3.	Cuadro estadístico del personal que colabora con el usuario	60
Figura 4.	Causa de desinformación y mala atención por parte del personal sanitario	62
Figura 5.	Problemas que desestructuran el equilibrio de la organización.....	64
Figura 6.	Contribución del personal sanitario a la medicina preventiva.....	66
Figura 7.	Frecuencia con que acude a la casa de salud	68
Figura 8.	Persona que explicó sobre proceso y medicación.....	69
Figura 9.	Conocimiento sobre programas de prevención.....	70
Figura 10.	Percepción sobre la calidad en la atención	71
Figura 11.	Percepción sobre la importancia de capacitar al personal administrativo	73
Figura 12.	Temas importantes para capacitación de personal administrativo	74
Figura 13.	Parámetros para evaluar la cultura organizacional	75
Figura 14.	Características necesarias para atender al usuario	76

RESUMEN

El propósito del presente estudio es recoger toda la información pertinente y diseñar un manual administrativo, incluyendo temas conceptuales, legales, procedimentales y estructurales, relacionados con la gestión de medicina preventiva en los centros de atención de primer nivel, que faciliten el desarrollo y mejoramiento de una cultura organizacional de excelencia en el servicio al usuario.

La investigación realizada para llegar a este diseño tuvo un enfoque cuantitativo, de tipo no experimental, analítica y descriptiva, y los datos recopilados a través de entrevistas y encuestas, luego de ser tabulados y analizados, confirman la premisa de que la eficiencia y la productividad de una organización en cuanto al logro de los objetivos para los cuales fue estructurada, dependen fundamentalmente de los equipos humanos que la conforman y su cultura organizacional y que, entre otros aspectos, esa eficiencia y productividad involucra el manejo fluido y eficiente de la comunicación interna y una necesidad de capacitación al personal no médico sobre sus cargos, funcionamiento de todas las áreas de atención primaria en salud (APS) y programas de medicina preventiva que se desarrollan a lo interno del centro de salud.

Palabras claves: *Cultura Organizacional, Medicina Preventiva, Primer Nivel de atención, Salud Pública, Organización, capacitación.*

ABSTRACT

The purpose of this study is to collect all relevant information and design Administrative Manual of the UN, including Conceptual, Legal, procedural and Structural Issues, Related to the Management of preventive medicine at the Sales Center Level One, which facilitate the development and Improvement An organizational culture of Excellence in Service to the user.

Research done for Reach This design had UN quantitative and qualitative approach, non-experimental descriptive, analytical and, and-through data collected Interviews and Surveys, after being Tabulated and analyzed, confirming the premise of which efficiency and productivity Of An organization with Regard to the achievement of the objectives for which it was structured, depend critically on Human teams that of that form and your organizational culture and that, among other aspects, the efficiency and productivity involves Fluid Management and Efficient internal communication and staff training need no doctor on charges their operation of all areas of (APS)and preventive medicine programs are developed That inner Health Center.

Keywords: Organizational Culture, Preventive Medicine, First Level of Care, Public Health, Organization, Training.

INTRODUCCION

La tesis expone en contexto una divergencia que se viene dando desde hace mucho tiempo en el Ecuador como es la insuficiencia de políticas específicas para la gestión de medicina preventiva, un tema de mucha polémica; y lo que se pretende es el análisis de una situación que a diario se vive en Centros de Salud dedicados a la Atención Primaria y de qué manera influye el personal no médico ante la emergencia sanitaria provocada por el aumento y requerimientos, por parte de la población, a una atención médica oportuna y que conllevaría a un caos sanitario si no se toman las medidas respectivas.

Por otra parte, la existencia de programas establecidos en los estatutos del Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador buscan fomentar el desarrollo de una nueva *cultura organizacional*, bien estructurada y fundamentada pero que, por ausencia de una adecuada organización y gestión, camina a pasos lentos dificultando la prestación del servicio al usuario externo, que debe acudir a los grandes hospitales, volviendo al círculo vicioso del colapso hospitalario.

En concordancia con la Organización Mundial de la Salud (OMS) que con sus normas internacionales busca que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud, el MSP vela por el cumplimiento de las normas y reglamentos organizacionales, con la finalidad de establecer nuevas conductas de vida que beneficien a toda una comunidad.

En las páginas siguientes se presenta la información recabada que sustenta el tema propuesto, en el siguiente orden: En el capítulo 1 se incluye el marco conceptual que sustenta la cultura organizacional, los criterios relacionados con su importancia en el ámbito de la salud y, principalmente, en centros de atención de primer nivel; en el capítulo 2 se aprecia la conformación de la red de salud de atención de primer nivel y, dentro de ésta, la estructura organizacional, física y legal que sustenta su funcionamiento, así como de los procesos relacionados con la medicina preventiva; el capítulo 3 incluye la metodología de investigación seguida para obtener la opinión de los diferentes actores que sustentan la necesidad de contar con un documento en donde se plasme información relevante sobre el funcionamiento de un centro de salud de atención de primer nivel, así como los datos tabulados con su correspondiente análisis; el capítulo 4 contiene la propuesta que se fundamenta en un manual administrativo orientado al mejoramiento de la cultura organizacional en un centro de salud de primer nivel. Finalmente, las conclusiones a las que ha permitido llegar la investigación y las recomendaciones que presenta la autora con respecto al tema.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Ecuador existen estructuras gubernamentales con funciones específicas en cuanto al manejo de recursos y su orientación hacia el buen vivir de los ciudadanos. Sin embargo, dado el avance de los tiempos y las nuevas necesidades que aparecen, sea por el incremento poblacional debido a las migraciones internas, mayores causas de contagio de enfermedades, condiciones climáticas y de salubridad, etc., es imperiosa la actualización de normas y reglamentaciones que faciliten el cuidado de la salud de los habitantes, principalmente en lo que a Medicina Preventiva se refiere. Todos estos elementos hacen que la situación que a diario se vive en Hospitales de Especialidad del sector público requieran de un análisis global no solamente en lo que a infraestructura y procedimientos médicos se refiere sino también en cuanto a las condiciones de trabajo de las personas y, sobre todo, la cultura organizacional desarrollada en estos centros importantes de atención en salud, que a la larga afectan al servicio y atención que se da a los usuarios (Siliceo Aguilar, Casares Arrangoiz, & González Martínez, 2005).

La investigación pretende esclarecer los índices y datos de mayor relevancia para dar a conocer si se cumplen a cabalidad todas las normas y programas de salud otorgadas por el máximo organismo regulador como lo es el Ministerio de Salud Pública; identificando cuáles son sus falencias y fortalezas que deberían considerarse, para orientar la participación del personal sanitario en programas y políticas de salud existentes, sobre el mejoramiento, organización y planificación de verdadera prevención de enfermedades.

Desde hace largo tiempo la cultura organizacional, ha sido un concepto central para disciplinas como antropología, psicología, sociología y la filosofía. En ciertas circunstancias, la administración comenzó a partir del estudio sistemático de la cultura

organizacional a partir de la década de los 80 y se expresa en el comportamiento de la organización que incide en la conducta de sus colaboradores, y viceversa. Una organización puede cambiar, pero ello no puede ser independiente de la totalidad social conformada en dicha organización, dado que una expresión de la unidad social y laboral en las organizaciones es la cultura, es decir, que el cambio a lo interno de una institución se dará en la medida en que los valores, actitudes y comportamientos de sus integrantes también cambien, todo esto refleja el comportamiento de la organización (Delcore, 2004).

Tomando como referencia los postulados de Schein (2004) se concibe la cultura organizacional como un modelo de presunciones básicas (inventadas, descubiertas o desarrolladas por un grupo dado al ir aprendiendo a enfrentarse con sus problemas de adaptación externa e integración interna), que hayan ejercido la suficiente influencia como para ser consideradas válidas y, en consecuencia, ser enseñadas a los nuevos miembros como modo correcto de percibir, pensar y sentir esos problemas.

Identificado el contexto del problema a resolver y tomando en consideración de premisa de que *la eficiencia y la productividad de una organización en cuanto al logro de los objetivos para los cuales fue estructurada, dependen fundamentalmente de los equipos humanos que la conforman y su cultura organizacional*, se puede establecer entonces la siguiente pregunta de investigación:

¿Mejoraría el nivel de excelencia de la gestión en medicina preventiva por parte de los centros de atención de primer nivel si se desarrolla una cultura organizacional que, entre otros aspectos, esté basada en el conocimiento y capacitación del personal?.

- ✓ Variable **independiente**: *Desarrollo de una cultura organizacional de excelencia en el servicio al usuario*
- ✓ Variable **dependiente**: *mejora de la gestión en medicina preventiva por parte de los centros de atención del primer nivel.*

JUSTIFICACION

Un tema de trascendencia en la actualidad, tanto social como productiva, es la necesidad de contar con una cultura organizacional sustentada en una base legal, funcional y organizativa en donde los colaboradores comparten sus experiencias y logros como parte del equipo, y que como filosofía institucional esté presente en el servicio eficiente a los usuarios a los que se debe cualquier entidad, pública o privada, y del sector al que pertenezca. Esto es, la cultura organizacional es un modelo de comportamiento en donde todos quienes hacen la institución contribuyen con su esfuerzo, conocimientos y experiencias con el fin de alcanzar los objetivos establecidos. Por tanto, al igual que en cualquier institución se debe desarrollar, fortalecer y mejorar esa filosofía de trabajo.

Sin embargo, al hablar de servicio a los usuarios en un centro de salud, se refiere a todos los colaboradores que están directamente involucrados con éstos, desde el personal médico, especialista, de enfermería, pasando por quienes forman parte del equipo de gestión administrativa interna hasta llegar a los empleados que ejecutan tareas operativas. Todos hacen la cultura, todos son parte del servicio que se ofrece a un usuario y, si los colaboradores no se encuentran debidamente comprometidos, sea por la razón que fuere, se afectará el beneficio que debe recibir el paciente cuando acude a un centro de salud.

Se hace necesario, entonces que se desarrolle una cultura de servicio y entrega, de comunicación interna y capacitación permanente, con el fin de que todos quienes son parte del equipo del centro de salud conozcan los elementos legales que sustentan su funcionamiento, los procesos y procedimientos, la estructura organizacional y funcional,

de manera que orienten sus esfuerzos hacia la eficiencia en la atención a los usuarios, sobre todo en gestión de medicina preventiva que es la parte medular de la existencia de un centro de salud.

El objeto de esta investigación está enfocado en proporcionar las pautas necesarias para que los integrantes de un centro de salud desarrollen sentido de compromiso y empoderamiento de las funciones que deben cumplir como parte del centro, desarrollando una cultura organizacional de buen servicio orientado a la gestión en medicina preventiva.

OBJETIVOS

Con los antecedentes y justificativos ya mencionados, el objetivo general de esta investigación es el de *diseñar un manual administrativo, que incluya temas conceptuales, legales, procedimentales, relacionados con la gestión de medicina preventiva en los centros de atención de primer nivel, que fortalezca el desarrollo y mejoramiento de la cultura organizacional interna*. La consecución del objetivo de esta investigación está basada en el cumplimiento de los siguientes objetivos específicos:

1. Identificar la problemática que presentan los miembros de la cultura organizacional en centros de atención primaria y el cumplimiento de programas de medicina preventiva, para mejoramiento de la calidad de los servicios del centro de salud; y,
2. Realizar un diagnóstico sobre la cultura organizacional, imperante en un centro de atención en salud, que permita determinar sus fortalezas y debilidades, así como sus posibles campos de acción;
3. Identificar los procesos de atención en base medicina preventiva, verificando que se cumplen en los centros de atención de primer nivel, permitiendo conocer su importancia y beneficios;
4. Establecer una estructura adecuada funcional, procedimental y legal, basados en normativas establecidas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, orientada al mejoramiento de la gestión de medicina preventiva en los centros de atención de primer nivel.

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO:

LA CULTURA ORGANIZACIONAL EN EL CAMPO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

En el transcurso de los años el ser humano se va vinculando a la sociedad, dejando de lado el comportamiento de un ente solitario, abriéndose a nuevos retos, respetando el derecho a la vida; y, como parte de la sociedad, cuando pertenece a grupos de trabajo, pasa a conformar una cultura que se replica a medida que la institución va evolucionando; por ello, la necesidad de establecer una cultura organizacional en donde los integrantes aporten con sus comportamientos y desempeños para buscar su mejora permanente.

Para comprender la importancia de la cultura organizacional y, sobre todo, el efecto que ésta tiene sobre los procesos y resultados en general y en el campo de la salud en particular, es menester iniciar con algunas definiciones generales de estudiosos en la materia, para pasar a su clasificación y relación con el campo de la salud, sobre todo en cuanto a medicina preventiva, para finalmente analizar algunas reglamentaciones que fundamentan el funcionamiento de las instituciones de servicio público de medicina preventiva.

1.1 Cultura organizacional

Hablar de cultura organizacional es referirse al comportamiento de una organización, sus valores y actitudes frente a los problemas. La cultura organizacional tiene mucho que ver en relación a la naturaleza política del conocimiento; al respecto Foucault (2008)

haciendo referencia a Platón, señala que existe una relación entre el poder y el saber, el primero no existe sin el segundo, y que detrás de todo saber o conocimiento lo que está en juego es una lucha de poder.

Partiendo de esta analogía, la importancia del conocimiento radica en que la cultura organizacional se transformaría en un ente político relacionado con la interculturalidad de los pueblos (Marchant Ramírez & Del Río León, 2008) y más si se trata de salud, con la plena convicción que se sabe lo que se debe hacer el ámbito profesional a pesar de estar soportados en leyes y políticas que influyen directa o indirectamente y que pueden cambiar el rumbo de esta ideología. Para ampliar un poco más la comprensión de importancia de la cultura organizacional a nivel de toda empresa en general y de instituciones de salud en particular, es necesario analizar algunos conceptos y clasificaciones de este término.

1.1.1 Conceptualizaciones de cultura organizacional.

El concepto de cultura organizacional, puede ubicar su origen en Alemania durante la segunda mitad del siglo XIX, específicamente en el año 1880, hasta entonces la cultura carecía de importancia, a partir de esta década surge la preocupación por el estudio de la *cultura en las organizaciones*, con la finalidad de que se encaminen mejor, sean más eficientes o para que logren objetivos tales como elevar la calidad de vida de sus colaboradores y aumentar la productividad; es decir revitalizarlas y transformarlas en entidades cuya modernidad esté a la altura de la complejidad y dinamismo de nuestro entorno actual (Nosnik, 2005).

Hace 20 años se pensaba que las empresas eran, en su mayor parte, medios racionales para coordinar y controlar un grupo de personas, con niveles verticales, constituidos por departamentos que están enlazados con relaciones de autoridad y subordinación; pero se reconoce ahora que son más que eso, porque también poseen personalidad, tal como los individuos que la conforman y la definen con su personalidad propia; pueden ser rígidas o flexibles, innovadoras y creativas o estáticas y conservadoras. Así como las costumbres y cultura de los miembros de la institución influyen en la cultura organizacional, de la misma forma esta última influye y afecta o define la cultura y comportamiento en sus integrantes.

La cultura organizacional determina la forma como funciona una empresa, ésta se refleja en las estrategias, estructuras y sistemas; es la fuente invisible donde la visión adquiere su guía de acción; es aprendida y compartida por los integrantes de la empresa con el fin de solventar los conflictos que se presentan y fundamentalmente para la gestión empresarial; es un activo intangible cuya adecuada gestión puede producir impactos importantes en los resultados de la organización.

Como resultado de esa cohesión de grupo y de sus comportamientos individuales, se convierte en un conjunto de significados compartidos que puede ser transmitido, desarrollado, articulado y modificado de manera que el colaborador incremente su productividad. Dentro de la conceptualización de cultura organizacional debe también considerarse visiones teóricas que vinculan:

- ✓ Lo técnico con lo psicosocial, que permite establecer condiciones requeridas de especialización, provenientes de la tecnología, diferenciación de tareas que llevan a la generación de productos y/o servicios, sin dejar de lado la consideración el

comportamiento del individuo como tal y de los grupos que conforma (Teja Gutiérrez, Almaguer Vargas, Rendón Medel, & López Lira, 2014).

- ✓ Lo social y lo cultural, ya que las organizaciones son responsabilidad de las personas encargadas de gestionarlas; esto implica comprender la relación de la persona con la organización, sus actitudes, expectativas y aspiración todo dependiente del comportamiento humano, así como su relación en los grupos (Álvarez, 2013).

- ✓ El bienestar y la seguridad laboral, ya que la salud mental y bienestar personal está asociado tanto al mejoramiento de la calidad de vida del trabajador como al incremento de la productividad de la organización (Zubieta, Fernández, & Sosa, 2012).

Lo anterior está de acuerdo con lo mencionado por Schein (2004) con respecto a que la cultura organizacional adecuada es la que le permite a la institución alcanzar su misión, objetivos y metas, estableciendo una total sintonía entre su negocio, la sociedad y el ambiente empresarial; esto confirma, además, que una cultura organizacional sana es aquella que sirve no solamente para alcanzar los objetivos personales y organizacionales, donde la motivación para el trabajo adecuado y eficiente surge de una profunda convicción en el sistema de valores forjados por todos los líderes y la comunidad organizacional, sino que también mira hacia afuera en donde va a ejercer efecto, esto es, en una sociedad que acoge a la empresa, un ambiente empresarial en donde compite con otras similares y un entorno ambiental que de una u otra manera va a sentir su intervención, y todo ello es visto

desde los propios colaboradores quienes van a valorar más su cultura organizacional, si reconocen que la empresa a la que pertenecen respeta el entorno además que a ellos mismos.

Ante esto, surge como elemento básico de la cultura organizacional el rol del dirigente o gerente, quien es concebido como un agente multiplicador de la cultura organizacional (Schein, 2004) que traslada hacia abajo, las formas de gestión y administración que se deben seguir en toda la organización y marcan el accionar del personal en los diferentes niveles de la organización, lo que a su vez define o determina la actuación de la organización como un todo (Chiavenato, 2010).

Como complemento, Alles (2007) y Robbins (2004) coinciden en que la cultura organizacional permite establecer diferencias entre una organización y las demás, además, impregna un sentido de identidad para los miembros de la organización; facilita la generación del compromiso con algo más grande que el interés personal del individuo lo que se podría reconocer como empoderamiento, mejora la estabilidad del sistema social; y, finalmente, sirve como mecanismo de control y de sensatez que guía y modela las actitudes y el comportamiento de los empleados.

Al igual que las organizaciones de diferentes campos o áreas productivas, las instituciones de salud presentan rasgos de identidad que las diferencian, las cohesionan y les dan continuidad en el tiempo. Estas características de cada organización, que son parte de la cultura, son elementos establecidos, conocidos y compartidos por todos; que además generan situaciones que distinguen a las organizaciones públicas de salud relevantes. Así,

en los centros de salud se concibe al paciente como un sujeto integral y no se piensa en síntomas aislados; la inclusión y la facilidad en el acceso al sistema son también supuestos distintivos; o al menos esa es la idea de lo que debería primar y ser parte de la cultura organizacional en salud. Recién la cultura de salud nace en la década de los 80 y con mayor apogeo en la época de los 90 donde su principal sustento era la participación activa de cada uno de los miembros que la conformaban.

Para analizar la cultura organizacional en instituciones de atención en salud, es necesario resaltar que en general, a través de los tiempos, se ha considerado a la medicina como un arte y una ciencia cuyo fin es el de prevenir y curar enfermedades; por tanto, sus dos vertientes de acción son la *preventiva* que incluye un conjunto de procesos y procedimientos dirigidos a anticiparse a cualquier posible cambio en la situación de salud, y la *curativa* que ya está orientada a la curación de la enfermedad; prevención y curación son parte del esquema de trabajo en salud, aunque la primera, la preventiva tiene un campo de acción mucho más restringido en salud pública la cual, en su concepción más moderna, comprende según Perea Quesada (2009) Un conjunto de actividades organizadas de la comunidad dirigidas al fomento, defensa y restauración de la salud de la población.

En el esquema planteado dentro de la cultura organizacional de instituciones de salud, se busca frenar el descenso en la eficiencia en los servicios y así avanzar en los cuidados de manera integral para sus habitantes, lo cual se sustenta en el artículo VII de la Declaración de Alma-Atá de 1978, en el que menciona que *la Atención Primaria es la clave para que los pueblos alcancen el grado más alto posible de salud*. Otra es la iniciativa sobre Redes Integradas de Servicios de Salud resultado de una propuesta de la

Organización Panamericana de la Salud (OPS) en conjunto con la Organización Mundial de la Salud (OMS), buscando contribuir al desarrollo de sistemas de salud basados en la atención primaria de salud, y por ende a la prestación de servicios de salud, para que sean más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos.

