

ESCUELA POLITÉCNICA NACIONAL

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS

**DESARROLLAR UN MODELO DE CONTROL
GERENCIAL QUE PERMITIRÁ EVALUAR Y MEDIR
EL DESEMPEÑO DEL PROGRAMA DE
TUBERCULOSIS EN EL ÁREA DE SALUD N° 2
“FRAY BARTOLOMÉ DE LAS CASAS”**

**TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE MAGISTER EN GERENCIA
DE SERVICIOS DE SALUD**

NANCY GUADALUPE HERRERA CALVOPÍÑA
nanherrera07@yahoo.com

DIRECTOR: DR. CÉSAR IZQUIERDO MOSQUERA
cizquier56@gmail.com

2016

DECLARACIÓN

Yo, Nancy Herrera, declaro que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

La Escuela Politécnica Nacional, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su Reglamento y por la normativa institucional vigente.

Nancy Guadalupe Herrera Calvopiña

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo fue desarrollado por Nancy Guadalupe Herrera Calvopiña, bajo mi supervisión.

Dr. César Izquierdo Mosquera MBA
DIRECTOR

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser mi fortaleza y mi guía por permitirme alcanzar uno de sus propósitos.

A la Escuela Politécnica Nacional que a través de sus profesores me permitieron nutrirme de sus conocimientos, de manera en especial al Dr. César Izquierdo Mosquera mi Director de tesis, quién me guó con sabiduría, paciencia y entrega.

A todas las personas que estuvieron a mi lado en los momentos más difíciles ellos fueron mi soporte y mi ayuda.

Nancy

DEDICATORIA

A mis hijos Sebastián Alejandro y Doménica Anahí, gracias por su comprensión y amor ustedes son mi inspiración quiero ser su ejemplo en todo momento y demostrarles que todo esfuerzo en la vida tiene su recompensa.

ÍNDICE

CAPÍTULO I	1
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROGRAMA.....	3
1.2 FORMULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	4
1.3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	4
1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO.....	5
1.4.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA.....	5
1.4.2 JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA.....	5
1.4.3 JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA.....	5
1.5 HIPÓTESIS.....	6
1.6 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	6
 CAPÍTULO II	 7
2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	7
2.1 MARCO TEÓRICO.....	7
2.1.1 CONCEPTO.....	7
2.1.2 HISTORIA DE LA TUBERCULOSIS.....	7
2.1.3 EPIDEMIOLOGÍA.....	10
2.1.4 TRANSMISIÓN.....	13
2.1.5 PATOGENIA.....	14
2.1.6 CLÍNICA.....	19
2.1.7 MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR...	20
2.1.8 MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR.....	21
2.1.8.1 TUBERCULOSIS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.....	21
2.1.8.2 TUBERCULOSIS EXTRAMENÍNGEA.....	22
2.1.8.3 LINFADENITIS TUBERCULOSA.....	22
2.1.8.4 TUBERCULOSIS GENITOURINARIA.....	24
2.1.8.5 TUBERCULOSIS OSTEOARTICULAR.....	25
2.1.8.6 TUBERCULOSIS GASTROINTESTINAL.....	26
2.1.8.7 PERITONITIS TUBERCULOSA.....	26
2.1.8.9 PERICARDITIS TUBERCULOSA.....	27
2.1.8.10 TUBERCULOSIS MILIAR.....	27
2.2 DEFINICIÓN DE CASO.....	28
2.2.1 IMPORTANCIA DE LA DEFINICIÓN DE CASOS.....	28
2.3 DEFINICIÓN DE CASOS POR LOCALIZACIÓN DE ENFERMEDAD Y RESULTADO DE LA BASILOSCOPIA DE ESPUTO Y/O CULTIVO.....	29
2.3.1 CASO DE TUBERCULOSIS PULMONAR BK(+)......	29
2.3.2 CASO DE TUBERCULOSIS PULMONAR BK(-)......	29
2.3.3 CASO DE TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR.....	29
2.3.4 CASO DE MENINGITIS TUBERCULOSA.....	29
2.4 DEFINICIÓN DE CASOS POR ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO.....	30
2.4.1 CASO NUEVO.....	30
2.4.2 RECAÍDA.....	30
2.4.3 ABANDONO RECUPERADO.....	30
2.4.4 FRACASO.....	30
2.5 TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS.....	30

2.6	MARCO CONCEPTUAL.....	32
CAPÍTULO III.....		
3.1	DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	34
3.2	DEFINICIONES OPERACIONALES.....	35
3.3	IDENTIFICACIÓN Y EXAMEN DEL SINTOMÁTICO RESPIRATORIO (SR).....	35
3.4	DIAGNÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS.....	36
3.5	INFORME DE RESULTADOS DE LAS BACILOSCOPIAS.....	36
3.6	TRATAMIENTO.....	36
3.7	CONTEXTO NACIONAL.....	38
3.7.1	NÚMERO DE CONSULTAS DE MAYORES DE 15 AÑOS ENTRE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS ESPERADOS E IDENTIFICADOS....	40
3.7.2	PORCENTAJE DE SINTOMÁTICOS EXAMINADOS/IDENTIFICADOS....	41
3.7.3	PORCENTAJE DE PACIENTES EXAMINADOS/PACIENTES BK+.....	42
3.7.4	CASOS NUEVOS SEGÚN FORMAS DE TUBERCULOSIS.....	43
3.7.5	CASOS NUEVOS DE BK+ SEGÚN EDAD Y GÉNERO.....	44
3.7.6	CASOS ANTES TRATADOS.....	45
3.7.7	PACIENTES VIH/SIDA/TUBERCULOSIS.....	46
3.7.8	PORCENTAJE DE PACIENTES DE SR A NIVEL NACIONAL.....	47
3.7.9	PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL 2008.....	48
3.8	CONTEXTO PROVINCIAL.....	50
3.8.1	NÚMERO DE CONSULTAS DE MAYORES DE 15 AÑOS ENTRE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS ESPERADOS E IDENTIFICADOS....	50
3.8.2	PORCENTAJE DE SINTOMÁTICOS EXAMINADOS/IDENTIFICADOS....	51
3.8.3	PORCENTAJE DE PACIENTES EXAMINADOS/PACIENTES BK+.....	52
3.8.4	CASOS NUEVOS SEGÚN FORMAS DE TUBERCULOSIS.....	53
3.8.5	CASOS NUEVOS DE BK+ SEGÚN EDAD Y GÉNERO.....	54
3.8.6	CASOS ANTES TRATADOS.....	55
3.8.7	PACIENTES VIH/SIDA/TUBERCULOSIS.....	56
3.9	DIAGNÓSTICO DEL ÁREA DE SALUD N° 2.....	57
3.9.1	MISIÓN.....	57
3.9.2	VISIÓN.....	57
3.9.3	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.....	58
3.9.4	ANÁLISIS FODA.....	58
3.9.4.1	FORTALEZAS.....	58
3.9.4.2	OORTUNIDADES.....	59
3.9.4.2	DEBILIDADES.....	60
3.9.4.2	AMENAZAS.....	61
3.9.5	VALORES DEL ÁREA DE SALUD N° 2.....	61
3.9.6	PRINCIPIOS DEL ÁREA DE SALUD N° 2.....	62
3.9.7	ANTECEDENTES.....	63
3.9.8	INFORMACIÓN GEOGRÁFICA.....	64
3.9.9	FACTORES CONTAMINANTES.....	65
3.9.10	FACTORES DE RIESGO.....	65
3.9.11	DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL ÁREA DE SALUD N° 2 “FRAY BARTOLOMÉ DE LAS CASAS”.....	65
3.9.11.1	CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN.....	65
3.9.11.2	CARACTERÍSTICAS SOCIALES.....	67
3.9.11.3	CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS Y OCUPACIONALES.....	68
3.9.11.4	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL ÁREA DE SALUD N° 2 AÑO 2007....	70
3.9.11.5	MORBILIDAD 2008.....	71
3.9.12	CALIDAD DE LA ATENCIÓN.....	72
3.9.12.1	HOLÍSTICA BIO PSICOSOCIAL E INTEGRADA.....	72
3.9.12.2	CONTINUIDAD.....	73
3.9.12.3	INTERNIVELES.....	73