Así como también que contribuya a la integración entre proceso y el logro de objetivos en salud deseables con excelentes resultados; esfuerzos estos que están orientados a desarrollar un mayor sentido de compromiso hacia la institución y la gestión en salud, todo ello enmarcado en mantener una cultura organizacional de servicio de calidad (Groene, 2007)

1.1.2 Clasificación de cultura organizacional.

Para tener una visión más amplia sobre la cultura organizacional y su relación con procesos y resultados, Robins propuso las siguientes clasificaciones en base a la intensidad de acción de cada grupo:

- ✓ La **cultura fuerte** en donde la administración no tiene mayor preocupación por establecer reglas y normas internas para orientar la conducta de sus colaboradores, ya que los valores centrales son compartidos ampliamente y se sostienen con intensidad y gran sentido de compromiso; y,
- ✓ La **cultura débil** que refiere la existencia y permanente recordatorio de normas y reglamentos internos que dirijan el comportamiento de los empleados, ya que

éstos no han desarrollado sentido de compromiso, desperdiciando tiempo, esfuerzo y recursos en su quehacer diario.

Ante estas dos posiciones, es necesario recordar que la cultura de una organización es el resultado de la interacción de todos los colaboradores de la misma, con sus virtudes y defectos, con sus éxitos y fracasos, de ahí que una cultura fuerte debe también tener un sesgo flexible que facilite la adaptación de los empleados a los cambios que impone la tecnología, las expectativas de los usuarios y el entorno en general, así mismo, una cultura débil debe ser reforzada buscando la adaptación a los nuevos cambios, sobre todo considerando que en las instituciones de atención en salud se requiere resultados con calidad y calidez (Robbins, 2004; Santa Eulalia Mainegra & Sampedro Díaz, 2012).

Adicional a la clasificación propuesta por Robbins, se establece otros tipos de cultura organizacional, concretándose a los centros de atención en salud:

La **cultura burocrática**, cuyas características son (Hellriegel, Jackson, & Slocum, 2004):

- ✓ Valora la formalidad, las reglas, los procedimientos de operación establecidos como una norma tiene una cultura burocrática;
- ✓ Destaca la producción y sus servicios al cliente de manera estándar;
- ✓ Las normas de comportamiento apoyan la formalidad sobre la informalidad;
- ✓ Los gerentes conciben sus funciones coordinando, organizando y vigilando el cumplimiento de las reglas y normas escritas;

- ✓ Las tareas, responsabilidades y autoridad están claramente definidas para todos los empleados; y,
- ✓ Las reglas y procesos de la organización están contenidas en gruesos manuales y los empleados creen que su deber es conducir “según el libro” y seguir los procedimientos legalistas, de esta manera el Gerente no se encuentra interrelacionado con el personal con el que cuenta, no se lo considera como un líder.

La **cultura de clan** se da, generalmente, cuando hay la suficiente confianza en el líder. Sus principales características son:

- ✓ Sostiene atributos provenientes de la tradición, la lealtad, el compromiso personal, una extensa socialización, trabajo en equipo, la autoadministración y la influencia social;
- ✓ Sus miembros reconocen una obligación que va más allá del sencillo intercambio de trabajo por un sueldo;
- ✓ Logra la unidad por medio de un largo y profundo proceso de socialización. Los miembros más viejos del clan sirven como mentores y modelos de función para los más nuevos;
- ✓ Está consciente de la singularidad de su historia y frecuentemente documenta sus orígenes y celebra sus tradiciones con diversos ritos, son conocedores de todo su entorno y junto con el líder apoyan en las diversas tareas;
- ✓ Los miembros comparten una imagen del estilo y comportamiento de la organización. Las declaraciones y actos públicos refuerzan estos valores; y,

- ✓ Los integrantes comparten el orgullo de ser parte de la membresía. Tienen un fuerte sentimiento de identificación y reconoce su destino común en la organización.

Mientras tanto, una **cultura emprendedora** presenta las siguientes características (Hellriegel, Jackson, & Slocum, 2004):

- ✓ Tiene altos niveles de asunción de riesgos, dinamismo y creatividad caracterizan la cultura emprendedora;
- ✓ Existe compromiso con la experiencia, empoderamiento del cargo, creatividad y el estar en la vanguardia;
- ✓ Reacciona rápidamente a los cambios en el ambiente y además busca y crea el cambio;
- ✓ Suelen asociarse con compañías pequeñas a medianas, que todavía son administradas por su fundador; y,
- ✓ Rompe esquemas y produce estrategias de manera que se centra en las posibilidades de mejorar.

Por otro lado, la **cultura de mercado** se impone según Hellriegel, Jackson & Slocum (2004) con lo siguiente:

- ✓ Logro de objetivos mensurables y exigentes especialmente aquellos que son financieros y se basan en el mercado;
- ✓ Competitividad enérgica y orientación hacia las ganancias;

- ✓ Las relaciones entre el individuo y la organización son contractuales, esto es, se acuerdan por adelantado las obligaciones de cada parte, en este sentido, la orientación de control es formal y muy estable;
- ✓ El individuo es responsable parcial del desempeño y la organización impone un nivel específico de remuneraciones. Mayores niveles de desempeño se intercambian por mayores remuneraciones. Ninguna de las dos partes reconoce el derecho de la otra a exigir más de lo que se especificó originalmente;
- ✓ Cada uno trabaja para su propio beneficio y por cumplimiento de contrato. Se renuevan contratos anuales si cada uno de los que intervienen hace su trabajo de manera adecuada, es utilitario porque cada parte usa a la otra para promover sus propias metas; y,
- ✓ En lugar de fomentar un sentimiento de pertenencia a un sistema social, la cultura de mercado valora la independencia y la individualidad y alienta a los miembros a que persigan sus propios objetivos financieros.

1.1.3 Análisis de la problemática actual de la cultura organizacional en relación a la salud.

La cultura organizacional supone un aprendizaje continuo mediante la suma de nuevos conocimientos, mientras que la identidad detenta rasgos que permanecen en el tiempo. La cultura implica un proceso de entendimiento e imitación por los miembros del grupo social, mientras que la identidad no requiere ser comprendida por los participantes. La cultura es de índole estructural; la identidad es condición de supervivencia y por tanto, un rasgo inmodificable en el tiempo. Esto lleva a que la cultura organizacional es sujeta a reestructuración, es decir es modificable;

Desde otro punto importante en la investigación algunos autores llevan a cabo una distinción clara entre las acciones de promoción de la salud y las de prevención de la enfermedad. Las primeras pretenderían fomentar la salud de los individuos y colectividades promoviendo que adopten estilos de vida saludables, lo que se podría conseguir mediante intervenciones de información y educación sanitaria desarrolladas en las escuelas, a través de los medios de comunicación de masas y en los centros de atención primaria. Como es lógico, para que sean efectivas estas acciones deben recibir el soporte de los grupos organizados de la comunidad y ser apoyadas por las medidas políticas y legislativas que sean necesarias.

Con la prevención de la enfermedad, en cambio se trataría de reducir la incidencia de enfermedades específicas mediante intervenciones concretas y puntuales basadas en los conocimientos científicos aportados por las ciencias médicas (vacunaciones, quimioprofilaxis, etc.) aplicadas por el médico o su equipo, en general, en el marco de la atención primaria.

Al respecto se han pronunciado diferentes Estados a través de la Carta Iberoamericana de la Función Pública en el marco de la V Conferencia Iberoamericana de Ministros de Administración Pública y Reforma del Estado, aprobada en Santa Cruz de la Sierra (Bolivia) el 26 y 27 de junio de 2003, en la cual se considera dentro de los criterios que rigen sus propuestas.

La promoción de la comunicación, la participación, el diálogo, la transacción y el consenso, orientado al interés general, como instrumentos de relación entre los

empleadores públicos y su personal, a fin de lograr el clima laboral más favorable y el mayor grado de alineamiento entre los objetivos de las organizaciones, los intereses y expectativas de su personal (Muñoz Gutiérrez, 2004).

Trabajar los elementos propuestos en el Programa de Renovación de la Administración Pública y en la Carta Iberoamericana de la Función Pública, supone intervenir en los procesos de comunicación, clima laboral, cultura del servicio público y cambio organizacional, etc., con el fin de lograr el compromiso con el nuevo modelo de gerencia pública. Se puede analizar dos situaciones que actúan en el proceso público: en un Hospital en que el área de Emergencias se percibe que se privilegian ciertos factores culturales como la rapidez en la atención que no se verifica, en igual medida en los Centros de Salud, donde los principios claves son la participación y el consenso. En ambos, la equidad aparece como un valor dominante, pero prima la rapidez y eficacia de la atención. (Organización Paramericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2008)

Existen, también, principios y valores comunes compartidos por las dos organizaciones, como son la eficacia, la eficiencia y la calidad de atención. Dichos valores están sólidamente arraigados y se han constituido como presunciones supuestos básicos incuestionables respecto a ciertas dimensiones relacionadas con el contexto, la apreciación sobre el uso del tiempo, la visión de los trabajadores y de los pacientes, entre otros. Las relaciones interpersonales al interior de ambas organizaciones, entre los miembros del equipo de salud, pueden describirse como cooperativas y solidarias.

Respecto de la interacción hacia el exterior, con los pacientes, se nota una clara diferencia entre ambas organizaciones. Mientras en el Hospital se percibe una fuerte preocupación por brindar una atención de calidad con eficiencia y profesionalismo manteniendo cierta distancia con el enfermo y con el objetivo inmediato de restaurar su salud, en los Centros de Salud se concibe al paciente desde una visión holística y se trata de generar vínculos duraderos con él y su familia que van más allá de la cuestión meramente asistencial. Se puede entonces corroborar que en el hospital se vislumbra al paciente como un sujeto pasivo y fragmentado. En Atención Primaria se considera al paciente como un sujeto integral y con derecho a participar activamente del proceso de atención. (MSP, 2013)

1.1.4 Factores que relacionan la cultura organizacional con la prevención de enfermedad.

Es un tema de trascendental importancia que nace a partir de las estructuras organizativas y su vinculación con la sociedad., en la que se hace gestión a nivel primario siendo éste el más desprotegido, de ahí que se mencionan las circunstancias que deberían darse en el entorno comunitario-hospitalario (Santa Eulalia Mainegra & Sampedro Díaz, 2012):

- ✓ Provisión de un cuidado integral capaz de resolver la mayoría de las necesidades y demandas de salud de la población a largo tiempo y durante todo el ciclo vital;
- ✓ Desarrollo de vínculos profundos con los individuos, su familia, comunidad y con el resto de los sectores sociales a través de mecanismos demostrados en la práctica;

- ✓ Se facilita la participación social y la acción intersectorial a través de espacios de intercambio;
- ✓ Existencia de mecanismos normados para la coordinación del continuo de servicios y del flujo de información a través de todo el sistema de servicios independientemente del sitio de atención;
- ✓ Integración de los cuidados personales, de salud pública y los programas focalizados en ciertas enfermedades y/o riesgos específicos a la salud a través de adecuadas guías de práctica clínica y protocolos de asistencia y derivación;
- ✓ Evidencia del *no confinamiento* a la provisión de los servicios en los centros de salud y claros procedimientos para la ejecución de los procesos relacionados (guías de procedimientos);
- ✓ Programación de la movilidad del personal a lo largo de toda la red de servicios del sistema para garantizar la provisión de cuidados en diferentes sitios como: hogares, escuelas, lugares de trabajo y comunidad en general;
- ✓ Provisión de servicios en el primer nivel de atención por especialistas de distinto orden (conformación de equipos multidisciplinarios);
- ✓ Certeza de la planificación para el ajuste de los servicios en respuesta a las necesidades de salud de la población;
- ✓ Desarrollo de los procesos de sustitución que buscan ofrecer el cuidado de la salud en el sitio más apropiado del continuo de los servicios de salud (desarrollo de ambientes extra-hospitalarios);
- ✓ Redimensionamiento de las capacidades de ingreso hospitalarias y reasignación del personal correspondiente (reducción de número de camas y otros), si es

posible de acuerdo a la disponibilidad de servicios ambulatorios y hospitalarios en un área determinada;

- ✓ Desarrollo de procesos que incluyen adopción de esquemas de cirugía ambulatoria, hospital de día, cuidados progresivos del paciente, cuidados en el hogar, hospicios y hogares de enfermería;
- ✓ Existencia de una estrategia para proporcionar incentivos financieros y no financieros para tratar el problema de salud en el lugar más adecuado del continuo asistencial, considerando criterios demográficos, epidemiológicos, de equidad, eficiencia y costo efectividad;
- ✓ Alineación de las asignaciones financieras de las diferentes unidades operativas con los objetivos globales del sistema o la red particular;
- ✓ Diseño de gestión de la red adecuados a su complejidad y tamaño. La gestión de cada unidad operativa responde a un concepto normativo y de reglamento único pero descentralizado de acuerdo a su complejidad;
- ✓ Implementación de sistemas de mejoramiento continuo de la calidad;
- ✓ Certeza de planificación y desarrollo de las líneas de servicio clínico que permiten la conducción continua del paciente por la red de servicios;
- ✓ Gestión de un sistema de planificación y desarrollo de la gestión de procesos;
- ✓ Disponibilidad del personal idóneo para los servicios diseñados, y con competencias desarrolladas para el trabajo a realizar;
- ✓ Sistema de evaluación de desempeño acorde a las necesidades de los servicios;
- ✓ Planificación del personal necesario al diseño de la red y su proyección futura;
- ✓ Creación de nuevos puestos de trabajo y adecuación de competencias para las nuevas funciones

- ✓ Estrategia formativa basada en la formación permanente; y,
- ✓ Desarrollo de la cultura organizacional y promoción de valores compartidos

1.2 Salud preventiva en atención primaria

En la declaración la OMS del 2008 se plantea que la atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

La OMS define por su parte la integración desde el punto de vista organizacional además referenciado como:

La gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud. (CEPAL-ASDI, 2007-2008)

Hecho que implica a la medicina preventiva como el área de mayor estudio en los últimos años. A nivel de los Centros de Atención Primaria en Salud (APS) es donde se aplicarían las políticas radicales que den la pauta para el mejoramiento que, si bien es cierto, se centran en zonas urbanas marginales y rurales, exponiéndolo en el artículo III de la Declaración de Montevideo sobre la renovación de APS en la América (2005), 2 el

párrafo 49 de La Agenda de Salud para Las Américas 2008-2017 (Ministros de Salud de las Américas) en la Ciudad de Panamá, junio de 2007), del párrafo 6 del Consenso de Iquique, logrado en la XVII Cumbre Iberoamericana de Ministros de Salud (2007) también mencionan a la medicina preventiva como la principal gestión en salud.

Mantienen el concepto que en las organizaciones se generan influencia sistemática de su ambiente próximo lo que afecta por los valores de la cultura nacional en la que se insertan y no presentarían variaciones en cuanto a los valores que conforman su cultura interna. (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2008). Otros autores definen a la APS como el conjunto de actividades y procedimientos organizados, encaminados a preservar y mejorar el estado de salud de la población mediante acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación y evitar que se altere desfavorablemente el medio que lo rodea.

Pone de manifiesto que en síntesis el APS es el prototipo de atención principal en brindar atención a diversas comunidades. Además que el APS tiene un compromiso político, de presupuesto y programas donde uno de los indicadores para vigilar el progreso es la disponibilidad de Atención Primaria; muchos países han hecho progresos considerables en la mejora de sus condiciones sanitarias y de desarrollo, pero otros no han mejorado en absoluto.

1.3 Marco legal en atención primaria en salud

Para tener una idea concreta de qué leyes rigen o respaldan a las organizaciones de salud en cuanto a programas de Medicina Preventiva en la APS, al igual que aquellas que destacan la integralidad de las comunidades con sus culturas, se ha distribuido acorde a los

artículos de mayor relevancia relacionados con la Constitución de la República del Ecuador, el Plan Nacional del Buen Vivir incluyendo al Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) y para ir a lo particular, tener conocimiento de los Estatutos elaborados por el MSP en base a la atención primaria.

1.3.1 Constitución de la República del Ecuador.

En su artículo 226 del Sector Público que atribuye a la Administración Pública menciona que:

Las facultades que tienen las Instituciones del Estado, sus organismos, dependencias, las servidoras o servidores públicos para ejercer las competencias y facultades que la Constitución les atribuye y el deber de, coordinar las acciones para el cumplimiento de sus fines (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2008)

El artículo 361 de la constitución de la República del Ecuador en su título VII régimen del Buen Vivir en el capítulo primero, referente a la inclusión y equidad establece que:

El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2008).

En el Art. 3.- Estructura Organizacional de Gestión por Procesos se menciona que:
La estructura organizacional del Ministerio de Salud Pública se encuentra alineada con su misión y las políticas determinadas en la Constitución de la República del Ecuador, las Políticas del Estado, leyes y otras normas vigentes. Se sustenta en la filosofía y enfoque de gestión por procesos determinando claramente su ordenamiento orgánico a través de la identificación de procesos, clientes, productos y/o servicios (MSP, 2009).

1.3.2 Políticas del Plan Nacional del Buen Vivir.

La Constitución de la República del Ecuador, en su Art. 32, establece que *la salud es un derecho que garantiza el Estado*, este derecho se extiende al acceso al agua, alimentación, educación, cultura física, trabajo, seguridad social, ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir, para ello el Gobierno Central establece las regulaciones pertinentes para facilitar *el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva*, basándose en principios de *equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional* (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2008).

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

En el Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013 también hace referencia a: uno de los principales objetivos el de *aumentar la esperanza y calidad de vida de la población*, plantea políticas orientadas al cuidado y promoción de la salud; a garantizar el acceso a servicios integrales de salud: el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica; el reconocimiento e incorporación de las medicinas ancestrales y alternativas. Mientras que dentro de sus lineamientos menciona:

- ✓ En la **Política 3.1**: Promover prácticas de vida saludable en la población.

- ✓ En la **Política 3.2**: Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad, y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad.

- ✓ En la **Política 3.3**: Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad.

Existen en estatutos y en reglamentos lineamientos exclusivos para connotar la estructuración de programas de salud que deberían darse el ejecútese, a pesar que existen organizaciones que si se cumplen a cabalidad con dichas ordenanzas hay otras que no cambian en su antigua culturización y se mantienen sin innovación de proyectos de salud pese a las exigencia del MSP. Desde el punto de vista general es un tema de gran importancia puesto que se pretende implementar mejor el primer nivel de atención con la finalidad de dar cobertura sobre todo a áreas rurales desprotegidas para evitar el colapso de

Hospitales Públicos de especialidad como es lo que está ocurriendo actualmente. De manera que cada ecuatoriano tenga atención de calidad y de eficiencia (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2014).

1.3.3 Ley Orgánica de Salud.

En la Ley Orgánica de Salud, vigente desde el 2006, hace referencia al artículo 42 de la Constitución Política de la República, donde se dispone que (Congreso Nacional del Ecuador, 2006):

El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

Si bien es cierto el Estado garantiza este derecho, pero corresponde a cada miembro involucrado en una cultura organizacional de la entidad a la que pertenece el usuario, dar su debido cumplimiento; punto de partida de este análisis. En el artículo 8, la Ley Orgánica de Salud (2006, pág. 5) promulga a la colectividad en relación a la salud los deberes individuales y colectivos en relación con la salud:

a) Cumplir con las medidas de prevención y control establecidas por las autoridades de salud;

- b) Proporcionar información oportuna y veraz a las autoridades de salud, cuando se trate de enfermedades declaradas por la autoridad sanitaria nacional como de notificación obligatoria y responsabilizarse por acciones u omisiones que pongan en riesgo la salud individual y colectiva;*

- c) Cumplir con el tratamiento y recomendaciones realizadas por el personal de salud para su recuperación o para evitar riesgos a su entorno familiar o comunitario;*

- d) Participar de manera individual y colectiva en todas las actividades de salud y vigilar la calidad de los servicios mediante la conformación de veedurías ciudadanas y contribuir al desarrollo de entornos saludables a nivel laboral, familiar y comunitario;*

Nuevamente bajo un margen legal invita ser partícipes como un todo para dar el cumplimiento a diversos programas y servicios de salud. Cabe recalcar que estos estatutos se ponen en práctica a nivel de todos los niveles de atención de salud. Se puede constatar que dentro de los tipos de cultura organizacional en nuestra realidad predomina una cultura de mercado-burocrática de clase débil, con su ideología de trabajar por un salario sin estabilidad laboral a nivel de Servidores Públicos, imponiéndose una serie de documentación para ser ejecutados los planes o programas; en la que el mayor *recurso* que es el *humano* queda en un segundo plano junto con sus capacidades de innovación y creatividad, como lo propone una cultura emprendedora y socialista del clan, cabe destacar

que según la OMS, la atención del primer nivel es la clave fundamental para que los pueblos alcancen el nivel más alto de salud (MSP, 2006)

En suma de lo expuesto en el presente capítulo se puso de manifiesto el origen, los tipos, clasificación de la cultura organizacional así como su relación en la salud con la prevención de enfermedades. Las conceptualizaciones determinan que una cultura organizacional desde sus inicios en el siglo XIX evoluciona con la finalidad de mejorar el sistema organizacional de las empresas, que se trata de un conocimiento que se comparte y se aplica para gestionar una entidad. Así como se menciona que dicho conocimiento debe ir arraigado con el saber y la política.