3.9.12.4	INTEGRACIÓN.....	74
3.9.12.5	EFFECTIVIDAD Y EFICIENCIA.....	74
3.9.12.6	PERMANENCIA.....	74
3.9.12.7	FUNCIONES DEL PROMER NIVEL.....	75
3.9.12.8	CONTACTO CON LA COMUNIDAD.....	75
3.9.12.9	OFERTA DE SERVICIOS PAQUETE DE ACTIVIDADES.....	75
3.9.12.10	GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS. ACTIVIDADES.....	75
3.9.12.11	GESTIÓN DE MEDICAMENTOS.....	68
3.9.12.12	GESTIÓN ADMINISTRATIVA.....	69
3.10	ANÁLISIS DE LA PRODUCTIVIDAD DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN EL ÁREA DE SALUD N° 2 “FRAY BARTOLOMÉ E LAS CASAS”.....	78
CAPÍTULO IV.....		86
4.1	MARCO DE REFERENCIA.....	86
4.1.1	HISTORIA DE LA ADMINISTRACIÓN.....	86
4.1.2	PROCESO ADMINISTRATIVO.....	100
4.1.3.1	PLANIFICACIÓN.....	100
4.1.3.2	ORGANIZACIÓN.....	102
4.1.3.3	DIRECCIÓN.....	104
4.1.3.3	CONTROL.....	105
4.1.4	SISTEMAS DE INFORMACIÓN.....	105
4.1.4.1	DIMENSIONES DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN.....	107
4.1.4	CALIDAD.....	109
4.1.4.1	GESTIÓN DE LA CALIDAD.....	110
4.2	EL MODELO DE CONTROL GERENCIAL DEL PROGRAMA.....	110
4.2.1	INTRODUCCIÓN.....	110
4.2.2	PERTINENCIA DEL MODELO.....	113
4.2.3	ENFOQUE DEL MODELO.....	113
4.2.3.1	GESTIÓN DE LA CALIDAD SEGÚN NORMA ISO 9001 – 2008.....	116
4.2.3.2	GESTIÓN POR PROCESOS.....	117
4.2.3.3	EL BALANCED SCORECARD.....	118
4.2.4	ELEMENTOS BÁSICOS QUE DAN FORMA AL MODELO.....	121
CAPÍTULO V.....		124
5.1	DESARROLLO DEL MODELO.....	124
5.2	ETAPAS PARA DESARROLLAR EL MODELO.....	126
5.2.1	IDENTIFICAR PROBLEMAS Y PLANTEAR OBJETIVOS.....	127
5.2.2	DESARROLLAR MISIÓN, VALORES Y VISIÓN DEL PROGRAMA.....	131
5.2.3	DESARROLLAR EL MAPA ESTRATÉGICO.....	132
5.3	DESARROLLAR LA MATRIZ RESÚMEN DEL MODELO.....	157
5.3.1	INTEGRACIÓN DEL MODELO.....	159
5.3.2	ALINEACIÓN CON INICIATIVAS ESTRATÉGICAS.....	162
5.3.3	ESQUEMA DE SEGUIMIENTO INTEGRADO DEL MODELO.....	162
5.3.4	SOSTENIBILIDAD DEL MODELO.....	163
5.3.5	SISTEMAS DE INFORMACIÓN.....	163
5.3.6	MADUREZ DEL MODELO.....	164
5.4	IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO.....	168
5.5	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	169

1	Tratamiento de la tuberculosis.....	31
2	Número de consultas de mayores de 15 años entre sintomáticos respiratorios esperados e identificados nivel nacional.....	40
3	Porcentaje de sintomáticos examinados / identificados nivel nacional....	41
4	Porcentaje de pacientes examinados / pacientes BK + nivel nacional....	42
5	Casos nuevos según formas de tuberculosis nivel nacional.....	43
6	Casos nuevos de BK+ según edad y género nivel nacional.....	44
7	Casos antes tratados nivel nacional.....	45
8	Pacientes VIH/SIDA/TUBERCULOSIS por edad y género nivel nacional.	46
9	Porcentaje de pacientes respiratorios a nivel nacional.....	47
10	Principales causas de mortalidad general año 2008.....	49
11	Número de consultas de mayores de 15 años entre sintomáticos respiratorios esperados e identificados nivel provincial.....	50
12	Porcentaje de sintomáticos examinados / identificados nivel provincial..	51
13	Porcentaje de pacientes examinados / pacientes BK + nivel provincial...	52
14	Casos nuevos según formas de tuberculosis nivel provincial.....	53
15	Casos nuevos de BK+ según edad y género nivel provincial.....	54
16	Casos antes tratados nivel provincial.....	55
17	Pacientes VIH/SIDA/TUBERCULOSIS por edad y género nivel provincial.	56
18	Población por sexo Área de Salud N° 2.....	66
19	Características sociales Área de Salud N° 2.....	67
20	Características económicas y ocupacionales Área de Salud N° 2.....	68
21	Características económicas y ocupacionales PEA Área de Salud N° 2.....	69
22	Perfil epidemiológico del Área de Salud N° 2 – Año 2007.....	70
23	Morbilidad Área de Salud N° 2.....	71
24	Talento Humano Área de Salud N° 2.....	76
25	Proporción de sintomáticos respiratorios identificados 2002-2008.....	79
26	Proporción de SR examinados / SR identificados 2002-2008.....	80
27	Proporción de SR examinados / BK+.....	81
28	Número de baciloscopías por SR examinados.....	82
29	Número de baciloscopías discordantes.....	83
30	Número de casos de tuberculosis.....	84
29	Relación entre los tres enfoques de control de gestión.....	72
30	Relación entre los tres enfoques de control de gestión.....	114
31	Integración de los tres enfoques del modelo.....	124
32	Lineamientos de crecimiento y productividad.....	140
33	Matriz general de resultados y objetivos.....	141
34	Matriz de objetivos específicos priorizados.....	145
35	Indicadores para cumplimiento de objetivos estratégicos.....	149
36	Especificación de metas.....	153
37	Iniciativas personales.....	157
38	Matriz resumen del modelo de gestión.....	158
39	Matriz de agentes facilitadores al mapa estratégico.....	160
40	Matriz de monitoreo y evaluación de iniciativas.....	161
41	Alineación con iniciativas estratégicas.....	162
42	Matriz de conocimiento del modelo.....	165

ÍNDICE DE GRÁFICOS

1	Número de consultas de mayores de 15 años entre sintomáticos respiratorios esperados e identificados nivel nacional.....	40
2	Porcentaje de sintomáticos examinados / identificados nivel nacional.....	41
3	Porcentaje de pacientes examinados / pacientes BK + nivel nacional.....	42
4	Casos nuevos según formas de tuberculosis nivel nacional.....	43
5	Casos nuevos de BK+ según edad y género nivel nacional.....	44
6	Casos antes tratados nivel nacional.....	45
7	Pacientes VIH/SIDA/TUBERCULOSIS por edad y género nivel nacional.	46
8	Porcentaje de pacientes respiratorios a nivel nacional.....	48
9	Número de consultas de mayores de 15 años entre sintomáticos respiratorios esperados e identificados nivel provincial.....	50
10	Porcentaje de sintomáticos examinados / identificados nivel provincial....	51
11	Porcentaje de pacientes examinados / pacientes BK + nivel provincial....	52
12	Casos nuevos según formas de tuberculosis nivel provincial.....	53
13	Casos nuevos de BK+ según edad y género nivel provincial.....	54
14	Casos antes tratados nivel provincial.....	55
15	Pacientes VIH/SIDA/TUBERCULOSIS por edad y género nivel provincial.	56
16	Población por sexo Área de Salud N° 2.....	66
17	Características sociales Área de Salud N° 2.....	67
18	Características económicas y ocupacionales Área de Salud N° 2.....	68
19	Población económicamente activa PEA Área de Salud N° 2.....	69
20	Perfil epidemiológico del Área de Salud N° 2 – Año 2007.....	70
21	Proporción de sintomáticos respiratorios identificados 2002-2008.....	80
22	Proporción de SR examinados / SR identificados 2002-2008.....	81
23	Proporción de SR examinados / BK+.....	82
24	Número de baciloscopías por SR examinados.....	83
25	Porcentaje de discordancia de control baciloscopía.....	84
26	Número de casos de tuberculosis.....	85
27	Jerarquía de necesidades de Maslow.....	94
28	Dimensiones de los sistemas de información.....	108
29	Árbol del problemas.....	128
30	Relación causa-efecto.....	138

RESUMEN

El presente trabajo es una propuesta gerencial al programa de tuberculosis del Área de Salud N° 2 “FRAY BARTOLOME DE LAS CASAS”, donde los contenidos son elementos teóricos que serán de gran utilidad que irán encaminados a la búsqueda de un programa sólido donde se enfoca estrategias que optimizarán la calidad eficiencia, eficacia , dirigidas a los clientes internos y externos.

En el capítulo I contiene planteamiento del problema, objetivos que permitirán formular estrategias adecuadas para la toma de decisiones acertadas, logrando satisfacción a los clientes.

En el capítulo II se expone la fundamentación científica del desarrollo del Marco Teórico Conceptual, el mismo que se realizó mediante la revisión bibliográfica.

En el Capítulo III se presenta el análisis del diagnóstico situacional, el mismo que se encuentra enfocado en los diferentes contextos como el Nacional, Provincial, Local en el que se abordan aspectos sobre perfil epidemiológico de la población y análisis del programa de tuberculosis a Nivel Nacional , Provincial y local.

En el capítulo IV se abordan aspectos relacionados a la administración que surge como una respuesta para satisfacer las necesidades y fortalecer la calidad, eficacia y eficiencia del programa de tuberculosis.

En el capítulo V se encuentra el desarrollo del modelo gerencial, el mismo que se apoya en el balanced score card que es una herramienta metodológica que traduce la estrategia en un conjunto de medidas que permitirá definir y desarrollar estrategias con el fin de alcanzar objetivos a corto ,mediano y largo plazo.

ABSTRAC

This paper is a proposal for TB program management of the Health Area No. 2 "Fray Bartolome de las Casas, where the contents are theoretical elements which will be of great utility that will aim to seek a robust program of focus strategies efficiencies that will optimize the quality, effectiveness, targeting internal and external customers.

Chapter I contains the problem statement, goals that will develop appropriate strategies for making wise decisions, achieving customer satisfaction. In Chapter II presents the scientific basis for the development of theoretical and conceptual framework, the same was done through literature review.

In Chapter III presents the analysis of the situational analysis, the same that is focused in different contexts such as the National, Provincial, Local on the issues addressed on epidemiological profile of the population and analysis of the tuberculosis program at the National Level Provincial and local levels.

Chapter IV deals with issues relating to the administration that emerges as a response to meet the needs and strengthen the quality, effectiveness and efficiency of the TB program.

In Chapter V is the development of the managerial model, the same that rests in the balance score card is a methodological tool that translates the strategy into a package that will define and develop strategies to achieve objectives in the short, medium and long term.

PRESENTACIÓN

El modelo de gestión propuesto para el área de Salud No 2, es moderno y de calidad orientado a establecer parámetros que servirán de guía, donde se aplicara estrategias encaminadas a fortalecer, dar sostenibilidad al programa, brindando servicios de calidad.

La información que se presenta en los capítulos desarrollados fue realizada mediante la consulta bibliográfica, datos estadísticos nacionales, provinciales, locales, análisis de los mismos.