Finalmente, se revisa los elementos legales que sustentan el funcionamiento de la atención primaria en salud, de manera que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud. De la misma manera se rescató desde el punto de vista legal como la atención primaria tiene su posicionamiento en el MAIS, Plan del Buen Vivir, la misma Constitución de la República y El estatuto específico para la gestión de procesos de la atención del primer nivel el cual se centra en el cumplimiento de cada lineamiento en base a las normativas vigentes del Licenciamiento.

CAPÍTULO 2

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Como punto de partida para analizar la estructura de los centros de primer nivel de atención y los procesos y procedimientos que en ellos se lleva a cabo, es necesario plantear una sencilla definición y clasificación de los niveles de atención. Así, un **nivel de atención** es un *conjunto de establecimientos de salud, con sus diferentes niveles de complejidad, en donde se busca resolver las necesidades de salud que presenten los usuarios.* (MSP, 2013)

En un **primer** nivel de atención se cumplen actividades de promoción de la prevención, diagnósticos primarios y tratamiento adecuado y oportuno para cubrir las necesidades de salud más comunes; busca fomentar estilos de vida saludables y promocionar en los usuarios la responsabilidad sobre su propio cuidado de salud y bienestar. En un **segundo** nivel, que también se enfoca en la promoción, prevención y diagnóstico, está orientada a la atención integral ambulatoria y hospitalaria, con énfasis en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud. El **tercer** nivel de atención constituyen los centros de mayor complejidad nacional y regional, con la participación de especialistas para resolver problemas patológicos complejos, con alto énfasis en la investigación y la docencia. De acuerdo a los estatutos se establece como institución de primer nivel (Tabla 1):

Tabla 1: Niveles de complejidad y la clasificación del primer nivel de atención

Nivel de complejidad	Categoría	Nombre
1	I-1	Puesto de Salud
2	I-2	Consultorio General
3	I-3	Centro de salud tipo-A
4	I-4	Centro de salud tipo-B
5	I-5	Centro de salud tipo-C

Fuente: Tomado de MSP (2013)

A continuación se amplía información con respecto a las características de los servicios que presta cada una de las instituciones mencionadas en la Tabla 1. (MSP, 2013)

- ✓ Un **Puesto de Salud** es un establecimiento de bajo nivel de complejidad, rige funciones de promoción y prevención de salud se encuentra ubicado en zona rural, entrega informes mensuales de las diversas actividades, cuenta con un botiquín y es atendido por un técnico en enfermería, la población a la que sirve es menor a 2.000 habitantes.
- ✓ El **Consultorio General** (nivel de complejidad 2) cubre las necesidades de diagnóstico y tratamiento con atención en medicina general o familiar, obstetricia, odontología y/o psicología y cumplen normas del MSP.
- ✓ Los **Centros de Salud Tipo-A** (nivel de complejidad 3) son los que cuentan con atención de profesionales similar a los puestos de salud, incluyendo farmacia, rehabilitación, hacen promoción y prevención de enfermedades acorde a estatutos del MSP y está ubicado en poblaciones urbano-marginales, además acoge a una población de 2.000 a 10.000 habitantes.

- ✓ Los **Centros de Salud Tipo-B** (nivel de complejidad 4) ofrecen servicios más especializados incluyendo rehabilitación, farmacia institucional, puede disponer de nutrición y trabajo social; atiende una población desde 10.000 a 50.000 habitantes y su ubicación será en sectores urbano marginales y rurales.

- ✓ Los **Centros de Salud Tipo-C** (nivel de complejidad 5) cuentan con servicios auxiliares de diagnóstico: imagenología y laboratorio clínico además de atención especializada, también con maternidad de corta estancia y de emergencia; brinda sus servicios a una población desde 25.000 a 50.000 habitantes. La población a la que es asignada puede variar por la accesibilidad geográfica y la dispersión poblacional (Tabla 1)

De acuerdo con (Starfield, 2004) existe claramente una diferencia entre lo que constituye una atención primaria de salud con la atención especializada que es ofrecida en un tercer nivel de atención. Así, en la Tabla 2 se presenta dichas diferencias.

Tabla 2: *Características de la atención primaria en salud vs atención especializada*

Atención primaria	Atención especializada
Centrada en atención básica de salud efectiva de las personas y la comunidad. Debe ser de acceso universal	Centrada en enfermedades específicas. Ligado a necesidades y urgencias médicas
Busca prevenir enfermedades	Busca mantener a las personas con vida
La enfermedad se manifiesta en estado más precoz	La enfermedad se presenta en estado avanzado, cuando el paciente ha sido derivado
Desarrolla actividades de prevención	Desarrolla actividades para el tratamiento de la enfermedad
Capacitados para atender enfermedades más prevalentes de la población, capaces de manejar varios problemas al mismo tiempo	Capacitados para atender enfermedades específicas a profundidad, incluyendo las más raras

Fuente: Tomado de Starfield (2004)

Para analizar en su contexto real las instituciones que ofrecen atención primaria en salud, atención de primer nivel, se presenta un recorrido con respecto a los procesos que en ellos se cumplen y su funcionabilidad, la importancia que tiene su creación, los programas del MSP que rigen en favor a la prevención de enfermedades, y las normas de licenciamiento que las sustentan, todo ello como parte del objeto de esta investigación.

2.1 Gestión organizacional por procesos del primer nivel de atención

El primer nivel de atención en salud se considera el proceso de organización que tiene dentro del que se destaca la aplicación del proceso de licenciamiento mediante el Acuerdo Ministerial No. 00001484 del 24 de Julio del 2012, en el que se establece la clasificación de Centros de Salud del Primer Nivel de Atención y a través de qué situaciones se define como tal.

De acuerdo con el artículo 3 de la Gestión de procesos del MSP (2009) la estructura organizacional del primer nivel de atención se encuentra alineada a los objetivos del Sistema Nacional de Salud, a la misión del MSP, al igual que al MAIS. De esta manera permite satisfacer las necesidades de salud y garantiza la calidad y continuidad de la atención. Al analizar las disposiciones emitidas por el Estatuto de gestión de proceso de los centros de atención del primer nivel corresponde conocer las disposiciones emitidas:

- ✓ En la quinta disposición se menciona que los equipos de atención integral de salud en el primer nivel de atención estarán conformados de acuerdo al tipo de

establecimiento y en función de la población asignada acorde al MAIS, la normativa para el licenciamiento y las relacionadas con el MSP.

- ✓ En la séptima disposición indica que el cumplimiento de los objetivos establecidos en el compromiso de gestión será evaluado periódicamente por la Autoridad Sanitaria Nacional, de manera que se observe y analicen los resultados de cada establecimiento.

- ✓ En las disposiciones transitorias se establece que los administradores de los centros de salud del primer nivel de atención serán posicionados paulatinamente en función a las disposiciones del MSP y resoluciones del Ministerio Laboral y el Ministerio de Finanzas respectivamente, a todo esto quedan las interrogantes de si las plazas que ocupan diversos administradores a este nivel serán de tipo itinerantes, conforme a las necesidades de la comunidad.

Como complemento de las disposiciones y regulaciones mencionadas, cabe mencionar la importancia de la relación que se establece entre el centro de atención y los usuarios, sus familias y comunidad en general. Así, surgen dos aspectos que determinan la eficiencia de los programas que en estos centros se lleva a cabo.

2.1.1 Margen cultural: vinculación salud-paciente.

Desde el punto de vista social los protagonistas son todos quienes conforman el equipo de salud y los usuarios (pacientes), es decir, a quienes va dirigido el estudio. En la actualidad la salud se ha convertido en el núcleo de todo un debate político especialmente observable en aquellos países que están desmontando sus estructuras de *estado de*

bienestar, haciendo retroceder servicios y prestaciones que la población reconoce como derechos sociales adquiridos, dentro de los cuales el retroceso del derecho a la salud aparece como una de las cuestiones éticas y políticas más complejas.

La *autoridad profesional* se puede instrumentar como un recurso sobre el paciente, dando lugar a una legitimación de la certeza, a una valoración de la seguridad. Las adecuadas relaciones interpersonales y el buen trato recibido por los superiores, se relacionan con una adecuada satisfacción en los pacientes por la atención y comunicación que el médico le brinda en la consulta. La principal insatisfacción de los pacientes y los médicos es la impuntualidad en la atención de la consulta y la lenta respuesta de los servicios de apoyo especialmente en el sistema de otorgamiento de citas.

Los factores de la cultura organizacional relacionados con lo anterior son, en primer lugar, la falta de identificación de los médicos con la Institución, expresado en las llegadas tardías a las citas y la falta de conocimiento de la misión de la misma y, como segundo lugar, la falta de una adecuada estructura, mostrada por el poco respeto, conocimiento y supervisión de la misma.

El brindar mayores oportunidades para desarrollar la iniciativa del médico, por medio de técnicas participativas y proveerles del recurso e incentivos adecuados para su desarrollo, son las principales recomendaciones para mejorar la satisfacción del médico por la calidad, la continuidad, la coordinación y la oportunidad de los servicios médicos, y consecuentemente mejorar la satisfacción del paciente por la resolución de problemas.

Además, se requiere de una consolidación de los procesos organizativos por medio de establecimiento de procesos, normas, reglas y procedimientos flexibles que defina las principales acciones técnicas y conductuales del médico en la consulta, a fin de mejorar la puntualidad y calidad en la consulta médica, así como de los servicios de apoyo. Es determinante mencionar que un buen clima laboral va de la mano con un óptimo trato a pacientes y al mejoramiento de la calidad y calidez del servicio que se proporción (Segredo, 2009)

Los aspectos de la cultura que pueden constituir un freno son: la poca capacidad de visión de futuro, la comunicación deficiente, poca colaboración entre las áreas, especialidades y servicios (trabajo en equipo), la no gestión por procesos, el no desarrollo pleno de valores como la consagración, sentido crítico y autocrítico, la creatividad y la unidad, la poca sistematicidad en la actuación del personal para el logro de objetivos a corto y a largo plazo y la insuficiente participación de los empleados en la solución de los problemas a su nivel, el uso de castigos y amenazas como vía para lograr la realización de actividades, la deficiente organización del trabajo y la insuficiente gestión del conocimiento, los cuales inciden directamente en la continuidad de la atención médica (Hernández Sampieri & Méndez Valencia, 2012).

En la atención por diferentes especialidades según necesidades del paciente, en las discusiones colectivas de la especialidad, en el uso adecuado del método clínico y medios diagnósticos, en la adecuación del lenguaje médico al paciente y la información al llegar al cuerpo de guardia, en la deficiente calidad de las historias clínicas donde se refleja el

pensamiento médico. Los aspectos de la cultura destacados son los de mayor influencia, de acuerdo con los criterios de los expertos y de los investigadores.

Según menciona el MAIS, la hegemonía del enfoque occidental en el quehacer sanitario y la incapacidad que han tenido las políticas y programas de salud para comprender, respetar e incorporar los conocimientos y prácticas de salud ancestrales de la medicina tradicional y medicinas alternativas, se expresa entre otros aspectos en las profundas limitaciones de acceso a los servicios de salud, especialmente a los pueblos y nacionalidades indígenas y afro ecuatorianos.

Para el sector salud el reto fundamental es incorporar de manera transversal el enfoque intercultural en el modelo de atención y gestión, y que los recursos de la medicina tradicional y medicinas alternativas sean complementarios. La incorporación de la interculturalidad implica fundamentalmente un posicionamiento ético y político de reconocimiento y respeto a la diversidad que permita una interacción horizontal y sinérgica, sustentada en el conocimiento, el diálogo y el irrestricto respeto a los derechos de las personas (Díaz Cabrera, Isla Díaz, & Rolo, 2008)

2.1.2 Margen social: organización y comunidad.

En referencia al MAIS, se tratará de investigar qué contextos se deben emplear para sustentar la participación de la cultura organizacional en conjunto con la comunidad y sus limitaciones:

En cuanto al **contexto socioeconómico y político**, se refiere a factores estructurales del sistema social que afectan de forma significativa a la estructura social. Se incluyen los siguientes aspectos:

- a) Gobierno en su aspecto amplio;
- b) Políticas macroeconómicas como, por ejemplo, las políticas fiscales o las políticas que regulan el mercado de trabajo;
- c) Políticas sociales que afectan al mercado de trabajo, al estado del bienestar y a la distribución de la tierra y la vivienda;
- d) Otras políticas públicas (educación, atención sanitaria, etc.); y,
- e) Valores sociales y culturales, como el valor que la salud y los servicios de salud tienen para la sociedad.

Va muy arraigado con el margen legal que lo sustenta, incluye aspectos económicos que si bien es cierto son determinantes que limitan a la organización como tal de llegar a más usuarios (Maslow, 1991).

En relación con la *posición socioeconómica*, también se incluyen determinantes estructurales de las desigualdades en salud, como los distintos ejes de desigualdad de la estructura social, en concreto la clase social, la posición socioeconómica, el género y la pertenencia étnica. Estos ejes determinan las oportunidades de tener una buena salud y ponen de manifiesto la existencia de desigualdades en salud debidas a las jerarquías de poder o de acceso a los recursos, en las que resultan más beneficiadas las personas de clases sociales privilegiadas según manifiesta Borrell & Malmusi (2010) o grupos que detentan el poder en las relaciones sociales. La desigualdad que se produce se define relacionalmente, en el sentido de que el mayor poder y el mejor acceso a los recursos por

parte de las personas más privilegiadas están en relación con el menor poder y el peor acceso de las más desfavorecidas.

En cuanto a la *situación económica* se torna como un icono en muchas circunstancias limitando a aquellos que no tienen el fácil acceso a nivel de los centros de atención primaria de tipo rural.

Los **determinantes intermedios o factores intermediarios**: La estructura social determina desigualdades en los factores intermediarios, los cuales, a su vez, determinan las desigualdades en salud. Estos factores son:

- a) Las circunstancias materiales, como la vivienda, el nivel de ingresos, las condiciones de trabajo o el barrio de residencia;
- b) Las circunstancias psicosociales, como la falta de apoyo social, las situaciones de estrés (acontecimientos vitales negativos), el poco control, etc.;
- c) Los factores conductuales y biológicos, como los estilos de vida que dañan la salud; y,
- d) El sistema de salud, pues aunque los servicios sanitarios contribuyen muy poco a las desigualdades en salud, el menor acceso a ellos y su menor calidad para las personas de clases sociales menos favorecidas es una vulneración de los derechos humanos.

Además, el pago de los servicios de salud puede llevar a la pobreza a la población de estas clases sociales. Existen factores de diversa índole que limitan la acogida por parte de la comunidad pero que son intermediarios es decir no son determinantes que bloquee

completamente la llegada de los servicios de salud a zonas aledañas sino más bien con ayuda de quienes conforman el equipo de salud se puede tener su fácil acceso.

2.2 Fundamentos para la estructuración del primer nivel de atención

En la actualidad existen registrados 3.847 establecimientos de salud, de los cuales el 80% pertenecen al sector público. El MSP concentra el 47% de las unidades y el IESS el otro 24%. El 10% pertenece a municipios, ministerios diferentes al MSP, ISSFA, ISSPOL y otras entidades; en cuanto al sector privado, éste concentra alrededor del 20% de los establecimientos de salud, 14% en instituciones con fines de lucro y el restante 6% en Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) (Tejerina, 2014).

Partiendo desde la premisa de que los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios, se reestructura el primer nivel de atención en salud poniendo en consideración que es la puerta de entrada a la oportuna detección de enfermedades que en áreas de difícil acceso son de gran ayuda. Al hablar de estructura orgánica es importante conocer a quién va dirigido, de ahí que será obligatoria la atención y se extenderá a toda la población urbana y rural, con independencia de su situación laboral, creando de esta manera una red de servicios que beneficiaran a toda la comunidad (Vignolo, Vacarezza, Alvarez, & Sosa, 2011).

Entre tanto, cabe mencionar que el manual del Modelo de Atención Integrada de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI) establece que la Atención Primaria Renovada en Salud (APS-R) es una estrategia que orienta el desarrollo de todos

los sistemas ecuatorianos de salud según Herland Tejerina (2014). Los objetivos del modelo son los siguientes:

1. Facilitar la inclusión social y la equidad en salud;
2. Promover los sistemas de salud basados en APS;
3. Potenciar la promoción de la salud y promover la atención integral e integrada;
4. Fomentar el trabajo intersectorial y sobre los determinantes;
5. Orientar hacia la calidad de la atención y seguridad del paciente; y,
6. Fortalecer los recursos humanos en materia de salud.

El enfoque sustentado en la estrategia de APS-R que priorizan la promoción de la salud, se dirige al cuidado de la salud y a mejorar la calidad de vida de la población. Implica modificar el enfoque curativo y de programas verticales hacia una atención integral al individuo, la familia, la comunidad y el entorno (determinantes sociales), operando con el enfoque de derechos, intergeneracional, de género y de interculturalidad (MSP, 2013).

Desde el año 2013 se viene desarrollando un nuevo Modelo de Atención Primaria Integral de Salud y Vida (APISV) en lugar de APS, el mismo que considera al individuo, la familia y la comunidad, como pilar fundamental y se une a procesos de desarrollo sostenible con participación intersectorial, dirigido a trastocar los factores determinantes de la salud: empezando por el estilo de vida individual a las formas de vida sociales, comunitarios, ancestrales, que tienen que ser abordados con acciones de promoción, para asegurarse con resultados satisfactorios en establecer control del proceso salud-enfermedad

(Tejerina, 2014) de manera que se base en el sincronismo con tres principales elementos que pone en relación a la atención al usuario y la gestión-administración enfocados en la tabla 3:

Tabla.3: *Elementos Principales de la estructura del primer nivel*

Para la atención al usuario	Para Gestión y Administración
Personalización diagnóstica	Adecuación cultural de los servicios
Semiología integral	Adaptación de la oferta a la demanda
Nosología intercultural	Accesibilidad de los servicios a la comunidad

Fuente: *Tomado de Tejerina (2014)*

2.2.1 Normas de licenciamiento para las instituciones del primer nivel de atención.

Para conocer cómo se estructura de manera descriptiva un APS-R se debe tener en cuenta las normas de licenciamiento que mantienen un estándar en cuanto a los requerimientos de cada institución resumidas en la tabla 1.

Según refiere el Reglamento de Licenciamiento del Sistema Nacional de Salud, en el Acuerdo No.00001484 expedido en el 2012, en su artículo 1 menciona al licenciamiento como un procedimiento obligatorio por medio del cual se licencia la capacidad resolutive de las instituciones prestadoras de servicios públicos de salud, previa verificación de estándares básicos.

Como principales disposiciones del licenciamiento de los centros de atención del primer nivel constan:

- ✓ Todos los establecimientos serán espacios libres de humo.
- ✓ Todos los establecimientos contarán con generadores eléctricos, si disponen de biológicos y fármacos que necesiten cadena de frío, a la vez que estén ubicados en sitios en los que regularmente no cuenten con energía eléctrica.
- ✓ Los establecimientos que no tengan agua continua se les proporcionará una cisterna de abastecimiento de agua.

No sólo conformará parte la infraestructura física sino también el personal de recursos humanos, al igual que el cumplimiento de normas emitidas por las entidades sanitarias (MSP, 2012).

2.2.2 Estructura orgánica del primer nivel de atención

Cuando se menciona conocer la estructura orgánica y funcional básica de un centro de primer nivel de atención se considera que el encargado de supervisar será la Administración Técnica del establecimiento de salud, contando con los procesos de Gestión de Servicios Integrales en Salud y Gestión de Atención al Usuario (MSP, 2013)

- ✓ **Gestión de los Servicios Integrales en Salud:** conformada por equipos de atención integral, se desarrolla mediante atención intra y extramural mediante promoción, prevención, rehabilitación y cuidados paliativos dando enfoque familiar involucrando a la comunidad e interculturalidad. Se aplica la gestión interna con su cartera de servicios básica como lo es la atención integral en salud, laboratorio, imagenología e incluso farmacia. Incluye mapeo de actores, mapa

parlante, diagnóstico situacional, visitas domiciliarias, vigilancia epidemiológica por parte del equipo médico, además de notificaciones e inclusión de usuarios con discapacidades.

- ✓ **Gestión de Atención al Usuario:** dentro de su misión está proveer los servicios de atención al usuario con la finalidad de permitir el fácil acceso al establecimiento de salud. Informar al usuario acerca del centro de salud, su organización y los servicios que se presentan, además de la difusión de los derechos y deberes a los usuarios, familiares y acompañantes de manera que permitan velar por el cumplimiento de los mismos, instruir a los usuarios en el sistema de reclamos, quejas y sugerencias.

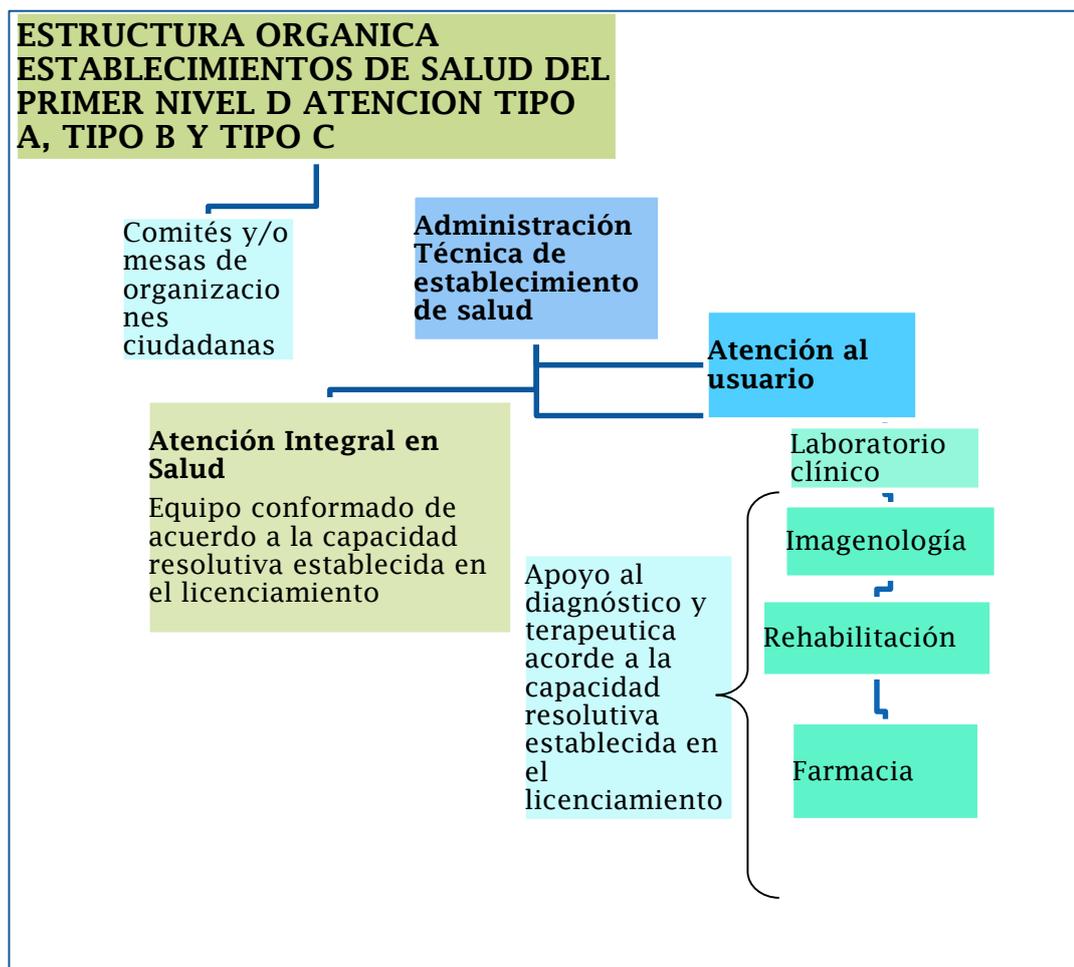


Figura 1: Estructura organizativa descriptiva básica de un centro de salud
Fuente: Adaptada de MSP (2013)

Toda estructura organizativa debe contar con un proceso y ese radica en la identificación de los procesos agregadores de valor regidos por la administración técnica del establecimiento del primer nivel de atención, y el proceso habilitante de apoyo identificado en la gestión de atención al usuario con el objetivo de:

- ✓ Supervisar al equipo de atención integral de salud y a otro personal técnico u operativo a su cargo;

- ✓ Representar al establecimiento de salud en reuniones y eventos técnicos y ser portavoz del mismo;
- ✓ Generar estadísticas y entregar oportunamente a la Dirección Distrital con la finalidad de evaluar la productividad de los servicios ofertados en la Institución;
- ✓ Visitar, realizar la evaluación integral e identificación de riesgos e intervención intersectorial y multidisciplinaria a establecimientos educativos.

Una tarea básica de todo equipo de APS es atraer usuarios y usuarias, sea mediante visitas domiciliarias programadas o acudiendo directamente al establecimiento, Lo básico del sistema de APS es el Equipo de Atención Integral de Salud (EAIS), constituido por médico(a), enfermero(a) y técnico(a) en Atención Primaria en Salud (TAPS), aunque puede contar con la presencia de otros profesionales; acorde al siguiente criterio: 1 por cada 4.000 habitantes a nivel urbano, y 1 por cada 1.500 a 2.500 habitantes a nivel rural. Los EAIS están conformados por profesionales de salud y personal administrativo de los establecimientos de salud del primer nivel de atención a los cuales están asignados (MSP, 2012)

En el primer nivel de atención los procesos se ordenan y se clasifican acorde al valor agregado; siendo los procesos agregadores de valor y procesos habilitantes de apoyo (2010). La inversión del MSP pasó de menos de 600 millones en 2006 a 1.400 millones de dólares en 2011 con un per cápita de 177 dólares americanos (2001) y el gasto en salud por parte del Gobierno Central pasó de 535 millones en el 2006 a 1.700 millones de dólares en 2012 (crecimiento de 3.3 veces).



Figura 2: *Gestión de Proceso organizacional del Primer Nivel de Atención*
Fuente: *Adaptada de MSP (2013)*

2.3 Programas de salud establecidos en los APS

El MSP se ha preocupado por la creación de programas de salud destinados principalmente a grupos etarios vulnerables, desde 1998 se reformó la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia para hacer gratuita la atención para mujeres embarazadas, los niños menores de cinco años y la salud sexual y reproductiva, además de Atención al

Adulto Mayor (véase Apéndices A y B). En la Tabla 4 se detalla los principales programas que deben cumplirse en los APS.

Tabla 4: *Programas que se debe cumplir en centros de primer nivel de atención*

Atención integral de la mujer (incluye atención de parto y emergencia en las unidades básicas)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Atención prenatal (captación temprana) y postnatal 2. Anticoncepción—planificación familiar 3. Vacunación en edad reproductiva 4. Atención odontológica 5. Morbilidad propia de la mujer 6. Detección del cáncer de cérvix y mama 7. Detección y referencia de violencia a la mujer 8. Violencia
Atención integral al niño
<ol style="list-style-type: none"> 1. Consulta de crecimiento y desarrollo con la finalidad de captar las zonas de desnutrición 2. Atención de la enfermedad, dentro de las principales a la parasitosis intestinal. 3. Programa ampliado de inmunizaciones, principal programa preventivo acorde a edades 4. Salud oral integral 5. Rehabilitación básica, en centros especializados y de recreación 6. Captación y seguimiento de grupos de riesgo y más a las discapacidades. 7. Captación temprana del recién nacido, consiste el cuidado del neonato (intervienen a su vez programas como pie derecho, lactancia materna)
Atención integral al adolescente
<ol style="list-style-type: none"> 1. Consulta de crecimiento y desarrollo 2. Atención de la enfermedad 3. Salud oral integral 4. Rehabilitación básica 5. Educación en salud sexual y reproductiva (creación del programa de prevención de embarazos en adolescentes) 6. Captación y seguimiento de grupos de riesgo
Atención integral al adulto
<ol style="list-style-type: none"> 1. Atención de la enfermedad 2. Detección precoz y seguimiento de enfermedades crónicas 3. Rehabilitación básica 4. Atención odontológica 5. Prevención y detección de riesgos y enfermedades laborales
Atención integral al adulto mayor
<ol style="list-style-type: none"> 1. Detección y control del enfermo crónico 2. Detección precoz y seguimiento a grupos de riesgo 3. Atención de la enfermedad 4. Rehabilitación básica
Atención integral al ambiente humano
<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización y participación de la comunidad 2. Vigilancia epidemiológica 3. Diseño e implementación planes de preparativos y respuestas ante emergencias y desastres 4. Planificación y ejecución en gestión de riesgos (análisis y disminución del riesgo; respuesta y recuperación ante eventos adversos de origen natural y antrópico). 5. Identificación y clasificación de riesgos ambientales 6. Vacunación de animales domésticos 7. Control y/o eliminación de insectos y roedores, va de la mano con control epidemiológico 8. Vigilancia y control de la calidad de agua, alimentos y sustancias peligrosas 9. Vigilancia y control de desechos sólidos.

Fuente: *Adaptada de MSP (2013)*

En suma, en este capítulo se ha determinado que todo el territorio nacional se encuentra distribuido en distritos y zonas, se organizan en conjunto, los diferentes establecimientos de salud (puestos de salud, centros A, B y C, centros de especialidades, hospitales, etc.) en red de acuerdo a su nivel de atención y capacidad resolutive, y se valora mediante gestión de procesos las acciones que realizan los TAPS que son el primer contacto como parte de los EAIS, hasta llegar a los hospitales especializados.

Los EAIS son quienes tienen mayor contacto con la comunidad y al igual que todo el equipo multidisciplinario de salud deben cumplir con los mencionados programas de salud preventiva que dan cobertura a los grupos más vulnerables, salud materna-infantil, de discapacidades, y en definitiva salud familiar del entorno urbano y rural. Además de responder a uno de nuestros objetivos como lo es el de conocer los programas de medicina preventiva establecidos en los centros del primer nivel de atención de salud, mencionados en la tabla 4 de los cuales forma parte en su mayoría la población rural y urbano marginal que de acuerdo a los conceptos ya manifestados se analizará su cumplimiento.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

Acorde a lo ya expuesto en los anteriores capítulos, la investigación pretende englobar los parámetros bajo los cuales se analiza la cultura organizacional en instituciones públicas del primer nivel de atención en salud de la zona 5 Guayas, demostrando las fortalezas o las falencias que tienen al momento de estructurarse como entidad promotora de la prevención en salud, involucrando a todo el personal que lo integra. Así también conocer las opiniones de los usuarios basándose en la recolección de datos y un enfoque cuanti-cualitativo, mediante una investigación descriptiva y analítica para determinar si los programas preventivos reconocidos bajo Estatutos de Estado se los practica de manera eficiente y eficaz.

3.1 Tipo de investigación

Para iniciar un análisis y visión del objeto de estudio es mandatorio considerar que la investigación consiste principalmente en la recolección de datos y fijar el propósito para lo cual está creada. El estudio se enfoca en una investigación cuanti-cualitativa de acuerdo a la medición del objeto. Además de ser una investigación no experimental según su extensión, y definida como analítica y descriptiva.

El estudio toma en consideración un enfoque cualitativo conociendo la cultura organizacional de los centros de salud del MSP de determinada muestra en la zona 5 de la Provincia del Guayas, para lo cual pretendía indagar sobre el papel que desempeñan todos

los miembros del equipo multidisciplinario en los programas de medicina preventiva y si da el cumplimiento a los mismos, además de conocer acerca de las condiciones y clima laboral en el que se encuentran vinculados, y si existe empoderamiento del cargo al que son asignados utilizando como herramienta fundamental la observación, y entrevistas.

Por otra parte la investigación se manifiesta con un enfoque cuantitativo al ser un análisis en el que no sólo el equipo multidisciplinario de salud interviene sino también quienes son los protagonistas tales como el usuario, al que se aplicó encuestas, cuyas tabulaciones dieron una valoración más precisa en cuanto a si existe información por parte del personal acerca de los programas preventivos de salud, cuál es el de mayor accesibilidad, si existe los métodos y espacio físico para el cumplimiento de los mismos, y si hay compromiso por parte de los miembros del equipo en promover la prevención en salud.

El estudio se basó en un trasfondo de investigación descriptiva, exponiendo cada uno de los escenarios, el entorno y aspectos internos, llamados también recursos técnicos y operativos de dos entidades APS-R que se ubican en diferentes cantones de la zona 5 de la Provincia del Guayas. A la vez demuestra que es una investigación analítica. Tomando como referencia que La Zona de Planificación 5 está integrada por las provincias de Guayas (excepto Guayaquil, Samborondón y Durán), Los Ríos, Santa Elena, Bolívar y Galápagos, e incluye 48 cantones y 72 parroquias. Tiene 2,286.782 de habitantes distribuidos en un territorio de 33.916,68 Km², de los cuales un 52% se encuentra en la zona urbana y un 48% en la zona rural (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010) (véase apéndice C).

3.2 Población y muestra

El MSP cuenta con 1.674 establecimientos de salud ambulatorios y 125 hospitales: 28 hospitales generales, 79 hospitales cantonales y 18 hospitales de especialidad. El IESS brinda atención en 902 unidades ambulatorias entre servicios y anexos en las empresas, además de 18 centros hospitalarios, tres regionales y 15 provinciales. El ISSFA dispone de 72 establecimientos con servicios de atención ambulatoria y 16 de hospitalización. El ISSPOL cuenta con 35 unidades operativas, de las cuales dos son hospitalarias (Tejerina, 2014).

La población es de 140 Centros de Salud Pública del primer nivel de atención, 95 pertenecen al MSP y de ellos 48 centros de atención tipo A, B, C. De estos centros de Salud el estudio indagó en los que se encuentran en los cantones que presentaban cierto nivel de debilidad en su logística, sobre todo en el área de salud, de la zona cinco Provincia del Guayas dentro de los que se menciona a Yaguachi y El Empalme.

Tabla 5: *Atención primaria en zona 5-Guayas*

Establecimiento	Cantón	Parroquia
Dispensario El Rosario 2	El Empalme	El Rosario
Dispensario Hampton	El Empalme	El Rosario
Dispensario Pedro Valdéz Morán	El Empalme	El Rosario
Nueva El Rosario 2	El Empalme	El Rosario
Dispensario Carlos Julio Arosemena	El Empalme	Guayas (Pueblo Nuevo)
La Guayas	El Empalme	Guayas (Pueblo Nuevo)
Dispensario La Caraca	El Empalme	Velasco Ibarra (El Empalme)
Dispensario Las Tecas	El Empalme	Velasco Ibarra (El Empalme)
Dispensario Limón 3	El Empalme	Velasco Ibarra (El Empalme)

Establecimiento	Cantón	Parroquia
El Limón	El Empalme	Velasco Ibarra (El Empalme)
Empalme	El Empalme	Velasco Ibarra (El Empalme)
Dispensario Santa Martha	El Triunfo	El Triunfo
Nueva El Triunfo	El Triunfo	El Triunfo
Bucay (General Antonio Elizalde)	General Antonio Elizalde	General Antonio Elizalde (Bucay)
Dispensario san pedro 3	General Antonio Elizalde	General Antonio Elizalde (Bucay)
Matilde Esther	General Antonio Elizalde	General Antonio Elizalde (Bucay)
Bucay	General Antonio Elizalde	General Antonio Elizalde (Bucay)
Isidro Ayora	Isidro Ayora	Isidro Ayora
Las Mercedes	Isidro Ayora	Isidro Ayora
Pueblo Nuevo	Isidro Ayora	Isidro Ayora
Dispensario Las Cañas	Lomas de Sargentillo	Lomas de Sargentillo
Las Cañas	Lomas de Sargentillo	Lomas de Sargentillo
Lomas de Sargentillo	Lomas de Sargentillo	Lomas de Sargentillo
Carrizal	Milagro	Mariscal Sucre (huaques)
Mariscal Sucre	Milagro	Mariscal Sucre (huaques)
22 de Noviembre	Milagro	Milagro
Cs de Atención integral 3	Milagro	Milagro
Las Pinas	Milagro	Milagro
Los Monos	Milagro	Milagro
Los Pinos	Milagro	Milagro
Los Vergeles	Milagro	Milagro
Milagro Norte	Milagro	Milagro
San Miguel Nueva	Milagro	Milagro
Dispensario Linderos de Venecia	Milagro	Roberto Astudillo (cab. en cruce de Venecia)
Roberto Astudillo	Milagro	Roberto Astudillo (cab. en cruce de Venecia)
Aguas Calientes	Naranjal	Jesús María
Dispensario Las Mercedes 1	Naranjal	Jesús María
Jesús María	Naranjal	Jesús María
Dispensario Nueva Unión Campesina	Naranjal	Naranjal
San Carlos	Naranjal	San Carlos
Santa Rosa de Flandes	Naranjal	Santa Rosa de Flandes
Dispensario Cristóbal Colón 2	Naranjal	Taura
Taura	Naranjal	Taura

Establecimiento	Cantón	Parroquia
Barraganetal	Naranjito	Naranjito
Dispensario Jesús del Gran Poder	Naranjito	Naranjito
Dispensario Rocafuerte 2	Naranjito	Naranjito
Naranjito Sur	Naranjito	Naranjito
Primavera	Naranjito	Naranjito
San Antonio	Naranjito	Naranjito
Dispensario Petrillo	Nobol	Narcisa de Jesús
Nobol	Nobol	Narcisa de Jesús
Petrillo	Nobol	Narcisa de Jesús
Palestina	Palestina	Palestina
Dispensario Estero de Piedra	Pedro Carbo	Pedro Carbo
Jerusalén	Pedro Carbo	Pedro Carbo
La Estacada	Pedro Carbo	Pedro Carbo
Los Corazones	Pedro Carbo	Pedro Carbo
Villao	Pedro Carbo	Pedro Carbo
Sabanilla	Pedro Carbo	Sabanilla
Cascajal	Pedro Carbo	Valle de la Virgen
Dispensario Cascajal 1	Pedro Carbo	Valle de la Virgen
Valle de la Virgen	Pedro Carbo	Valle de la Virgen
Engabao	Playas	General Villamil (Playas)
Playas	Playas	General Villamil (Playas)
Dispensario San Nicolás 2	Salitre (Urbina Jado)	El Salitre (Las Ramas)
Nueva Salitre	Salitre (Urbina Jado)	El Salitre (Las Ramas)
Buena Suerte (antes Mastrantal)	Salitre (Urbina Jado)	Gral. Vernaza (Dos Esteros)
Dispensario Bebo	Salitre (Urbina Jado)	Gral. Vernaza (Dos Esteros)
Gral. Vernaza	Salitre (Urbina Jado)	Gral. Vernaza (Dos Esteros)
La Vija	Salitre (Urbina Jado)	Gral. Vernaza (Dos Esteros)
Dispensario Laurel de Salitre	Salitre (Urbina Jado)	Junquillal
Dispensario Rincón Grande	Salitre (Urbina Jado)	Junquillal
Junquillal	Salitre (Urbina Jado)	Junquillal
El Tope	Salitre (Urbina Jado)	La Victoria (Auza)
La Victoria	Salitre (Urbina Jado)	La Victoria (Auza)
Dispensario Buena Fé 2	San Jacinto de Yaguachi	Gral. Pedro J. Montero (Boliche)
Pedro J. Montero	San Jacinto de Yaguachi	Gral. Pedro J. Montero (Boliche)
Dispensario María Clementina	San Jacinto de Yaguachi	San Jacinto de Yaguachi
Nueva Yaguachi	San Jacinto de Yaguachi	San Jacinto de Yaguachi
Tres Postes	San Jacinto de Yaguachi	San Jacinto de Yaguachi

Establecimiento	Cantón	Parroquia
Virgen de Fátima (km. 26)	San Jacinto de Yaguachi	Virgen de Fátima
Cone	San Jacinto de Yaguachi	Yaguachi Viejo (Cone)
Dispensario el deseo	San Jacinto de Yaguachi	Yaguachi Viejo (Cone)
Dispensario san Fernando	San Jacinto de Yaguachi	Yaguachi Viejo (Cone)
Vuelta Larga	San Jacinto de Yaguachi	Yaguachi Viejo (Cone)
Bermejo de Abajo	Santa Lucía	Santa Lucía
Dispensario Cabuyal	Santa Lucía	Santa Lucía
El Mate	Santa Lucía	Santa Lucía
Pinal de Arriba	Santa Lucía	Santa Lucía
Porvenir	Santa Lucía	Santa Lucía
Santa Lucía	Santa Lucía	Santa Lucía
Tamarindo	Santa Lucía	Santa Lucía
Dispensario puerto real	Simón Bolívar	Crnel.Lorenzo de Garaicoa (Pedregal)
Inés María	Simón Bolívar	Crnel.Lorenzo de Garaicoa (Pedregal)
Lorenzo de Garaicoa	Simón Bolívar	Crnel.Lorenzo de Garaicoa (Pedregal)
Río Chico	Simón Bolívar	Crnel.Lorenzo de Garaicoa (Pedregal)
Soledad	Simón Bolívar	Crnel.Lorenzo de Garaicoa (Pedregal)
Mata de Plátano	Simón Bolívar	Simón Bolívar
Santo Domingo	Simón Bolívar	Simón Bolívar
Simón Bolívar	Simón Bolívar	Simón Bolívar

Fuente: *Adaptado de MSP (2009)*

Identificada la población, procede entonces identificar la *muestra* basada en la inestabilidad organizacional de su personal administrativo, se selecciona demostrado por el constante cambio de Gerentes en un lapso de 2 años , que hacen que estos lugares sean vulnerables a las nuevas gerencias involucrando malestares en los miembros de su cultura organizacional.