La información puede ser complementada para adaptarse a la realidad de cada establecimiento, que se aproveche como material de apoyo y que se use como norma de referencia de aquellos profesionales de Salud que brindan atención a pacientes con tuberculosis y coinfección TB/VIH.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCION

La tuberculosis sigue siendo, en este nuevo milenio, la enfermedad infecciosa más importante que existe en el mundo, a pesar de los esfuerzos que se han invertido para su control en la última década. Las alarmantes cifras de infectados, enfermos y muertos por esta vieja endemia obligan a realizar una profunda reflexión de lo que realmente está fallando en el control de una enfermedad curable desde hace más de 40 años y prevenible en la comunidad desde hace varias décadas.

En 1999 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estimó que en el mundo se produjeron 8.400.000 nuevos casos de enfermedad, como respuesta al gran desafío epidemiológico recomendaron que se intensificaran los esfuerzos para implementar una estrategia de lucha antituberculosa denominada “ESTRATEGIA DOTS” (directly, observed therapy, short course / tratamiento acortado directamente observado).

La Región de las Américas ha alcanzado importantes logros en el control de la Tuberculosis con la implementación exitosa de la estrategia DOTS/TAES lo cual ha permitido en algunos Países puedan alcanzar anticipadamente las metas del milenio Sin embargo, en el 2004 de acuerdo a estimaciones de la OMS, se

produjeron en la Región 370 mil nuevos casos y 53 mil muertos de tuberculosis, acaecidos especialmente en países pobres.

El Ecuador en el contexto de la Región de las América, se encuentra entre los nuevos países con la mayor carga de tuberculosis, los mismos que aportan el 75% del total de casos reportados (Haití, Bolivia, Perú, Ecuador, Mexico, Honduras, Nicaragua, República Dominicana).¹

En el transcurso de los últimos años se notificaron en el Ecuador 710.699 casos nuevos de tuberculosis de todas las formas con una tasa de incidencia de (60.69 % por 100.000 hbts), de los cuales 50.874 casos corresponden a la tuberculosis pulmonar Bk+ (TASA 43.06), 160.485 a la tuberculosis pulmonar Bk- (tasa13095), 3740 casos de tuberculosis extrapulmonar (Tasa 3.17) Y 600 casos de tuberculosis meníngea en menores de 5 años (tasa 0.51)².

Pese a los esfuerzos realizados en los últimos años, la tuberculosis sigue produciendo sufrimiento humano y pérdidas económicas, la OPS en colaboración con los países de la Región han decidido profundizar el control de la Tb con el fortalecimiento de la estrategia y la aplicación de nuevas iniciativas para detenerla y superar los nuevos retos producidos por la propagación del VIH/ sida, la multirresistencia, el incremento de inequidades, aumento de la población, y los movimientos migratorios.

¹ Organización Panamericana de la Salud, Plan Regional de tuberculosis 2006-2015, Washington, 2006.

² MSP, Manual de Normas y técnicas, métodos y procedimientos para el control de la tb, Ecuador, Junio, 2002 ,1era edición.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La tuberculosis es una enfermedad infecto contagiosa causada por el *Mycobacterium tuberculosis* que ataca a todos los órganos del cuerpo humano principalmente a los pulmones su persistencia endémica se debe al hacinamiento que facilita el contagio, la inadecuadas condiciones de vida, y su deficiente atención de salud, favorecen a la diseminación y el aumento el riesgo de enfermar y morir.

La Tuberculosis sigue siendo un importante problema de Salud Pública en el Ecuador, tanto por el impacto epidemiológico causado en la población más pobre y marginal, así como por los efectos sociales y económicos que impiden el desarrollo humano, familiar y de las comunidades que se ven atrapadas en círculos viciosos de enfermedad y pobreza. Esta enfermedad ocupa una de las causas principales de morbilidad y mortalidad que no respeta edad, género, etnia o credo, se estima que cerca de 9 millones de personas enferman anualmente de tuberculosis y cada enfermo transmitirá la infección a personas por año sino recibe el tratamiento adecuado.

En el Área de Salud N° 2 "FRAY BARTOLOME DE LAS CASAS" es parte del programa mundial de la lucha contra la tuberculosis, por tal razón nos vemos en la necesidad de buscar estrategias gerenciales que fortalecerán al programa en busca de mejores logros.

1.2 FORMULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

- ¿Será posible determinar la satisfacción del cliente externo con relación a la atención médica en el Área de Salud N°2?
- ¿Será posible contar con personal altamente capacitado?

- ¿Será posible desarrollar un plan de capacitación continua para el cliente externo?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar un sistema de control de gestión de la estrategia DOTS le permitirá al área de Salud N° 2 “FRAY BARTOLOME DE LAS CASAS”, mejorar la eficacia y eficiencia del programa de tuberculosis.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- El diseño de indicadores de eficiencia le permitirá al Área de Salud N° 2 conocer el nivel en la condición de egreso de los pacientes tratados.
- Diseñar un sistema de seguimiento y evaluación, manteniendo bajo control la gestión del programa de tuberculosis.
- La elaboración de nuevas herramientas de gestión como el Balanced Scorecard, normas ISO
- La elaboración de nuevas herramientas de gestión como el Balanced Scorecard, normas ISO 9001-2008 y el enfoque por procesos mejorar sustancialmente la gestión del problema y el logro de los indicadores definidos.

1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

1.4.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

La gerencia moderna que incorpora herramientas técnicas en los procesos de planificación, organización, gestión y evaluación apoyados por un fuerte liderazgo son de importancia crítica para que las organizaciones puedan crecer y desarrollarse física y económicamente con evolución positiva al futuro. Por lo tanto el proceso de crecimiento y desarrollo no están sencillo, ya que el ambiente de transformaciones continuas exige que la organización tenga una capacidad innovadora y adaptación constante.

Razón por la cual el presente estudio diseñara un modelo de evaluación y desempeño que contribuirá a cambiar los determinantes y condiciones que afectan la calidad del servicio brindado, buscando así calidad ,eficiencia, eficacia, para un mejor desarrollo institucional, para enfrentar los desafíos del ambiente y garantizar el logro de la misión del Programa.

1.4.2 JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Iniciaremos con un análisis y diagnóstico del programa mediante encuestas que permitan determinar factores que desencadenan a no alcanzar los objetivos propuestos del programa, luego jerarquizaremos e implementaremos estrategias de cambio.

1.4.3 JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

Este trabajo es un aporte temático al Área de Salud N° 2, "FRAY BARTOLOME DE LAS CASAS", el cual permitirá partir de una situación actual y de los elementos conceptuales, para fortalecer y cumplir los objetivos establecidos, aumentar el impacto sobre el programa, de manera se logrará satisfacer a los usuarios internos y externos.

Es de gran importancia que los eventos a vigilar sean precisos para facilitar el proceso de recolección de datos, que ayudaran a buscar estrategias de cambio.

1.5 HIPÓTESIS

- ¿Si se desarrolla un sistema de control de gestión de la estrategia DOTS de qué manera permitirá una mejorar eficacia y eficiencia del programa de tuberculosis?.
- ¿Si se diseña los indicadores de eficiencia nos permitirá conocer el nivel y condición de egreso de los pacientes tratados?
- ¿Si implementamos un sistema de seguimiento y evaluación mantendrá bajo control la gestión del programa de tuberculosis?
- ¿Si se aplica nuevas herramientas de gestión entonces mejorará la gestión del programa y el logro de indicadores definidos?

1.6 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Este estudio se desarrolla en el Área de Salud N° 2, se realizará revisiones bibliográficas, observación y análisis para poder sustentar el marco teórico, cumplir con los objetivos propuestos para alcanzar la efectividad del programa.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 CONCEPTO

La tuberculosis es una infección bacteriana crónica causada por *Mycobacterium Tuberculosis* también conocida como bacilo de Koch que histológicamente se caracteriza por la formación de granulomas, habitualmente, la enfermedad se localiza en los pulmones, pero puede afectar generalmente a cualquier órgano del cuerpo humano sin causar daño.

2.1.2 HISTORIA DE LA TUBERCULOSIS

La tuberculosis es una de las enfermedades más antigua que afectan a la especie humana. Las estimaciones le otorgan a *M. tuberculosis* una antigüedad de entre 15.300 a 20.400 años, la mayoría de los componentes de este género tiene sus Habilidad natural en el agua y en la tierra, el origen del mismo haya estado en el Medio ambiente.

Desde los tiempos de Hipócrates hasta mediados del siglo XIX ni siquiera se admitía la naturaleza infecciosa y contagiosa de la enfermedad (se consideraba

hereditaria), En el siglo XVII, aumentaron la recomendación del ejercicio y utilizándose, como en el resto de enfermedades, las nuevas sustancias medicamentosas que llegaban a Europa: quina, café, té, cacao e incluso, tabaco. Tan sólo hasta la última mitad del siglo XIX se empezó a aceptar la naturaleza infecciosa y transmisible de la Tb, con los trabajos de Villemin (1865) y, sobre todo, de Robert Koch.

Es por ello que la especie humana escasamente ha podido defenderse de esta terrible plaga a lo largo de su historia, la única opción que le quedó fue la enfermar y morir, y sólo hasta fechas muy recientes se ha podido aplicar medidas para poderla controlar en la comunidad. Fue Robert Koch el primero que empezó hablar de la posibilidad de controlar esta endemia, en el de 1882 demuestra que es una enfermedad infecciosa y transmisible, al utilizar una nueva técnica de tinción.

Dr. Koch, médico alemán no sólo consiguió aislar el bacilo que posteriormente llevaría su nombre, del esputo de los tuberculosos, sino también sugería tomar como principal medida aislar a los enfermos. Este fue el definitivo impulso que sirvió para que se de inicio a la “época sanatorial de la Tb”, donde recluían por largo tiempo a los enfermos en el sanatorio como la única medida eficaz para intentar curar la Tb. y controlar su dispersión en la comunidad.

En el siglo XVIII se comenzó a recomendarse al enfermo que se traslade al campo y realice un trabajo moderado. A la dieta se le continuaba prestando especial atención y la medicación en este período se ajustaba a la fase evolutiva de la enfermedad. En este estado inicial o inflamatorio se instauraba un tratamiento que consistía en sangrías, vómitos, purgantes y una dieta suave, mientras que en la fase “ulcerativa” la terapia consistía en bálsamos, expectorantes y opio.

En el siglo XIX, la práctica de la sangría aumentó, donde se introdujo la sanguijuela como tratamiento de la Tb , algunos se opusieron a este tratamiento, ya que opinaban que la sangría no podía prevenir la formación de tubérculos ni curarlos cuando hubieran aparecido, esta terapia continuó por años.

En el siglo XIX y a mediados del siglo XX, se refuerzan los sanatorios con fisiólogos donde los que apoyaban que la tisis se debía a una incapacidad del corazón para hacer circular la sangre por los pulmones, lo que favorecía el depósito de los tubérculos. Por eso se pensaba que los sanatorios construidos en la altura con disminución de la presión atmosférica, haría aumentar la función cardiaca y con ello la circulación pulmonar. Estas teorías tenían un sustento epidemiológico, que evidenciaba que las comunidades que vivían en la altura padecían mucho menos de Tb. Estadísticas daban que de 1200 enfermos tratados en el sanatorio de Durtol el 39% de curaciones totales.³

Otro período importante en el tratamiento de la Tb fue el que utilizó múltiples procedimientos quirúrgicos para intentar vencer la enfermedad, donde pensaban que el pulmón colapsaba espontáneamente la enfermedad se curaba con facilidad. No existe adecuados estudios que hayan evaluado el impacto que pudieron tener estas prácticas lo que es cierto que la mortalidad y morbilidad incrementaron, recordando que en estos tiempos a la anestesia general estaba muy poco desarrollada y la gran mayoría de estos procedimientos los había que realizar con anestesia local.

El destino de la tuberculosis cambia radicalmente con la llegada de los antibióticos que se descubrían se probaban para la Tb, la sulfanilamida (1938) fue la primera sulfamidas que se utilizó frente a la Tb sin conseguir resultados, lo mismo

³ Caminero José, *Guía de la tuberculosis para médicos especialistas, Unión Internacional contra la tuberculosis y Enfermedades Respiratorias*, París – Francia 2003.

sucedió con algunas sulfamidas más complejas como la promina (1943) o con la penicilina que Alexander Fleming empezó a utilizar en la clínica en 1941. Todo comienza a cambiar con el descubrimiento de la estreptomina (S) por Waksman y Schatz en 1943 y su uso en la Tb humana 1944, luego investigan otros en las décadas posteriores que consiguieron que la Tuberculosis sea una enfermedad curable desde mediados de la década de los 50 donde se inicia la quimioterapia.

Los países que desde entonces aplicaron tratamientos adecuados en la mayoría de los enfermos, se consiguió influir sobre la endemia, obteniendo un descenso anual del 7-9% del riesgo de la infección hasta mediados de los 80, en los que la irrupción del sida, la inmigración desde los países en que la enfermedad es muy prevalente, la formación de bolsas de pobreza y situaciones de hacinamiento, el impacto en los adictos a drogas vía parenteral, junto con la escasez de recursos sanitarios, han hecho que la tuberculosis sea un problema creciente, con la adquisición y propagación epidémica de nuevos casos.