Tabla 6: Atención primaria en zona 5-Guayas, El Empalme y Yaguachi

Establecimiento	Cantón	Parroquia
Empalme	El Empalme	Velasco Ibarra (El Empalme)
La Guayas		Guayas (Pueblo Nuevo)
El Limón		Velasco Ibarra (El Empalme)
Cone	San Jacinto de Yaguachi	Yaguachi Viejo (Cone)
Hospital Yaguachi		San Jacinto de Yaguachi
Virgen de Fátima (km. 26)		Virgen de Fátima

Fuente: *Adaptado de MSP (2009)*

3.3 Instrumentos de investigación y análisis de resultados

En lo que respecta a instrumentos de la investigación, se pone de manifiesto el análisis de resultados con base en Entrevistas y Encuestas que definirán la problemática y nos llevaran a soluciones concretas.

3.3.1 Entrevistas y análisis.

La presente investigación se fundamentó en la aplicación de de una Guía de Entrevista a los usuarios del centro APS del cantón El Empalme y en Yaguachi, en una muestra aleatoria compuesta por 25 entrevistados, luego de que concluyera su consulta médica y aceptaran responder las preguntas de la Guía:

Pregunta 1.

¿Quién considera usted que tuvo mejor actitud al ayudarle con información necesaria para conocer el proceso de atención y demás indicaciones médicas?

Tabla 7: *Personal que ayuda al usuario*

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Médico	8	32%
Enfermería	11	44%
Administración	2	8%
Personal de Limpieza	3	12%
Otros Usuarios	1	4%
Total entrevistados:	25	100%

Fuente: *Elaborado por Paola Veloz*

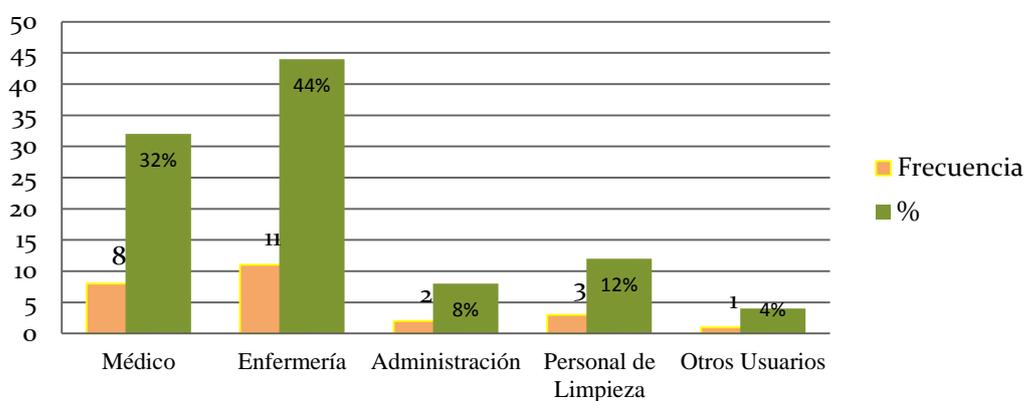


Figura 3. *Cuadro Estadístico del Personal que colabora con el Usuario*

Fuente: *Elaborado por Paola Veloz*

Al tabular las entrevistas se encuentra respuestas como sigue: los usuarios recibieron más ayuda del personal de enfermería que del médico que le dio las indicaciones en un 44%; fueron informados por el médico en un 32% pero de manera muy breve; por otro

lado, en un 12% los entrevistados aseguraron que quien les ayudó en cuanto a trámites y ubicación de las diversas áreas y demás indicaciones fue el personal de limpieza y aducen que muchos de ellos saben más que el propio personal de enfermería y emiten su información en lenguaje sencillo y comprensible; en un 8% indican que fueron ayudados por personal administrativo, aunque se quejan porque no reciben información oportuna y perciben mala actitud; y, por último, en un 4% los usuarios prefieren aprender de las experiencias de otros usuarios que también han sido atendidos y eso les da mayor confianza, cabe resaltar que no siempre es la mejor opción puesto que, en cuanto a la administración de medicinas u otras terapéuticas, la información debe provenir de algún colaborador con la debida preparación para ello.

Pregunta 2.

¿Cuál cree usted que es la causa por la que exista una desinformación y mala atención por parte del personal sanitario?

Tabla 8: *Causa de desinformación y mala atención del Personal Sanitario*

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Falta de equipos e insumos	3	12%
Desmotivación del personal	4	16%
Tiempo limitado de consulta	5	20%
Personal no capacitado	8	32%
Área colapsada por pacientes	2	8%
Falta de personal	3	12%
Total entrevistados:	25	100%

Fuente: *Elaborado por Paola Veloz*

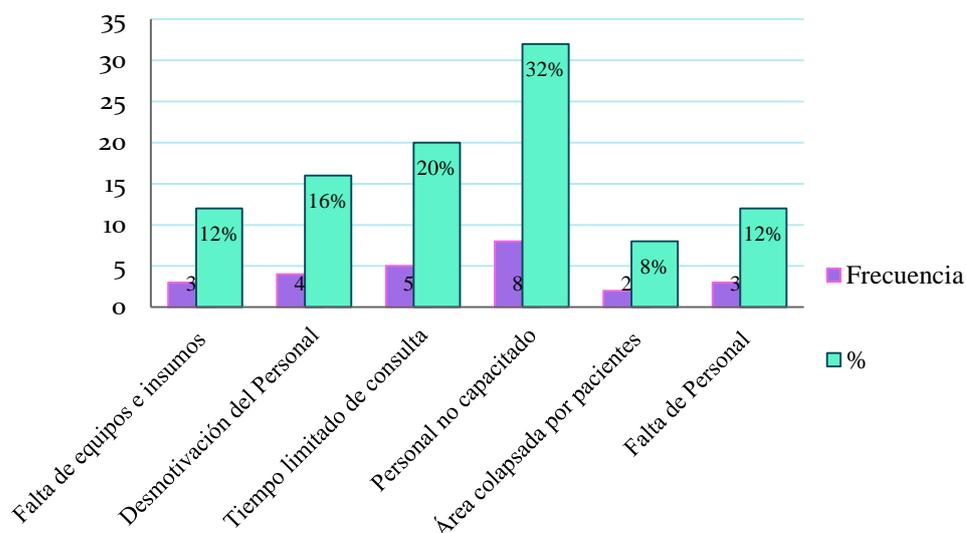


Figura 4. Causa de desinformación y mala atención por parte del personal Sanitario
Fuente: Elaborado por Paola Veloz

Los datos revelan que los usuarios coinciden con un 32% en que la principal causa de desinformación y por ende una mala atención por parte del personal sanitario es la falta de Capacitación, es ahí donde radicará la pauta para el mejoramiento de las condiciones de salud en los centros de atención de primer nivel. De otra manera con el 20% los entrevistados manifiestan su malestar con el tiempo de la consulta externa que toma de 15 minutos y que el médico presenta dificultad como estrés en el manejo del sistema de red, ya que se toma 5 minutos para registrar datos y en cuanto a la revisión física del paciente y emitir las debidas indicaciones y terapéutica no es el tiempo suficiente para todo el proceso. Seguido de un 16% que indica la desmotivación del personal que influye mucho en su actitud es palpable la falta de empoderamiento en su desempeño laboral y brevedad al momento de informar al usuario.

Otros Usuarios en un 12% muestran su disgusto en cuanto a la Falta de personal para atender la gran demanda de pacientes del sector, evitando que las personas tengan fácil acceso a la salud ya que se saturan los turnos. Así también con el mismo porcentaje

del 12% aducen que la falta de equipamiento, insumos y de infraestructura de los centros del primer nivel de atención marcan un ícono para la falta de atención por parte del personal debido a la reducción del espacio físico y de organización en el proceso de admisión. Y por último no menos importante en un 8% mencionan que el área es susceptible al colapso debido a la cantidad exorbitante de pacientes que van en aumento, esto coincide con la falta de espacio físico y la carencia de suficientes insumos y personal sanitario que supla las necesidades y mejoren la satisfacción del usuario.

Entrevistas al Personal Sanitario.

De la misma manera con 2 preguntas se entrevista al personal sanitario entre una muestra de 32 personas como médicos, enfermeras, personal administrativo que labora en los APS, con la finalidad de conocer su punto de vista en cuanto el mejoramiento de la cultura organizacional y de qué manera podría aportar cada departamento a los usuarios.

Pregunta 1.

Según su criterio, Cuál considera que es el mayor problema que desestructura el equilibrio dentro de la organización?

Tabla 9: *Problemas que desestructura el equilibrio en la organización*

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Inestabilidad Laboral	7	21.8%
Falta de Incentivos al Personal	9	28.1%
Evaluaciones basadas en producción	2	6.3%
No contar con Recursos Necesarios	3	9.4%
Falta de Personal Capacitado	11	34.4%
Total entrevistados:	32	100%

Fuente: *Elaborado por Paola Veloz*

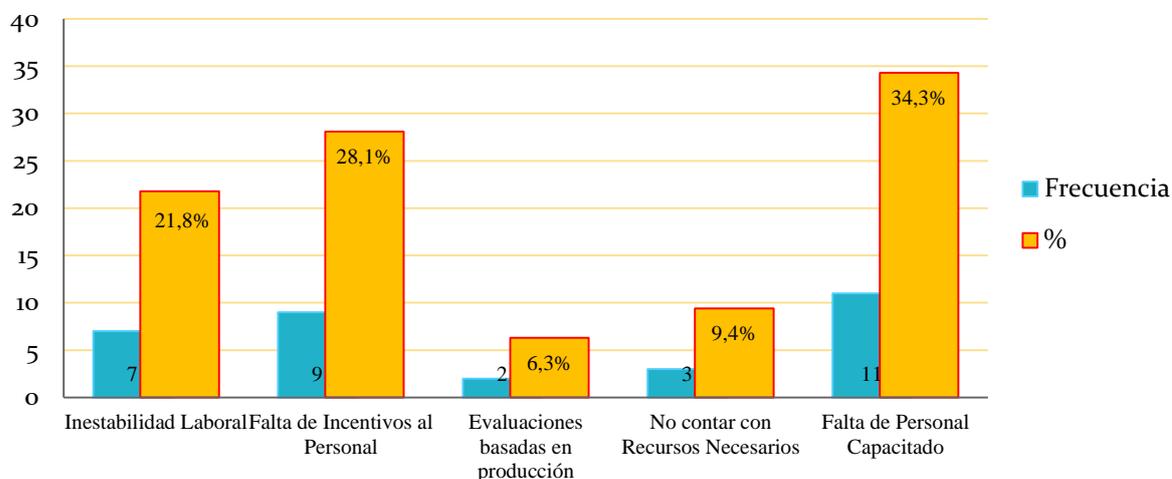


Figura 5. Problemas que desequilibran la organización

Fuente: Elaborado por Paola Veloz

Es una situación caótica pensar que toda una organización se desequilibre y más por no contar con un personal calificado, capacitado e idóneo para ocupar los cargos asignados como nos refleja en un 34,4% la entrevista es realizada al mismo personal sanitario que reconoce ser una gran falencia y desventaja frente a otras entidades de Servicios de Salud Privadas. Con muy poca diferencia en un 28,1% corresponde a Falta de Incentivos que como los colaboradores de estas casas de salud mencionaron no solo debe ser económico sino que ofrecer buenas garantías laborales como ascensos, ser escuchados, recibir reconocimientos periódicamente en cuanto a su desempeño además de los beneficios y permisos de ley, tener objetivos, misión y visión clara en síntesis existe una Desmotivación y falta de empoderamiento laboral incluyendo a todos los Profesionales, disminuyendo así la calidad de sus servicios. Continuando con el análisis en un 21,8% correspondiente a la inestabilidad laboral que de acuerdo a leyes actuales los colaboradores

del sector público son contratados de manera anual y de acuerdo a requerimientos de la institución mantienen sus cargos por 2 años, es lo que ocurre con los Médicos Generales, a pesar de ello los estatutos entraran en revisión pero determina temor e insatisfacción.

Uno de tantos episodios en los Hospitales públicos y demás entidades es no contar con los recursos necesarios y más en las zonas rurales los datos muestran un 9,4% también alteran entre lo que se debe y lo que se puede hacer con escaso recurso. En un 6,3% Las arduas evaluaciones mensuales de los trabajadores del sector público es decir las mediciones en base a la producción de cada individuo generan malestar en el clima laboral disminuyendo la calidad por aumentar las cantidades.

Pregunta 2.

Bajo qué normas se rige como miembro de ésta institución para contribuir con el cumplimiento de programas de medicina preventiva y cuál de ellos conoce?

Tabla 10: *Manera de contribuir el personal sanitario a cumplimiento de Programas de salud*

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Normativas y Estatutos del MSP	12	37,5%
Protocolos acorde a los requerimientos	7	21,8%
Plan del Buen Vivir	4	12,5%
No conoce pero tiene interés	8	25%
No conoce y no le compete a su cargo	1	3,1%
Total de entrevistados.	32	100%

Fuente: *Elaborado por Paola Veloz*

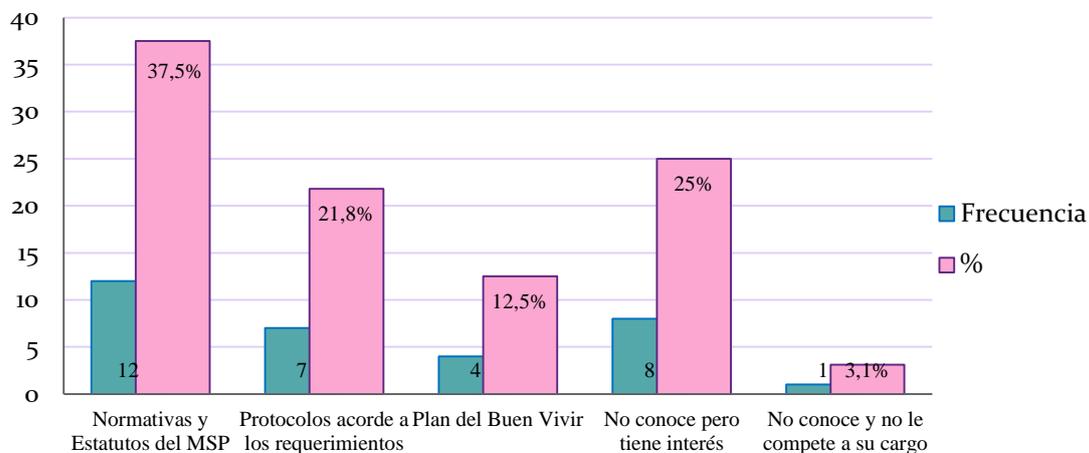


Figura 6. Contribución del Personal Sanitario a la Medicina Preventiva
Fuente: Elaborado por Paola Veloz

Claramente con un 37,5% hay de conocimiento acerca de Estatutos del MSP la problemática radica en el seguimiento y la socialización a toda la organización. Por el contrario y principalmente el personal administrativo y financiero en un 25% contestaron que no conocen los programas de Medicina Preventiva, pero muestran un gran interés en instruirse siempre y cuando se den las facilidades. En un 21,8% el seguimiento de protocolos de acuerdo a cada institución es importante pero si no hay el compromiso de todo el equipo de salud no se puede avanzar. Con un 12,5% responden a tener conocimiento del Plan del Buen Vivir, debido a su oportuna difusión y cumplimiento sin embargo debe ser ejecutado. Y con el 3,1% que en realidad corresponde a uno de los 31 entrevistados que comenta no tener ningún conocimiento acerca de los programas, ni estatutos y su interés gira entorno solo al cumplimiento de sus labor diaria, se connota ajeno a ellos y a la posibilidad de capacitarse, se mantiene con actitud negativa al involucrase aduciendo que si exige una capacitación y facilidades podría perder su trabajo.

3.3.2 Formatos de encuesta.

Se diseñó dos formatos de encuesta, una para los usuarios para conocer si existe la debida promoción y programas de salud y otra al personal sanitario en las que se pregunta acerca las condiciones y la estructura de la cultura organizacional de la respectiva institución y de qué manera influye en el desconocimiento de protocolos médicos, y manejo del paciente desde su primer contacto. (Véase apéndice D y E)

3.3.3 Análisis de resultados de Encuestas

Se aplicó la encuesta a 110 usuarios de los centros de atención seleccionados, sus respuestas presentan las siguientes consideraciones:

Encuesta a los Usuarios

¿Con que frecuencia acude a esta casa de salud?

Tabla 11: *Frecuencia con que acude a la casa de salud*

Frecuencia	Número	Porcentaje
Primera vez	25	23%
Una vez cada año	41	37%
Dos veces al año	32	29%
Tres o más veces al año	12	11%

Fuente: *Elaborado por Paola Veloz*

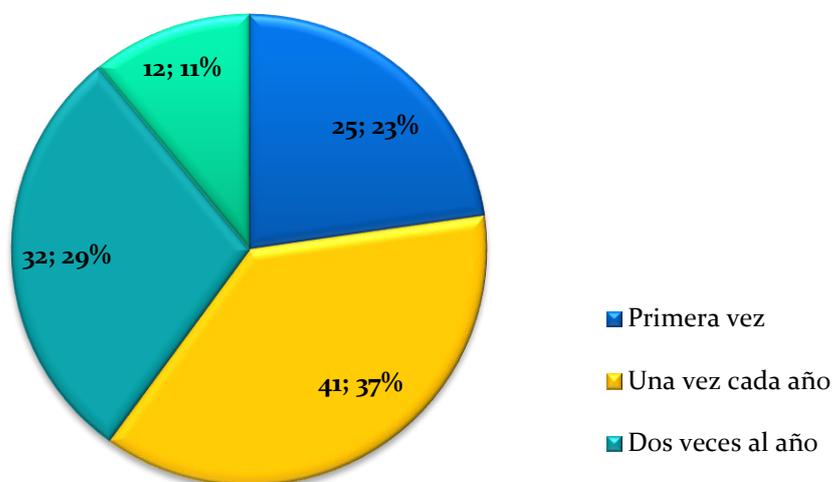


Figura 7. Frecuencia con la que acude a la casa de salud
Fuente: Elaborado por Paola Veloz

Del total de usuarios encuestados, el 75% ya ha tenido una frecuencia determinada que le permite opinar con respecto al servicio que ha recibido en la casa de salud, de ahí la importancia y validez de las respuestas que siguen. Sin embargo de ello, el otro 25% que acude por primera vez podrá dar una visión fresca sobre la atención y los resultados logrados en esta visita.

Al finalizar su consulta ¿quién le explicó el proceso para sus exámenes y la manera de tomar la medicación?

Tabla 12: Persona que explicó sobre proceso y medicación

Recibió apoyo de	Número	Porcentaje
Médico	44	40%
Enfermera	48	44%
Administrativo	10	9%
Otros	8	7%

Fuente: Elaborado por Paola Veloz

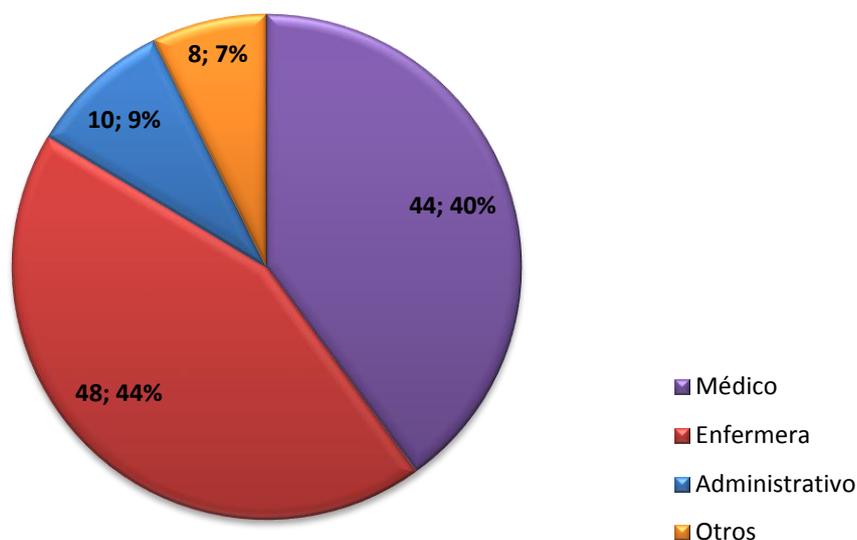


Figura 8. *Persona que le explicó sobre proceso y medicación*
Fuente: *Elaborado por Paola Veloz*

Como se aprecia en los resultados, el 84% de las respuestas se enfocan en que recibieron información relacionada con los procesos a seguir en la atención en salud y sobre la medicación que corresponda, de parte de personal especializado, esto es, médicos y enfermeras. Sin embargo, no puede dejar de preocupar el hecho de que un 16% de los usuarios contestaron que la información médica la recibieron de personal no especializado, sobre todo si se trata de medicación. Además, cabe resaltar también que ese 16% sí conoce sobre procesos y dan soporte tanto a usuarios como a personal médico en la orientación sobre qué hacer y a dónde acudir para realizarse los exámenes, por ejemplo. Éste es un valor agregado que vale la pena reforzar.