2.1.3 EPIDEMIOLOGÍA

El Dr. Gustavo Londoño⁴ define la epidemiología como "...la ciencia que estudia la distribución y determinación de los fenómenos relacionados con la salud y enfermedad en la población humana".

Es fundamental para el ejercicio de la medicina clínica y práctica de la Salud pública. Los métodos epidemiológicos aportan herramientas necesarias para realizar investigación de la etiología de las enfermedades, desenlaces clínicos, prevención,

⁴ Londoño Gustavo Dr., Galán Moreira Ricardo Dr. *Administración Hospitalaria*, Bogotá 1997, página 67-68.

métodos de diagnóstico, tratamiento, perfiles de riesgo de individuos y poblaciones para efectos de lo anterior, se emplean conocimientos y técnicas bioestadísticas, análisis de datos, análisis de decisión y sistema de información. El propósito de la epidemiología es el de identificar las causas de la enfermedad susceptibles de cambio, de tal manera que permita después prevenirla.

Actualmente la epidemiología ocupa un lugar importante como ciencia básica de la medicina clínica logrando incorporar el método científico a la práctica médica, es un enfoque cuantitativo y global de la misma, que integra otras ciencias y disciplinas como la economía administración, salud pública, salud ocupacional, psicología, matemáticas, estadísticas, etc.

Finalmente, la alta calidad de la metodología de investigación y la validez de los resultados para la asistencia en salud, con el fin de lograr mejores servicios. Los epidemiólogos reconocen tres niveles de prevención (primaria, secundaria, y terciaria) que corresponden a las diferentes etapas del desarrollo de la enfermedad.

Prevención primaria, el propósito es el de prevenir la enfermedad antes de que se desarrolle, controlando las causas y los factores de riesgo.

Prevención secundaria, intenta reducir las consecuencias más serias de las enfermedades mediante diagnósticos tempranos y tratamientos para detectar anticipadamente las enfermedades, “con lleva a una intervención rápida y efectiva para corregir las desviaciones de una buena Salud” CITA rojas, r. Armijo. Epidemiología básica en atención primaria, ed,Días de Santos, S.A, 1994 .pp .295

Prevención terciaria, se inclina a la reducción del proceso o la complicación de la enfermedad establecida.

La epidemiología descriptiva relata los eventos a estudiar, en este caso infecciones nosocomiales, a partir de tres parámetros: tiempo, lugar y persona,

Tiempo: responder en qué momento y porqué periodo ocurre alguna infección resulta imprescindible para estudiarla y comprenderlas diferentes referencias de tiempo que han de considerarse.

Lugar: por lugar entendemos el sitio en donde el paciente estaba al momento de diagnosticarse.

Persona: entendemos a quien se le ocurrió determinada complicación, cuales son sus características y con quienes las comparte, así las características de las personas deberán ser descritas con detalles. La edad, sexo, raza, estado, nutricional, sus hábitos, ocupación y su condición social.

La Tuberculosis supone un auténtico problema de Salud Pública, tanto a nivel nacional como mundial, por lo que quizá merezca la pena detenerse a analizar su situación epidemiológica actual. Aproximadamente un tercio de la población mundial está infectado por *M. tuberculosis* según las estimaciones disponibles, en 1995 se registraron mundialmente unos nueve millones de casos nuevos de tuberculosis y tres millones de defunciones por esa causa.

M. tuberculosis causa la muerte de más personas que cualquier otro agente infeccioso, las defunciones por tuberculosis representa el 25 por ciento de todo la mortalidad evitable en los países en desarrollo, donde se registra el 95 por ciento de los casos y el 98 por ciento de los fallecimientos causados por esta Enfermedad; EL 75 por ciento de los casos se sitúa en el grupo de edad Económicamente productiva (15-50 años).

Los últimos datos facilitados por la Organización, pertenecientes al año 1997, se estima que la prevalencia de infección en el mundo era del 32 por ciento de la población alrededor de 1.870.000 personas murieron de tuberculosis, con una mortalidad global del 23 por ciento, aunque sobrepasa el 50 por ciento en algunos países africanos donde la coinfección por VIH es muy alta.⁵

2.1.4 TRANSMISIÓN

La tuberculosis es transmitida de persona a persona principalmente por vías respiratorias, a través de la gotitas de Pfluge. Los bacilos tuberculosos en número de 1 a 3 forman los núcleos de estas pequeñas gotitas, lo suficientemente pequeñas (1-5 micras de diámetro) como para evaporarse y permanecer suspendidas en el aire varias horas. Las partículas de mayor tamaño, aunque tengan mayor número de bacilos, son menos contagiosas, pues caen por gravedad, o en el caso de ser inhaladas son eliminadas por el sistema mucociliar y la tos.

Su multiplicación es muy lenta (14-24 horas) y ante circunstancias metabólicas adversas, entra en un estado latente o durmiente, pudiendo llegar a demorar su multiplicación desde varios días hasta muchos años. Estas condiciones le han ayudado claramente a subsistir en la especie humana. La posibilidad de que la enfermedad se transmita depende de cuatro factores:

- Las características del enfermo.
- El entorno del enfermo.
- La duración de la exposición.

⁵ Organización Panamericana de la Salud, Plan Regional de la tuberculosis 2006-2015, Washington 2006.

- La susceptibilidad del receptor.⁶

2.1.5 PATOGENIA

Cuando una persona inhala esas partículas suspendidas en el aire, lo suficientemente pequeñas como para llegar a los alvéolos, comienza la infección. Es difícil establecer cuántos bacilos se necesitan para producir infección, pero se estima que entre 5 y 200. Una vez en los alvéolos, los bacilos son fagocitados por los macrófagos alveolares no activados (Estadio I de la patogenia), donde se multiplican y producen la liberación de citoquinas que, a su vez, atraerán a más macrófagos y monocitos que de nuevo fagocitarán los bacilos. Se produce una acumulación de monocitos y bacilos intracelulares (Estadio II o estado de simbiosis), también posterior necrosis tisular y de los macrófagos (Necrosis caseosa, Estadio III) hace que se cree un medio desfavorable para la multiplicación de los bacilos. Esto se produce alrededor de la tercera semana.

Con la sensibilización de los linfocitos CD4 se produce una reacción inmunológica tipo TH1 con liberación de linfoquinas que activan los macrófagos, capaces de la destrucción del bacilo. Este fenómeno dará lugar a la formación de los granulomas que caracterizan histológicamente a la enfermedad (Estadio IV). Si la secuencia en la patogenia continúa y se produce la licuefacción del material (Estadio V) y éste drena a la vía aérea, se producirá la cavitación. En este medio los macrófagos activados son ineficaces, por lo que se crean unas condiciones idóneas para la multiplicación extracelular de los bacilos.

Este foco primario casi siempre es subpleural, y localizado en la región media del pulmón (zona inferior de los lóbulos superiores y superior de los lóbulos

⁶ www.who.int/mediatcenter/factsheets/fs1047es/index.html

inferior y medio), donde el flujo aéreo mayor facilita el que se depositen esos bacilos inhalados.

Volviendo al inicio de la secuencia (Estadio I), parte de esos macrófagos alveolares pueden alcanzar vía linfática los ganglios regionales, y desde aquí, vía hematógena, al resto del organismo. No se sabe muy bien por qué causas, existen zonas del organismo que favorecen la retención y multiplicación de los bacilos: riñones, epífisis de los huesos largos, cuerpos vertebrales, áreas meníngeas cercanas al espacio subaracnoideo y, sobre todo, las zonas apicales posteriores del pulmón. En estas zonas se producen focos de multiplicación hasta que 2 a 10 semanas después de la primoinfección el sistema inmune detiene esta multiplicación y previene una futura diseminación estas zonas podrán ser en el futuro focos de posible reactivación.⁷

La infección puede progresar a enfermedad rápidamente, años después, o nunca. En los individuos inmunocompetentes infectados, el 5 por ciento desarrollará la enfermedad en los dos años siguientes a la primoinfección. Otro 5 por ciento la desarrollará más tarde. Es decir, el 10 por ciento de los infectados desarrollará enfermedad en algún momento de su vida. El otro 90 por ciento permanecerá libre de enfermedad.

Un tema debatido es el grado de protección que el sistema inmune proporciona una vez desarrollada esa respuesta celular frente a posibles nuevas reinfecciones. Evidencias clínicas y de laboratorio indican que la enfermedad producida por la inhalación de una segunda cepa es difícil, pero va a depender del riesgo de re exposición, de la intensidad de ésta, y de la integridad del sistema

⁷ Caminero, Luna José, Guía de la tuberculosis para Médicos Especialistas, París – Francia 2003

inmune de la persona. Así, en un estudio llevado a cabo en Sudáfrica y publicado en el New England en 1999, se demostró, mediante técnicas de epidemiología molecular, que en zonas de gran incidencia la reexposición a una segunda cepa es una causa importante de enfermedad tras la curación de un primer episodio. Algunas situaciones médicas aumentan el riesgo de que la infección progrese a enfermedad, pero no todas en la misma medida. Así, por ejemplo, la diabetes aumenta 3 veces el riesgo, la silicosis 30 veces, la infección por VIH más de 100 veces, y en fase de sida, hasta 170 veces.⁸

Algunas de estas circunstancias son:

- Infección por VIH-SIDA
- Adicción a drogas, especialmente por vía parenteral
- Infección reciente (en los dos años previos)
- Hallazgos radiológicos sugestivos de TB previa
- Diabetes Mellitus
- Silicosis
- Terapia prolongada con corticoides
- Otras terapias inmunosupresoras
- Cáncer de cabeza y cuello
- Enfermedades hematológicas y del Sistema reticuloendotelial (ej. leucemia y enfermedad de Hodgkin)
- Insuficiencia renal crónica
- Gastrectomía
- Síndromes de mal absorción crónica

⁸ Caminero, Luna José, Guía de la tuberculosis para médicos Especialistas, Unión Internacional contra la tuberculosis y Enfermedades respiratorias, Paris- Francia 2003

- Bajo peso corporal (10 por ciento o más por debajo del peso ideal)

Haciendo mención a la importancia del VIH en relación a la tuberculosis, hay que señalar que una persona infectada con ambos microorganismos tendrá un riesgo anual del 10 por ciento de desarrollar tuberculosis (recuerda, el mismo que un inmunocompetente en toda su vida). La mayor incidencia de tuberculosis en los enfermos con infección por VIH es una consecuencia de las alteraciones de la inmunidad celular que padecen estos pacientes. Además, se ha demostrado una disminución progresiva de la respuesta proliferativa de los linfocitos T a la estimulación con PPD y de la actividad citolítica mediada por las células T. No parece, por otro lado, que la infección concomitante de los macrófagos por el VIH y por *M. tuberculosis* contribuya a esta mayor frecuencia de infecciones.

En cuanto a la edad, los tres períodos de la vida asociados con más riesgo de progresión a enfermedad son la infancia (sobre todo los dos primeros años de vida), la década comprendida entre los 15 y los 25 años y la edad avanzada. Además del efecto notable que la infección por el VIH tiene en la epidemiología y patogenia de la tuberculosis, hay que mencionar también la influencia que la infección y la enfermedad tuberculosa tienen sobre la historia natural de la infección por el VIH. Casi todos los estudios que se han realizado en este sentido, demuestran que la tuberculosis activa acelera la progresión de la infección por el VIH y acorta la supervivencia de las personas que la sufren.

La carga viral plasmática aumenta entre 5 y 160 veces, y el recuento de linfocitos CD4 disminuye a una velocidad 5 veces mayor que en los enfermos VIH-positivos sin tuberculosis. Se ha confirmado que la administración de profilaxis con

isoniacida a personas coinfectadas retrasa el desarrollo de infecciones oportunistas y aumenta la supervivencia al evitar que desarrollen tuberculosis.

En estudios de laboratorio se ha corroborado esta observación clínica al demostrarse que la tuberculosis produce una liberación de citoquinas que aumentan la replicación del VIH.

Los pulmones son los órganos más frecuentemente afectados por la tuberculosis. Así, el 85 por ciento de los casos son pulmonares. Sin embargo, como hemos dicho, la tuberculosis es una enfermedad sistémica, y puede afectar a numerosos órganos de la economía. El derrame pleural puede ocurrir en cualquier momento después de la primoinfección. La liberación de una pequeña cantidad de proteínas de los bacilos, material antigénico, desde un foco parenquimatoso subpleural al espacio pleural produce una reacción inflamatoria con la acumulación de un exudado. La tuberculosis miliar se produce cuando un foco necrótico erosiona un vaso sanguíneo, y una gran cantidad de bacilos entra en el torrente circulatorio en un breve espacio de tiempo, diseminándose a numerosos órganos. La ruptura de un foco necrótico directamente al espacio subaracnoideo producirá la meningitis.

El hueso y la articulación subyacente pueden afectarse conjuntamente, afectar a otro hueso (es el ejemplo de la afectación vertebral en la tuberculosis, en la que suelen verse implicadas dos vértebras adyacentes, a diferencia de lo que suele observarse en la afectación, por ejemplo, tumoral), y extenderse a los tejidos blandos adyacentes produciendo abscesos. La afectación renal suele producirse cuando un foco cortical necrótico drena en el sistema colector, pudiendo afectar de forma secundaria a la médula renal, uréter y vejiga.