¿Tiene conocimiento acerca de los programas de salud en prevención que ofrece esta institución?

Tabla 13: *Conocimiento sobre programas de prevención*

Conoce sobre programas	Número	Porcentaje
Si	25	23%
No	31	28%
Algunos	43	39%
No sabe	11	10%

Fuente: *Elaborado por Paola Veloz*

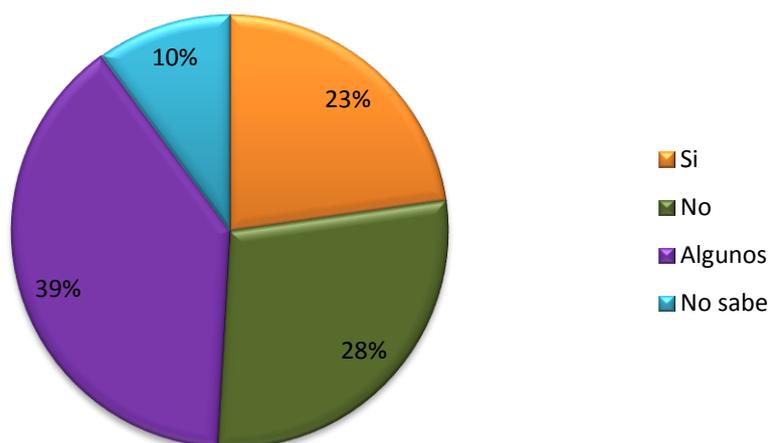


Figura 9. *Nivel de conocimiento sobre programas de prevención en salud*

Fuente: *Elaborado por Paola Veloz*

De acuerdo a las encuestas se pregunta si el usuario tiene nociones de todos los programas de salud en medicina preventiva mencionan en un 39% tan solo el conocimiento de algunos, de manera que se debería ahondar en brindar mayor información acerca de todos los programas que brinda el MSP, en un 28% cifra que es preocupante, mencionan que saben que existen diversos programas de prevención pero no entienden cuales son a qué grupo etáreo va dirigido, continuando con el análisis tan solo un 23% entiende y

comprende cuales son los programas y mencionan que gracias a los medios de comunicación han sido de gran manera difundidos; en un 10% desconoce absolutamente el tema.

¿Cómo considera a la calidad de atención que da este servicio en cuanto a brindar información de su enfermedad?

Tabla 14: *Percepción sobre la calidad en la atención*

Conoce sobre programas	Número	Porcentaje
Ha mejorado	38	35%
Es peor	40	36%
Permanece igual	27	25%
No sabe	5	4%

Fuente: *Elaborado por Paola Veloz*

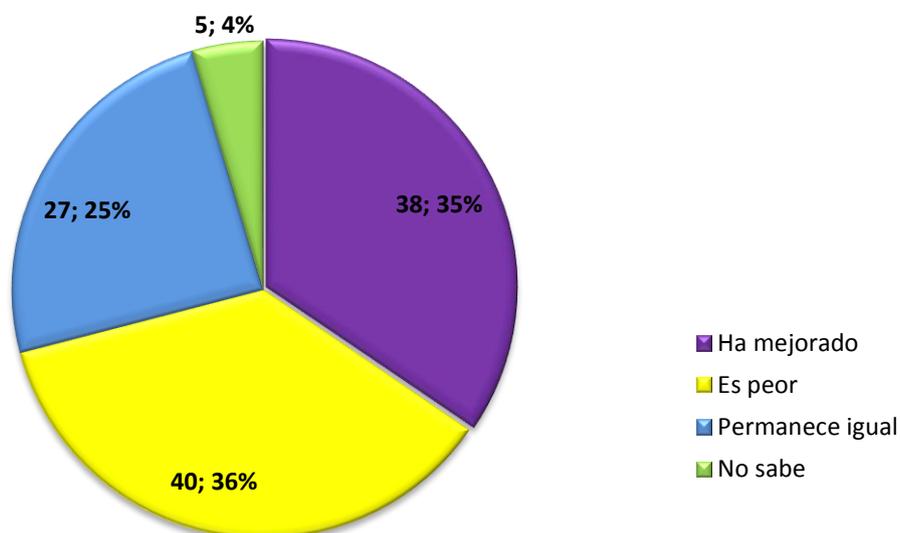


Figura 10. *Información acerca de la calidad de atención*

Fuente: *Elaborado por Paola Veloz*

Estableciendo los índices de las encuestas se tiene un 36% en que ha empeorado la situación en cuanto a brindar información, debido a que la atención se ha priorizado en las

grandes ciudades de esta zona 5, dejando de lado a los sectores rurales, con el aumento masivo de pacientes, malas administraciones, escasos recursos y poco personal sanitario, al momento de solicitar más información por parte de los usuarios, ésta se la da de manera muy breve y no todo el personal sabe informar. Por el contrario y con un 35% la investigación revela que ha mejorado ya que existe desde ahora mejor gestión y organización a través de un sistema Nacional de Red Pública así como demás facilidades por parte de personal especializado para emitir información clara y precisa. A pesar de ello existe un 25% de encuestados que denotan que permanece sin muchos cambios, y brindar información oportuna y en lenguaje sencillo. Y apenas un 4% de encuestados que desconoce el tema.

Encuesta al Personal Sanitario

Se realiza la encuesta a 52 personas que laboran en áreas financieras, administrativas y médicas, luego de la tabulación respectiva, presenta las siguientes consideraciones:

¿Qué tan importante considera que es capacitar al personal administrativo en terminología médica y protocolos sencillos?

Tabla 15: Percepción sobre la importancia de la capacitación del personal administrativo

Capacitación	Número	Porcentaje
Muy importante	23	44%
Poco importante	15	29%
Sin importancia	9	17%
No sabe	5	10%

Fuente: *Elaborado por Paola Veloz*

CAPACITACIÓN

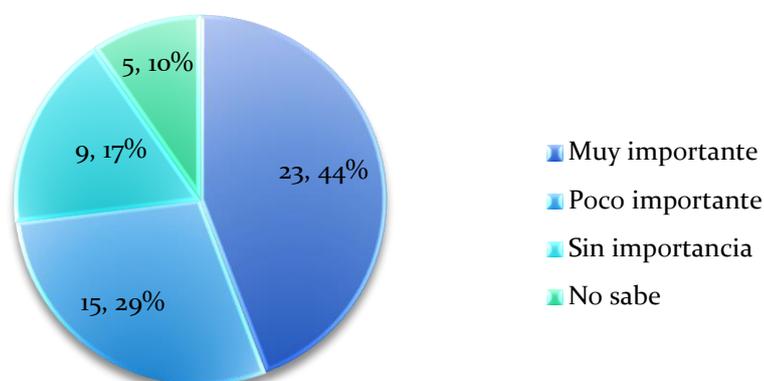


Figura 11. *Importancia de la capacitación al personal administrativo*
 Fuente: *Elaborado por Paola Veloz*

Al tabular los datos se refleja que en un 44% del personal administrativo y financiero considera que es de suma importancia ser capacitados en cuanto a aspectos relacionados con la salud ya que deben involucrarse con el medio en que laboran, en un 29% ven con poco interés en la capacitación a pesar de constar en las leyes como un deber y derecho, por otro lado con un 17% no le toman importancia a las capacitaciones e incluso se asume que debería existir un incentivo de cualquier índole para acudir a ellas. Y con un 10% contestaron que no saben, valor que debería tomarse en cuenta para ahondar con información y despejar dudas acerca de la importancia de las capacitaciones en situaciones relacionadas con salud y cabe destacar que sea con el objeto de Prevenir enfermedades.

¿Conoce de capacitaciones para personal administrativo acerca de manejo básico de pacientes o de protocolos médicos?

Tabla 16: *Temas importantes para capacitación de personal administrativo*

Conoce acerca de temas	Número	Porcentaje
Si	8	15%
No	38	73%
Algunas	4	8%
No responde	2	4%

Fuente: *Elaborado por Paola Veloz*

Conocer Temas de Salud

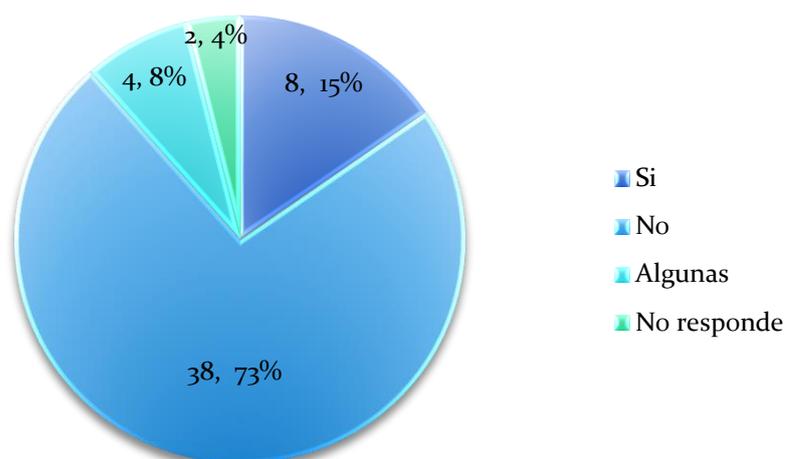


Figura 12. *Temas que deberían conocer en capacitaciones el personal administrativo*

Fuente: *Elaborado por Paola Veloz*

En el análisis se revela una cifra alarmante correspondiente al 73% de encuestados que no conocen de protocolos ni manejo básico de pacientes como primeros auxilios, situación que no pone a pensar en lo valioso que sería poder contar con un gran equipo que no solo permanezca en su área sino que sea de apoyo en casos de catástrofe o cuando se los requiera. En un 15% hay quienes han tenido oportunidades de capacitarse y listas para

contar con su ayuda con las respectivas certificaciones, en un 8% personal que falta ser capacitado y cursa con nociones y en un 4% Personal que se abstiene a responder.

¿Bajo qué parámetros debería valorarse la cultura organizacional?

Tabla 17: *Parámetros para evaluar la cultura organizacional*

Parámetros de valoración	Número	Porcentaje
Clima laboral	31	60%
Producción de cada empleado	7	13%
Jerarquía del cargo	9	17%
No sabe	5	10%

Fuente: *Elaborado por Paola Veloz*

Parámetro de Valoración

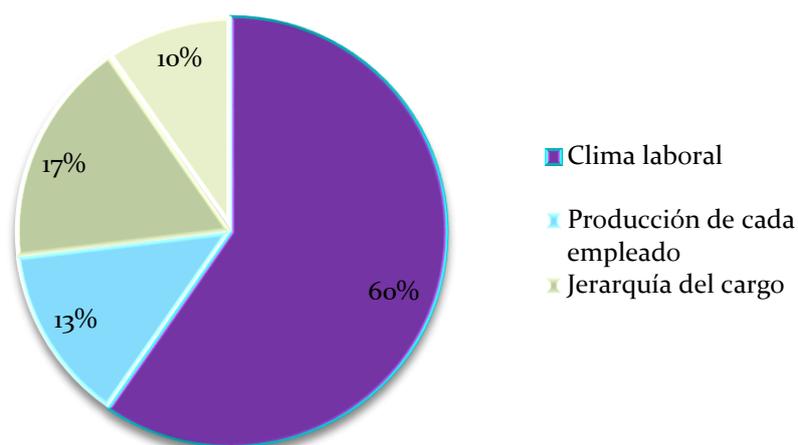


Figura 13. *Parámetros a ser utilizados para valorar la cultura organizacional*

Fuente: *Elaborado por Paola Veloz*

En lo que respecta a la buena cultura organizacional el 60% de los encuestados contestó que debería evaluarse su desempeño acorde a como realizan su trabajo en un clima laboral adecuado, sin presiones ni cronómetros. Por otra parte se tabula y en un 17% contestaron que debería valorarse acorde a la jerarquía del cargo es decir quien cuenta con más responsabilidades tendrá mejor puntuación y bonificación. Mientras que un 13% refutaron que lo más importante para su evaluación es acorde a su producción, está entre

dicho que por aumentar la cantidad se disminuye en la calidad del producto o servicio y es una de las forma que se aplica actualmente para evaluar principalmente en el sector público. Y por último con un 10% el personal dudoso y reacio en dar una respuesta coherente, se manifiesta con un desconocimiento del tema.

Como personal administrativo, para mantener el contacto con el paciente en instituciones públicas de primer nivel ¿qué característica cree usted es la más necesaria?

Tabla 18: *Características necesarias para atender al usuario*

Características necesarias	Número	Porcentaje
Conocer la cultura de la población	16	31%
Realizar un diagnóstico situacional constante	13	25%
Conocer las más frecuentes enfermedades y de qué manera dar información	20	38%
No sabe	3	6%

Fuente: *Elaborado por Paola Veloz*

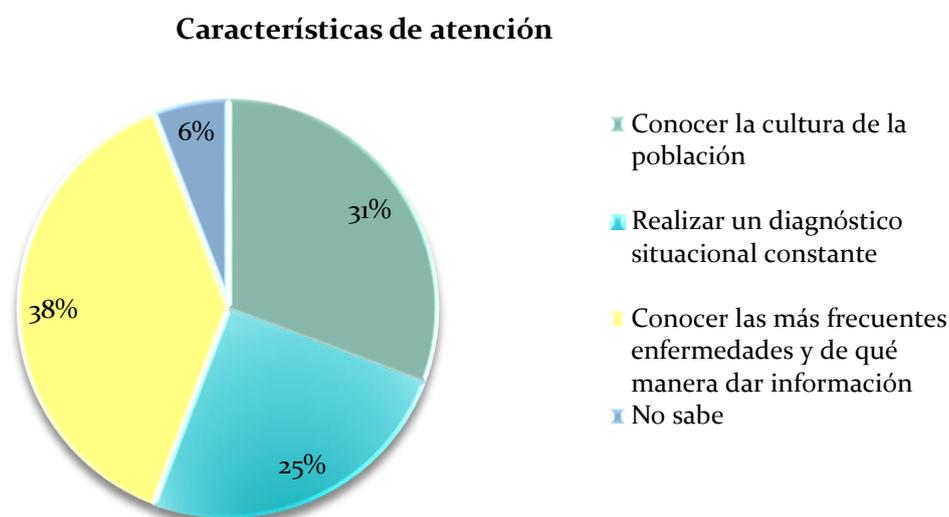


Figura 14. *Características necesarias para atender al usuario*
Fuente: *Elaborado por Paola Veloz*

Las encuestas nos revelan que en un 38% de los encuestados mencionan que para mantener una buena relación con el usuario es necesario conocer un poco más acerca de las enfermedades y de qué manera dar información, con esto se reitera que uno de los principales problemas es la falta de capacitación como lo demostró la pregunta anterior. Con un 31% otros encuestados manifiestan que es importante conocer la cultura de la población, y es lógico el saber la situación socioeconómica, cultural del sector nos dice con qué usuarios vamos a contar, esto nos lleva a la siguiente opción que con un 25% nos dice que se debe realizar un diagnóstico situacional constante para conocer aún más a la población a tratar. Con un 6% de colaboradores desconocen cómo atender con mejor calidad y calidez al usuario.

En síntesis, cabe destacar que a estas aseveraciones el personal médico encargado de las Unidades de Salud menciona que se organizan las capacitaciones para todo el personal, menos para la parte administrativa y que sería de gran ayuda si ésta tiene conocimiento del manejo del paciente, así sea de manera sencilla incluso para la detección oportuna de enfermedades. Así también coinciden tanto los usuarios como el personal sanitario que se necesita que se involucren más con el área donde laboran, capacitándose para mejorar el clima laboral. A las autoridades de ambos hospitales se les preguntó acerca de si se da el cumplimiento de todos los programas del MSP para la prevención de enfermedades a lo que responden: que se realiza todo lo que tiene que ver con inmunizaciones, algunos programas que competen a cada departamento como la prevención de embarazo a adolescentes por parte de obstetricia, además de programa para erradicar la desnutrición,

así como dar cabida a la atención del adulto mayor, y siguen con protocolos de manejo para enfermedades de tipo estacionarias la colaboración de la comunidad, que es pilar fundamental. Además de mantener informados tanto a la comunidad como a su Recurso Humano de los cambios en las leyes, reglamentos, o protocolos de atención con la finalidad de agilizar el proceso y se ofrezca una atención con calidad, que satisfaga la demanda diaria y se proporcione un buen clima laboral que es el ícono, marcando empoderamiento en su desempeño laboral para mejorar la cultura de la Organización.

CAPÍTULO 4

PROPUESTA

MANUAL DE MEJORAMIENTO DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, ZONA 5, PROVINCIA DEL GUAYAS

De acuerdo con los resultados obtenidos en el análisis de las encuestas y entrevistas realizadas a Usuarios y Personal sanitario, el presente proyecto de investigación propone la elaboración de una Guía Práctica sobre temas puntuales en los que deben instruirse a los miembros de los diversos Departamentos Administrativos, Financieros, de Recursos Humanos y demás Servicios, con la finalidad de ampliar sus conocimientos y comprometerlos a que formen parte del Grupo Multidisciplinario de Salud, permitiendo la integración de un personal mejor capacitado y motivado a los diversos programas de prevención en salud, con una visión clara demostrando que su trabajo vale la pena y la importancia que tienen para la Institución.

A continuación se expondrán los temas que abarcan desde lo que es el primer nivel de atención representada por los APS, continuando con el margen legal en una perspectiva sintetizada de las leyes en las que se rige actualmente el personal sanitario, así como también la identificación de las necesidades, y de qué manera se debe involucrar al proceso de atención quienes conforman el equipo multidisciplinario de salud entre otros temas de gran interés, todo con el propósito de capacitar e integrar a los colaboradores a un mejoramiento de la cultura organizacional.

4.1 Objetivos del manual

Con el fin de facilitar el mejoramiento de una cultura organizacional adecuada que esté orientada a lograr un mayor empoderamiento de los colaboradores en sus respectivos cargos y ser facilitadores en la atención al usuario involucrándose con éste en programas de medicina preventiva, se ha identificado los siguientes objetivos:

- ✓ Promover un enfoque participativo centrado en los empleados de los centros de atención primaria de salud, motivando al personal sanitario en su desempeño laboral.

- ✓ Mantener un clima laboral óptimo para generar compromiso para con la institución, conociendo las necesidades del personal sanitario.

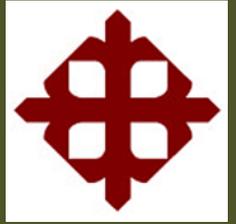
- ✓ Resaltar en qué consiste el proceso de socialización y su importancia en la cultura organizacional de una entidad de salud.

4.2 Contenido del manual

Este contenido de este manual está compuesto, principalmente, por los siguientes segmentos: **(1)** conceptualización y términos relativos a la atención primaria en salud, **(2)** identificación de programas de medicina preventiva, **(3)** proceso de socialización de la información, **(4)** margen legal, **(5)** sistema de referencias y contrarreferencias y, finalmente el **(6)** estructura funcional del centro del APS y proceso de atención con su respectivo flujograma.

4.3 Presentación del Manual

En la siguiente página se presenta el manual diseñado, objeto de esta investigación.



2015



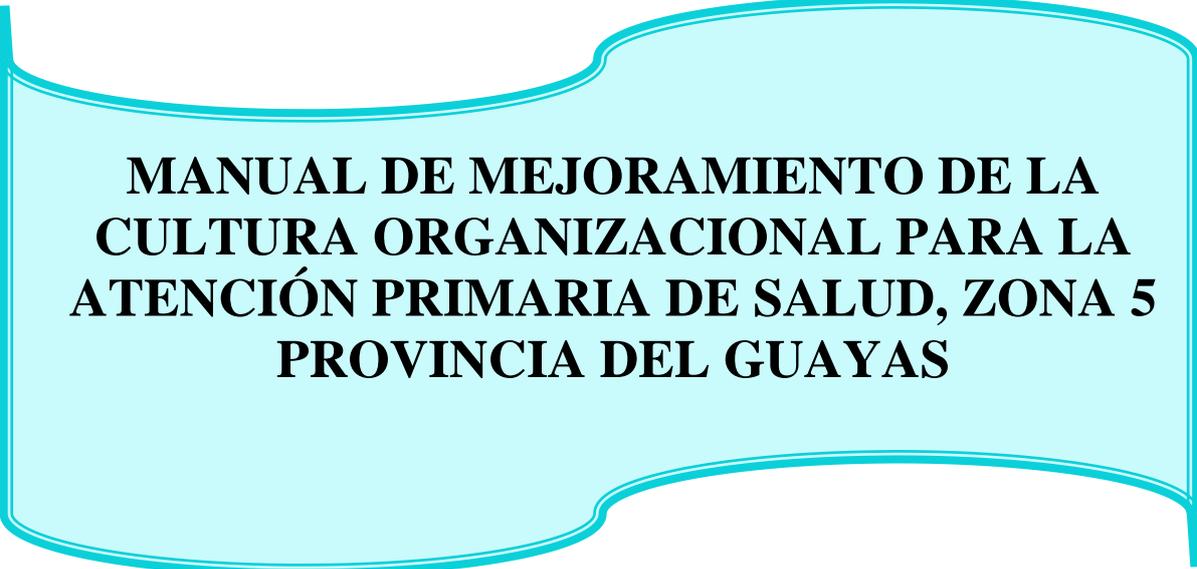
MANUAL DE MEJORAMIENTO DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, ZONA 5 PROVINCIA DEL GUAYAS



**UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE
GUAYAQUIL**

**MAESTRIA EN GERENCIA
EN SERVICIOS DE SALUD**

**Md. PAOLA VANESSA
VELOZ PINOARGOTE**



**MANUAL DE MEJORAMIENTO DE LA
CULTURA ORGANIZACIONAL PARA LA
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, ZONA 5
PROVINCIA DEL GUAYAS**

AGRADECIMIENTO

A Dios creador de Todo y Guía de nuestras vidas,

A mi Familia y Amigos quienes con su apoyo constante y desinteresado son mi soporte para la elaboración de este proyecto que es una muestra de sacrificio, responsabilidad y perseverancia estímulos que añaden en mí el impulso para continuar alcanzando mis metas anheladas.

Paola Veloz P. Mazzoccoli

Índice General

Resumen	5
Abstract.....	5
Introducción.....	6
Objetivos.....	7

Tema 1: Conceptualización y términos relativos a la Atención Primaria en Salud ¿Quiénes Somos?

1.1 Niveles de atención.....	8
1.2 Atención primaria de salud (APS).....	9

Tema 2: Identificación de programas de Medicina Preventiva ¿Por qué necesitamos capacitarnos?

2.1 Necesidades básicas.....	10
2.2 Programas de Prevención del APS	11

Tema 3: Proceso de socialización de la información

3.1 Proceso de socialización.....	12
3.2 Margen legal	12
3.3 Sistema de Referencias y Contrarreferencia.....	14

Tema 4: Estructura funcional del centro del APS y proceso de atención

4.1 Estructura funcional del APS	15
4.2 Proceso de atención	17

Referencias bibliográficas del Manual

RESUMEN

De acuerdo a los requerimientos de la población y del mismo personal sanitario, el objetivo principal del Manual es concientizarlos de la importancia de estar capacitados en promoción y prevención en salud de manera participativa, buscando el empoderamiento de sus cargos y el compromiso de mejorar su desempeño, fortaleciendo el clima laboral y generando un cambio en la cultura organización de las entidades del primer nivel de atención, Involucrando de forma proactiva al personal que se considera excluido al grupo multidisciplinario como es el caso del área administrativa, financiera, Recursos Humanos, de servicios , entre otras con múltiples conocimientos básicos, rompiendo paradigmas de la incompetencia. El presente Manual informa desde lo que es un APS y en qué consiste los niveles de atención, ratifica la función que debe cumplir el personal sanitario acorde al margen legal, conocer sus necesidades y a que programas en relación a la medicina preventiva podría contribuir como organización. Además que para que el proceso de atención a los usuarios se realice de manera continuada por parte del sistema sanitario, los niveles de atención deben funcionar con una adecuada referencia y contrarreferencia, por ello es que es importante la coordinación entre los diferentes niveles.

ABSTRACT

According to the requirements of the population and the same health personnel, the main objective of the Handbook is to make them aware of the importance of being trained in health promotion and prevention in a participatory manner, seeking to empower their positions and commitment to improve performance strengthening the working environment and generating a change in the organization culture of institutions of primary care, Engaging proactively personnel is considered excluded the multidisciplinary group as is the case, financial, human resources, administrative services area among other multiple basic knowledge, breaking paradigms of incompetence. This manual reports from what a APS and what is the level of attention, confirms the role to be met by medical personnel according to legal margin, meet your needs as programs relating to preventive medicine could contribute as an organization. Besides that for the process of care users can be given continuously by the health system, service levels must work with an appropriate referral and this is critical and coordination between different levels.

INTRODUCCIÓN

El clima y la cultura organizacional son un tema de importancia para las organizaciones que permanentemente están buscando un continuo mejoramiento de su ambiente de trabajo. En salud no es la excepción, se pretende establecer conductas, relaciones, buenas actitudes que van concatenadas al desempeño del trabajador, de esta manera en plena satisfacción de su cargo sea capaz de impartir confianza e información al usuario o paciente. Para hablar de *clima organizacional* es importante conocer la percepción de los colaboradores con respecto a sus condiciones de trabajo y los procesos que deben cumplir como consecuencia de su cargo, así como también cuáles son sus expectativas en lo que tiene que ver con la calidad del clima laboral (Hernández Sampieri & Méndez Valencia, 2012).

El clima y la cultura organizacional favorecen el aumento de la productividad laboral mediante estrategias de cambios y planeaciones además de la predisposición, así como de contar con suficiente información que tenga el trabajador en base a su cargo y el mundo que se desarrolla alrededor del mismo (Chiavenato, 2010). Las empresas de servicio de la salud, al igual que cualquier otro campo disciplinar, comparten esta necesidad de un clima y cultura adecuados para promover la productividad y el buen servicio. Esto se confirma, además, con los objetivos de promoción de la salud, de los que cabe mencionar especialmente el No. 16 *gestionar para una atención sanitaria de calidad* y el No. 18 *desarrollar recursos humanos para la salud* (Organización Mundial de Salud, 1998, págs. 24-25) poniéndose énfasis en desarrollar un proceso para *capacitar a la gente para que aumente el control sobre su salud y la mejore*.

Este proceso se aplica con una perspectiva diferente a un *Grupo sanitario como capacitador, facilitador y guía del paciente independientemente de ser profesional en ramas de la medicina*. La capacidad que se desarrolla en las personas para llevar a cabo acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, ayuda a mejorar las condiciones de vida de los demás, incrementando los niveles de salud individual y colectiva, y haciendo de la difusión de programas de prevención primaria o secundaria de salud un instrumento efectivo y eficiente, que se desarrolla de forma natural.

OBJETIVOS

En la búsqueda del mejoramiento de una cultura organizacional adecuada que esté orientada a lograr un mayor empoderamiento de los colaboradores en sus respectivos cargos, y ser facilitadores en la atención al usuario involucrándose con éste en programas de medicina preventiva, se ha identificado los siguientes objetivos:

- ✓ Promover un enfoque participativo centrado en los empleados de los centros de atención primaria de salud, motivando al personal sanitario en su desempeño laboral.
- ✓ Mantener un clima laboral óptimo para generar compromiso para con la institución, conociendo las necesidades del personal sanitario.
- ✓ Resaltar en qué consiste el proceso de socialización y su importancia en la cultura organizacional de una entidad de salud.

TEMA 1:
CONCEPTUALIZACIÓN Y TÉRMINOS RELATIVOS A LA ATENCIÓN
PRIMARIA EN SALUD
¿QUIÉNES SOMOS?

Con esta interrogante se pretende tener pleno conocimiento de que rol cumple un funcionario público en una cultura organizacional y para esto debemos tener conceptos claros así como del lugar para el que se brinda los servicios y a quienes van destinados dichos servicios, recordemos que no somos entes aislados y es lo que nos lleva a la socialización con el equipo de trabajo.

1.1 Niveles de atención

Para establecer uniformidad en los términos que se utilizan en el campo de la salud, y en cuanto a atención médica, se ha identificado diferentes niveles de atención los que se caracterizan por el orden en el que se cumplen y la estratificación de los recursos a utilizar para satisfacer las necesidades de la población. En general, se identifica tres niveles de atención que se presentan secuencialmente según los casos y condiciones:

El **primer** nivel, el más cercano a la población, esto es, refiriéndose a que es el primer contacto que ocurre con el paciente y en el que se busca principalmente atender las necesidades más básicas y frecuentes de atención de salud, y que son resueltas con actividades de **promoción** de salud, tales como las campañas para evitar enfermedades, **prevención** de enfermedades, tales como los programas de vacunación, por ejemplo, y por **procedimientos de recuperación y rehabilitación**. Este primer nivel requiere de una organización básica de los recursos para responder ante la primera necesidad del paciente. Se caracteriza por ser proporcionado a través de establecimientos de baja complejidad. Ésta es la puerta de entrada al sistema de salud, es decir *Atención Primaria de Salud (APS)* (MSP, 2012)

En el **segundo** nivel de atención están considerados los hospitales y otros establecimientos que ofrecen atención especializada tal como medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría, esto significa que el nivel de complejidad es mayor con respecto al nivel anterior y, en conjunto, el primer y segundo nivel resuelven, al menos, hasta un 95% de los problemas de salud de la población.

El *tercer* nivel de atención es exclusivo para atender problemas poco prevalentes, es decir, patologías complejas que requieren de altos niveles de especialización tanto en los procedimientos como en los recursos y tecnología a utilizar. Esta atención la proporcionan las instituciones de salud de especialidades médicas (Vignolo, Vacarezza, Alvarez, & Sosa, 2011).

Por ejemplo, tenemos al Subcentro de Salud de la Parroquia La Guayas ubicada en el Cantón El Empalme como una institución de Primer Nivel de atención, lugar donde se brinda la atención primaria, los usuarios acorde a la complejidad de su enfermedad serán derivados a un Hospital que puede ser el Hospital de El Empalme que corresponde a un Segundo Nivel de Atención y si aún la condición de este paciente amerita ser transferido a un lugar de especialidad como el Hospital Abel Gilbert Pontón en Guayaquil se hará la respectiva referencia.

1.2 Atención primaria de salud

La *atención primaria de salud (APS)* ha sido definida como *asistencia sanitaria esencial* que se ofrece a través de métodos, procedimientos y medios tecnológicos prácticos y básicos y que están *al alcance de todos los individuos de la comunidad* (ALMA-ATA, 1978), en otras palabras, la APS no se trata de una atención de salud de segunda clase orientada al servicio de comunidades vulnerables social y económicamente, sino que su cobertura está dirigida a todos los sectores sociales sin distinción, según sus necesidades .

TEMA 2: IDENTIFICACIÓN DE PROGRAMAS DE MEDICINA PREVENTIVA ¿POR QUÉ NECESITAMOS CAPACITARNOS?

2.1 Necesidades básicas

Ya hemos hablado de la cultura organizacional como un todo que rige el centro del funcionamiento de la empresa de servicios de salud. Al insertarnos en una organización es de considerar que cada uno de los miembros de la misma presenta necesidades y detectarlas es loable, de ahí que se analiza las necesidades de capacitación que están conformadas por tres importantes aspectos:

- Con respecto a la **organización**. Incluye el establecimiento y difusión de los objetivos de la institución, la misión y visión, incluyendo una proyección de recursos necesarios para su logro, es como un todo funciona, estructuralmente;
- En relación a las **funciones**. Involucra aspectos tales como las actividades y tareas que deben ser cumplidos por las personas que se encuentran ubicadas en los diferentes cargos; también incluye aptitudes de liderazgo, comunicabilidad, es del puesto que especifique las competencias básicas, genéricas y específicas de dichos cargos; y,
- En relación con las **personas**. Se Considera fortalezas y debilidades, actitudes, comportamientos, proactividad y desarrollo cognitivo, competencial.

Dentro de una institución, cuando se desarrolla un clima organizacional propicio para el mejoramiento continuo y asunción de nuevos retos, es más fácil mirar hacia el futuro y promover cambios, nuevos negocios, acometer nuevos proyectos y solucionar problemas; el clima organizacional adecuado permitirá mejorar la comunicación interna; aumentar la productividad individual y colectiva, incentivar la competitividad interna y facilitar la gestión y dirección de la institución. Por ello, y con el fin de graficar el motor básico del comportamiento de las personas que luego permitirán diseñar un clima organizacional adecuado, y tomando la teoría de Maslow (1991), en el siguiente gráfico se aprecian las necesidades de las personas, como punto de partida de las actitudes individuales y grupales:



Apéndice D: *Pirámide de Jerarquía de las Necesidades de Maslow*

Fuente: Tomado de Maslow (1991)

2.2 Programas de Prevención del APS

Las acciones orientadas a desarrollar prevención del APS tienen como elementos esenciales: **(1)** el suministro de alimentos buscando concienciar en la población la necesidad de una nutrición adecuada, **(2)** el uso racional de agua potable y saneamiento básico como punto base para evitar las enfermedades endémicas locales, tales como las estacionarias (dengue, por ejemplo) y otras enfermedades tropicales; **(3)** la asistencia materno-infantil, **(4)** la planificación familiar, **(5)** inmunizaciones y suministro de medicamentos esenciales; y, **(6)** el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; a esto se suman los programas de interculturalidad descritos en el manual del *Buen Vivir* (MSP, 2012)

TEMA 3: PROCESO DE SOCIALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

3.1 Proceso de socialización

La socialización consiste en la puesta en conocimiento de situaciones o documentos específicos, con el fin de que el conglomerado se involucre y se apropie de un tema específico. Este proceso de socialización organizacional principalmente tiene como base el conjunto de normas, valores, objetivos, proyecciones institucionales que deban ser difundidos y que sirven de base para establecer una cultura organizacional de trabajo en equipo y empoderamiento, así también, es una forma de transmitir a los nuevos miembros la filosofía de trabajo y propósitos de la institución, de manera que se transmita y mantenga activa la cultura con miras a su mejoramiento, desarrollándose este proceso en un ambiente de confianza y favorable para el desarrollo de sentido de compromiso.

Como elemento básico de la socialización está el clima organizacional existente que va a permitir la comunicación interna flexible y óptima, como premisa del éxito institucional. En sí socializar es, en esencia, compartir información empezando por el proceso de adaptación y sumando normas y experiencias obtenidas en el puesto de trabajo.

3.2 Margen Legal en la Atención Primaria

Desde el punto de vista general es importante conocer ciertos aspectos en cuanto a leyes del MSP que respaldan a la atención primaria.

La Constitución Política aprobada en 2008 menciona explícitamente al término de atención primaria de salud (APS), en su Art. 360 asegurando que se *garantizará... la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.* (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2008).

En el Art. 1. De la ley de derechos y amparo al paciente vigente desde el 2006 define al *centro de salud* como una *entidad del sistema de servicios de salud pública o privada, establecida... para prestar a las personas atención de salud integral de tipo ambulatorio y de internamiento... además, un centro de formación de personal de salud y de*

investigación científica. Dentro de esta conceptualización se considera, entonces, como centro de salud a los hospitales, clínicas y policlínicas, institutos y centros médicos, dispensarios médicos.

En relación a la mala práctica profesional en el Artículo 146 del código orgánico integral penal, se hace referencia al *homicidio culposo por mala práctica profesional*, lo cual está orientado a establecer sanciones en el caso de que existan evidencias claras de haber infringido un deber objetivo de cuidado, y que haya ocasionado la muerte del paciente por acciones *innecesarias, peligrosas e ilegítimas*.

Entre las sanciones está la privación de libertad (de uno a tres años), inhabilitación para ejercer la profesión. Para tipificar este delito, en esta misma ley se menciona algunas pautas (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2014):

1. La mera producción del resultado no configura infracción al deber objetivo de cuidado;
2. La inobservancia de leyes, reglamentos, ordenanzas, manuales, reglas técnicas o *lex artis* aplicables a la profesión.
3. El resultado dañoso debe provenir directamente de la infracción al deber objetivo de cuidado y no de otras circunstancias independientes o conexas.
4. Se analizará en cada caso la diligencia, el grado de formación profesional, las condiciones objetivas, la previsibilidad y evitabilidad del hecho.

De acuerdo al Artículo 218 del Código Orgánico Integral Penal (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2014), la *desatención del servicio de salud* se refiere a que ningún prestador de servicios de la salud puede negarse a atender a pacientes en estado de emergencia, si se incumple esta norma el servidor de salud será sometido a sanción con privación de libertad de uno a tres años; y, si ocurre el fallecimiento del paciente, debido a la falta de atención, la privación de libertad pasará de trece a dieciséis años. Si la responsabilidad es de una persona jurídica, esta institución deberá pagar una multa de 30 a 50 salarios básicos unificados del trabajador en general y su clausura temporal.

3.3 Sistema de referencia y contrarreferencia

Es importante indicar que existe un sistema de referencia y contrarreferencia que permitirá facilitar a que los niveles de atención funcionen adecuadamente; ello facilita contar con capacidad operativa para que el proceso de atención primaria sea proporcionado de manera continua e ininterrumpida; para esto es básico desarrollar un sistema de coordinación entre los diferentes niveles, contando con los requerimientos necesarios, debiendo tener siempre en cuenta que la entrada del usuario al sistema debe darse siempre desde el primer de atención.

La **referencia** es un procedimiento administrativo-asistencial que un establecimiento de salud (según el nivel de atención de salud asignado) *transfiere la responsabilidad del cuidado de la salud de un paciente o el procesamiento de una prueba diagnóstica, a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive*, esto facilita que al paciente no se lo deje sin atención médica y con la finalidad de especializar su atención.

La **contrarreferencia** consiste en *recibir* de regreso el caso que fue transferido en un primer momento, sea que se trate de un paciente, una prueba diagnóstica, etc., ello ocurre sobre todo en los casos de APS para su control y seguimiento necesario, siempre y cuando el establecimiento cuente con la capacidad resolutive necesaria.

TEMA 4: ESTRUCTURA FUNCIONAL Y DE PROCESO DE ATENCION

4.1 Estructura funcional del APS

Al comprender la estructura de un centro de atención primaria de salud debemos tener claro que es un lugar en que serán valorados los usuarios bajo la modalidad de ambulatorios puesto que es un sitio que no cuenta con espacio físico para incrementar un área de hospitalización o laboratorio ni centro de imágenes, para difundir qué hacer se transfiere al paciente al Hospital más cercano o también llamado centro de segundo nivel de salud.

El centro de salud funcionalmente consta de:

- *Admisión* su función es da citas, información y registrar a los pacientes cuenta con 2 personas en cuyo perfil ser bachilleres titulados no necesitan experiencia.
- *Preparación:* su función es la toma de signos vitales y realizar reporte de insumos utilizados en la unidad, así como de comunicar oportunamente al Director de Subcentro la falencia de los mismos con la finalidad de ser adquiridos. Cuenta con una auxiliar de enfermería con experiencia.
- *Inmunización* es el departamento encargado de la vacunación, aplicación e información al paciente con los programas de medicina preventiva. Pero además se encarga del control y buen funcionamiento de equipos médicos. En este cargo se encuentra una licenciada en enfermería titulada y un ayudante.
- *Consultorios:* básicamente los APS cuentan el personal más fundamental en atención, es decir 2 médicos, 1 odontólogo y 1 obstetra, profesionales titulados que por lo general están realizando su medicatura rural en la zona, cada uno ocupando sus respectivos departamentos. Uno de los médicos debe ser el director de Subcentro y estar a la cabeza de cualquier novedad o problema que ocurra como su representante adema de realizar tareas administrativas también deberá atender pacientes.
- *Farmacia:* se encarga de la distribución del medicamento a los pacientes y emite informes mensuales al director del Subcentro de la fecha de caducidad, faltantes y demás situaciones con respecto a la medicación para realizar los correctivos correspondientes.

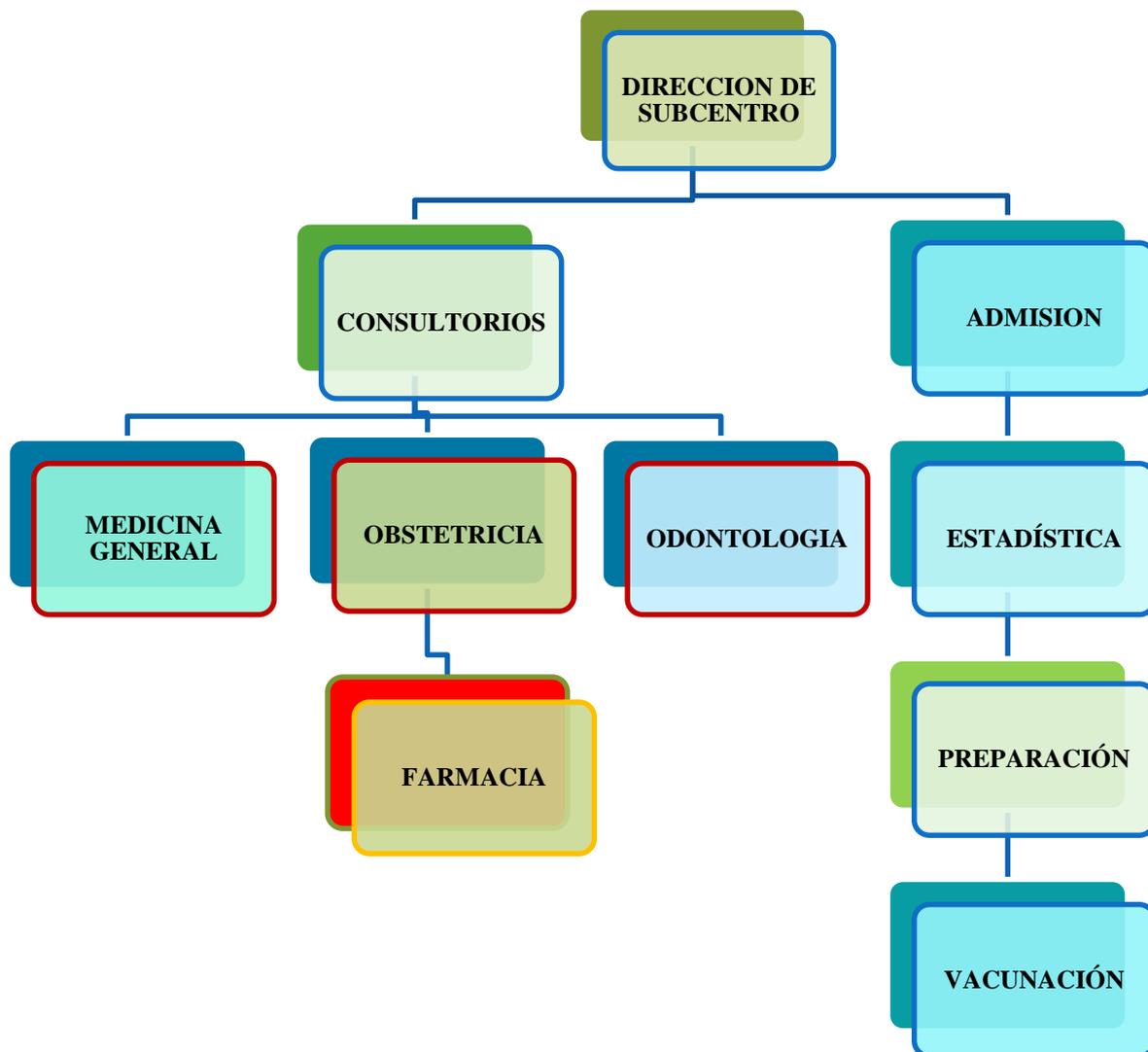


Figura 1. Organigrama, Estructura Funcional de un APS
Fuente: Elaborado por Paola Veloz

4.2 Proceso de atención

El proceso de atención básico en APS específicamente en un Subcentro cuenta con un sinnúmero de pasos que el paciente debe seguir antes de ser atendido en consulta externa de manera ambulatoria y eficaz, inicia con:

1. *Admisión* donde el paciente ingresa y se registra desde la mañana tomando turnos de 8 horas , Si es primera vez pasa a Estadística para la elaboración de su respectiva apertura de Historia Clínica, Si es paciente consecutivo omite este último paso y se direcciona al área de Preparación. Se ratifica que los pacientes o usuarios vulnerables como Adulto mayor, Discapacidad, mujeres embarazadas y niños menores de 5 años tienen prioridad de atención. Continúa
2. *Preparación*, lugar donde todos los pacientes acuden para toma de signos vitales y son pesados y medidos, se registran esos datos en la Historia clínica, lo realiza el auxiliar de enfermería.
3. *Consultorios*: A Continuación el usuario accede a su cita sea de medicina General, Odontología u Obstétrica.
4. *Farmacia*: Acorde a la terapéutica, el usuario acude a la farmacia a recibir sus medicinas de manera gratuita
5. *Retorna a Admisión* en caso de requerir ser valorado nuevamente por el médico en una próxima cita para ser agendado.

Todo este proceso debe ser socializado a los miembros de la institución, además ser capaces de dar información o charlas de cómo controlar y prevenir enfermedades y más con enfermedades estacionarias, o indicaciones del lavado de manos, la importancia que tienen las inmunizaciones entre otros aspectos como la participación activa en programas de salud reproductiva y familiar.

Para acceder al área de inmunizaciones no es necesario seguir todo el proceso, tan solo debe acudir a preparación si así el paciente lo amerite acorde a la vacuna que se colocará.

FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE ATENCIÓN

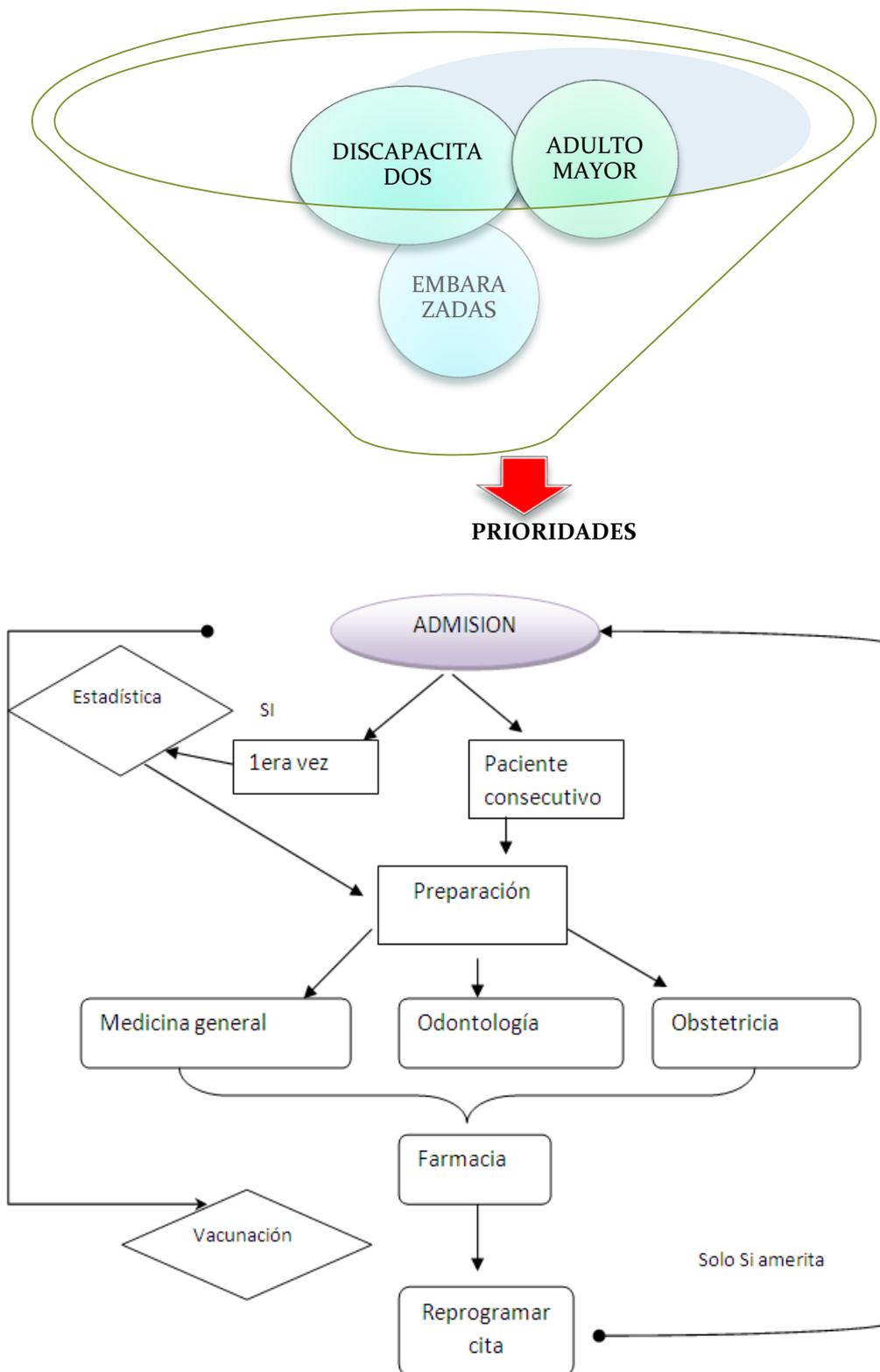


Figura 2. *Proceso de atención.*
Fuente: *Elaborado por Paola Veloz*

Referencias bibliográficas del manual

- ALMA-ATA. (1978). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Declaración VI*. Recuperado el 2015, de Declaración de Alma-Ata:
http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad1/complementaria/declaracion_de_alma_ata.pdf
- Asamblea Nacional. (2008). *Constitución Política de la República del Ecuador*. Quito.
- Asamblea Nacional. (2014). *Código Orgánico Integral Penal*. Quito: Registro Oficial.
- Chiavenato, I. (2010). *Innovaciones de la Administración: tendencias y estrategias, los nuevos paradigmas*. México D.F.: McGraw-Hill.
- Hernandez Sampieri, R., & Méndez Valencia, S. (2012). Exploración factorial del clima y la cultura organizacional en el marco del modelo de valores en competencia. *Revista PsiqueMag, 1(1)*, 1-37.
- Maslow, A. (1991). *Motivación y Personalidad*. Madrid: Diaz de Santos.
- MSP. (2006). *Ley de derechos y amparo al paciente*. Quito.
- MSP. (2012). *Manual de atención integral de salud*. Quito: MSP.
- Organización Mundial de Salud. (1998). *Salud para todos en el siglo XXI*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Alvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de Atención, Prevención y atención Primaria de la Salud. *Archivos de Medicina Interna, 33(1)*, 7-11. Recuperado el 2011, de Arch Med Int

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este apartado, y tomando como base el propósito de esta tesis, a continuación se presenta las conclusiones que resultan del análisis realizado de la cultura organizacional y su influencia en la medicina preventiva de la zona 5, de la Provincia del Guayas.

Adicionalmente se hace algunas recomendaciones que permitirán mejorar la relación interna y, por ende, el clima laboral, que se verá reflejado en beneficio del usuario.

Conclusiones

- ✓ Al diseñar el manual de mejoramiento de la cultura organizacional dirigido al personal administrativo se buscó la capacitación continua con la difusión de conceptos básicos de una serie de normas y estatutos que rige el MSP con el propósito de optimizar la gestión y mediante el conocimiento adquirido sepan llevar a cabo los programas de prevención promoviendo a que el personal sea proactivo y participativo.

- ✓ Al realizar el análisis con la respectiva recolección de datos se concluye que la problemática de los miembros de las organizaciones del primer nivel ya estudiadas, radica principalmente en la desmotivación y falta de empoderamiento del cargo debido al desconocimiento de sus debidas funciones; desestructurando internamente a la organización lo cual genera un cierto desbalance entre lo que se hace y lo que se debe hacer, afectando a la adaptación e integración al grupo de trabajo.

- ✓ Se identificó el direccionamiento del proceso de atención al usuario y, al respecto se puede asegurar que solamente con la debida capacitación del personal no médico esto es, colaboradores que no requieren la especialización médica para proporcionar información básica de salud, se lograría la agilitación de las tareas, mejoramiento de la comunicación interna y que el paciente reciba mayor información sobre procedimientos a seguir durante su estancia en APS.

- ✓ Como resultado final y de acuerdo con las normativas del MSP, en relación con la obligatoriedad de la capacitación del personal, se resaltó la necesidad de diseñar y proponer el funcionamiento de un manual orientado al mejoramiento de la cultura organizacional en donde todos los colaboradores desarrollen nuevas actitudes y aptitudes de gestión de medicina preventiva en los centros de atención de primer nivel.

- ✓ Por otro lado, lo cual es de resaltar, llamó la atención el interés del personal sanitario en conocer los procesos y la forma en que pudieran ellos mejorar su participación en búsqueda de alternativas para cumplir con sus tareas. Como es lógico en todo proceso, el cumplimiento de metas y objetivos tiene relación directa con la cultura organizacional, por tanto, la desinformación específica de los programas de medicina preventiva que se desarrollan a lo interno del centro de salud, afecta definitivamente en los resultados y, por ende, en el servicio al usuario externo.

Recomendaciones

En consecuencia, dadas las novedades encontradas y en cumplimiento del objetivo de este documento, a continuación se propone algunas recomendaciones:

- ✓ Dentro de los datos estadísticos, muchos usuarios se quejan del tiempo de atención, lo que hace necesario que se implemente de manera efectiva la capacitación propuesta para el personal no médico, con el fin de disminuir los tiempos de atención a los usuarios y facilitar adecuadamente la información que se requiera
- ✓ En lo que tiene que ver con las relaciones interpersonales, es imprescindible que se genere una mayor integración entre los colaboradores basados en respeto y trabajo cooperativo hacia los integrantes de los diferentes niveles jerárquicos, por ello es necesario desarrollar charlas motivacionales y de comunicación interna que permitan mejorar las relaciones humanas
- ✓ Finalmente, se sugiere profundizar en el estudio de prevención de enfermedades para la detección oportuna de las mismas, de manera que se pueda ofrecer un primer contacto con el usuario y conozcan hacia dónde direccionarlo

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alles, M. (2007). *Comportamiento organizacional. Cómo lograr un cambio cultural a través de la gestión por competencias*. Buenos Aires: Granica.
- ALMA-ATA. (1978). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Declaración VI*. Recuperado el 2015, de Declaración de Alma-Ata:
http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad1/complementaria/declaracion_de_alma_ata.pdf
- Álvarez, G. (2013). La percepción de la organización: clave para la comprensión del comportamiento del individuo en la organización. *Revista sobre relaciones industriales y laborales (Parte II) (26)*, 29-48.
- Asamblea Nacional de la República del Ecuador. (2008). *Constitución Política de la República del Ecuador*. Recuperado el 2014, de [asambleanacional.gob.ec](http://www.asambleanacional.gob.ec):
http://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf
- Asamblea Nacional de la República del Ecuador. (2014). Código Orgánico Integral Penal. En A. Constituyente (Ed.), (págs. 20-60). Quito.
- Borrell, C., & Malmusi, D. (2010). Investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud. *SESPAS. Gaceta Sanitaria, 24*, 101-108.
- CEPAL-ASDI. (2007-2008). *Hacia la universalidad con solidaridad y eficiencia: El financiamiento de la protección social de países pobres y desiguales*. Santiago de Chile: Ana Sojo.
- Chiavenato, I. (2010). *Innovaciones de la Administración: tendencias y estrategias, los nuevos paradigmas*. México D.F.: McGraw-Hill.
- Congreso Nacional del Ecuador. (2006). *Ley Orgánica de Salud, Ley 67, Registro Oficial Suplemento 423*. Obtenido de
<http://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ec/ec025es.pdf>
- Delcore, L. (2004). Cultura Organizacional y Reforma del Sector Salud-condición necesaria para el cambio. *Revista de Ciencias Administrativas y Financieras de Seguridad Social, vol 2(1)*, 35-40.

- Díaz Cabrera, D., Isla Díaz, R., & Rolo, G. (2008). La salud y la seguridad desde una perspectiva integradora. *Revista del Colegio de Psicólogos*, 29, 83-91.
- Foucault, M. (2008). Topología. *Fractal No.48*, 39.
- Groene, O. (2007). *La implantación de la promoción de la salud en los hospitales: manual y formularios de autoevaluación*. (M. d. Consumo, Ed.) Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Hellriegel, D., Jackson, S., & Slocum, J. (2004). *Administración: un enfoque basado en competencias*. México D.F.: Thompson.
- Hernández Sampieri, R., & Méndez Valencia, S. (2012). Exploración factorial del clima y cultura organizacional en el marco del modelo de los valores en competencia. *PsiqueMag*, 1(1), 1-37.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2010). *Distribución Distrital y Zonal*. Quito.
- Marchant Ramírez, L., & Del Río León, A. (2008). Gestión estratégica de la diversidad cultural en las organizaciones. *Ciencias Sociales Online*, V(1), 53-70.
- Maslow, A. (1991). *Motivación y Personalidad*. Madrid: Diaz de Santos.
- MSP (2006). Ley de derechos y amparo al paciente. (págs. 1-4). Quito: MSP.
- MSP. (2009). *Estructura Organizacional de Procesos*. Quito: MSP.
- MSP. (2012). *Manual de atención integral de salud*. Quito: MSP.
- MSP. (2012). Normas de Licenciamiento para los APS-R. *Reglamento Licenciamiento en el Sistema Nacional de Salud*, 3-18.
- MSP. (2013). Estatuto Orgánico de Gestión de Procesos del Primer Nivel de Atención de Salud. *Estructura Organica Descriptiva del APS*, 5-10.
- MSP. (2013). *Modelo de atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural*. Quito: MSP.
- Muñoz Gutiérrez, R. (2004). *Innovación gubernamental: el paradigma de buen gobierno en la administración del Presidente Vicente Fox*. Texas: Fondo de Cultura Económica.
- Nosnik, A. (2005). *Culturas organizacionales: su origen consolidación y desarrollo*. España: Netbiblo.
- Organización Mundial de Salud. (1998). *Salud para todos en el siglo XXI*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2008). *La Renovación de la atención Primaria de salud en Las Américas*. Washington DC: OPS/OMS.
- Quesada, R. P. (2009). *Promoción y Educación para la salud. Tendencias Innovadoras*. España: Díaz de Santos.
- Robbins, S. (2004). *Comportamiento organizacional*. México D.F.: Pearson Educación.
- Santa Eulalia Mainegra, J., & Sampedro Díaz, B. (2012). Clima organizacional en instituciones de atención primaria en salud. *Revista Médica Electrónica [online]*, 34(5), 606-619.
- Schein, E. (2004). *La Cultura Organizacional y el Liderazgo*. Massachusetts: Jossey-Bass.
- Segredo, A. (2009). Caracterización del sistema de Dirección en la atención primaria de salud. *Revista Cubana*, 35(4), 78-109.
- Siliceo Aguilar, A., Casares Arrangoiz, D., & González Martínez, J. L. (2005). *Cultura Organizacional, Valores y Liderazgo*. México D.F.: McGraw Hill.
- Starfield, B. (2004). *Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, los servicios y tecnología*. Barcelona: Masson S.A. Fundación Jordi Gol i Gurina.
- Teja Gutiérrez, R., Almaguer Vargas, G., Rendón Medel, R., & López Lira, N. (2014). Redes y análisis organizacional: roles, posiciones y poder de fragmentación de las relaciones sociales y comerciales. *Revista Global de Negocios*, 2(1), 11-39.
- Tejerina, H. (2014). Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los Países de América del Sur. *Instituto Suramericano de Gobierno en Salud* (págs. 12-14). Rio de Janeiro: UNASUR.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Alvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de Atención, Prevención y Atención Primaria de la Salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11. Recuperado el 2011, de Arch Med Int
- Zubieta, E., Fernández, O., & Sosa, F. (2012). Bienestar, valores y variables asociadas. *Boletín de Psicología*, 106, 7-27.

APENDICES



Apéndice A. *Programas de Prevención para el adulto Mayor en el Subcentro de Salud La Guayas*
Fuente: *Elaborada por Md. Paola Veloz*



Apéndice B. *Programas de Control de Natalidad y Cuidados Perinatales, El Empalme.*
Fuente: *Elaborada por Md. Paola Veloz*



Apéndice C: Distribución zonal-zona 5 de la cual está la Provincia del Guayas
 Fuente: Tomado del MAIS (MSP, 2013)

Encuesta a los usuarios

1. ¿Con que frecuencia acude a esta casa de salud?
 - a) Primera vez
 - b) Una vez cada año
 - c) Dos veces al año
 - d) Tres o más veces al año
 - e) Dos veces al año
 - f) Tres o más veces al año

 2. Al finalizar su consulta ¿quién le explicó el proceso para sus exámenes y la manera de tomar la medicación?
 - a) Médico
 - b) Enfermera
 - c) Administrativo
 - d) Otros

 3. ¿Tiene conocimiento acerca de los programas de salud en prevención que ofrece esta institución?
 - a) Si
 - b) No
 - c) Algunos
 - d) No sabe

 4. ¿Cómo considera a la calidad de atención que da este servicio en cuanto a brindar información de su enfermedad?
 - a) Ha mejorado
 - b) Es peor
 - c) Permanece Igual
 - d) No sabe
-

Apéndice D. *Formato de encuestas para los usuarios*

Fuente: *Elaborada por Md. Paola Veloz*

Encuesta al personal sanitario

1. ¿Qué tan importante considera que es capacitar al personal administrativo en terminología médica y protocolos sencillos?
 - a) Muy importante
 - b) Poco importante
 - c) Sin importancia
 - d) No sabe

 2. ¿Conoce de capacitaciones para personal administrativo acerca de manejo básico de pacientes o de protocolos médicos?
 - a) Si
 - b) No
 - c) Algunas
 - d) No responde

 3. ¿Bajo qué parámetros debería valorarse la cultura organizacional?
 - a) Clima Laboral
 - b) Producción de cada empleado
 - c) Jerarquía del cargo
 - d) No sabe

 4. Como personal administrativo, para mantener el contacto con el paciente en instituciones públicas de primer nivel ¿qué característica cree usted es la más necesaria?
 - a) Conocer la cultura de la población
 - b) Realizar un diagnóstico situacional constante
 - c) Conocer las más frecuentes enfermedades y de qué manera dar información
 - d) No sabe
-