La infección del tracto genital femenino es casi siempre vía hematógica, mientras que el masculino puede serlo también a través de la orina. La historia natural de la tuberculosis, una vez desarrollada, es conocida por la evolución que se observaba en la era pre-quimioterapia: el 50 por ciento de los enfermos moría en los 5 años siguientes, un 30 por ciento se curaba, y un 20 por ciento se convertían en enfermos crónicos⁹.

Con la introducción de la quimioterapia efectiva esta historia natural ha sido modificada de forma drástica. Con la realización de un tratamiento correcto las posibilidades de curación son altísimas, y se debe aspirar a menos de un 5 por ciento de mortalidad. Pero cuando estos tratamientos se llevan a cabo de forma incorrecta, aunque reducen la mortalidad, el resultado puede ser un número importante de casos crónicos con capacidad de infectar, y con cepas con resistencias secundarias.¹⁰

2.1.6 CLÍNICA

Dado su carácter de enfermedad sistémica, los signos y síntomas del enfermo pueden ser de predominio sistémico, predominar la sintomatología pulmonar, los signos y síntomas de otro órgano afectado, o ser una combinación de todos ellos. La enfermedad temprana puede ser asintomática, y detectarse debido a una historia de exposición, por la presencia de una reacción a la prueba de la tuberculina positiva y una imagen radiológica patológica. Pero cuando la población bacilar es significativa se va a producir una reacción sistémica, con síntomas inespecíficos como fiebre (primordialmente vespertina), escalofríos, astenia, pérdida

⁹ Caminero J A , Medina M V, Rodríguez de Castro Tuberculosis y otras micobacteriosis ,EDIMPSA , 1998

¹⁰ Sauret J. La tuberculosis a través de la historia, Madrid, RATMA Ed.SL, 1990.

de apetito, disminución de peso y sudación nocturna que, característicamente, afecta más a la parte superior del cuerpo.

La instauración de los síntomas es gradual. Por ello a veces son bien tolerados por el enfermo y pueden pasar en principio inadvertidos, o son atribuidos a otra causa, como el exceso de trabajo. Otras veces se presenta como fiebre de origen desconocido, en cuyo diagnóstico diferencial siempre ha de ser incluida, y sólo se llega a esclarecer tras extensos y repetidos estudios. Menos frecuente, pero posible, es la presentación como un síndrome pseudogripal, con fiebre aguda y escalofríos, y el enfermo no consulta hasta que los síntomas no se resuelven como sería de esperar. El eritema nudoso puede aparecer con este inicio agudo.

2.1.7 MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

La tuberculosis pulmonar suele presentarse habitualmente con tos productiva de larga evolución, (generalmente el enfermo consulta cuando lleva más de tres semanas tosiendo). Éste es el principal síntoma respiratorio. El esputo suele ser escaso y no purulento. Además, puede existir dolor torácico, y en ocasiones hemoptisis. Ésta última, aunque suele reducirse a esputo hemoptoico o hemoptisis leve, es indicativa de enfermedad avanzada. La hemoptisis grave, como consecuencia de la erosión de una arteria pulmonar por una cavidad (aneurisma de Rasmussen), y que era descrita en los libros clásicos como una complicación terminal en la era pre-antibiótica, es hoy muy rara. Otra causa de hemoptisis es la sobreinfección por aspergillus (aspergiloma) de una caverna tuberculosa crónica, en cuyo caso el sangrado se produce sin que haya actividad del proceso tuberculoso.

La pleuritis tuberculosa suele presentarse generalmente de forma unilateral, y puede asociarse a dolor pleurítico agudo o recurrente. Generalmente, los síntomas sistémicos no son muy floridos, aunque se puede presentar como una enfermedad febril aguda. En otras ocasiones es asintomática. En zonas de alta incidencia se presenta, sobre todo, en adolescentes y adultos jóvenes sin signos de afectación pulmonar. El pronóstico a corto plazo es excelente, con una remisión completa en el 90 por ciento de los casos en unos meses. Pero sin tratamiento recidivaría en el 65 por ciento de los casos en 5 años. En zona de más baja incidencia, un número alto de casos se presenta en enfermos mayores con afectación parenquimatosa concomitante. El derrame suele ser un exudado. El recuento de células suele estar entre 500 y 2.500, de predominio linfocítico, aunque hasta en un 15 por ciento puede predominar los polimorfonucleares. En punciones repetidas se observa un desplazamiento hacia las linfocitos. El ph suele ser de 7,3 o menos.

La elevación de los niveles de adenosin deaminasa (ADA) en el líquido pleural tiene su utilidad diagnóstica. Cifras mayores de 40 UI tienen una sensibilidad y una especificidad muy altas. La baciloscopia raramente es positiva, y el cultivo será positivo en un 25 por ciento de los casos. La biopsia pleural puede demostrar granulomas en un 75 por ciento de las muestras. Con el tratamiento tuberculostático raramente es necesario recurrir a toracocentesis repetidas para su curación.¹¹

2.1.8 MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR

¹¹ Casal M. Microbiología clínica de las enfermedades por micro bacterias. Córdoba: Ed. Universidad de Córdoba, 1991.

2.1.8.1 Tuberculosis del sistema nervioso central

La alteración del comportamiento, la cefalea y las convulsiones son, a menudo, los síntomas de la meningitis tuberculosa. Pero el espectro clínico es muy amplio, y varía desde cefaleas crónicas o alteraciones sutiles del comportamiento, hasta una meningitis aguda que puede progresar rápidamente al coma. La fiebre puede estar ausente. En las tres cuartas partes de los casos habrá evidencia de tuberculosis meníngea.

2.1.8.2 Tuberculosis extrameníngea

La afectación meníngea es más importante a nivel de la base del cerebro, por lo que pueden verse afectados los pares craneales. Igualmente, puede haber vasculitis de las arterias focales que pueden dar lugar a aneurismas e infartos hemorrágicos locales. La afectación de los vasos perforantes de los ganglios basales y de la protuberancia dará lugar a alteración de los movimientos e infartos lacunares. Cuando se comprometen las ramas de la arteria cerebral media puede existir una hemiparesia o hemiplejía.

La meningitis es frecuente en los niños pequeños como una complicación temprana de una primoinfección, pero puede verse en cualquier grupo de edad. El LCR se caracteriza por un contenido bajo de glucosa, proteínas elevadas, aumento del número de células (de predominio mononuclear) y el no crecimiento de los patógenos habituales productores de meningitis. No siempre va a existir una prueba del Mantoux positiva.

2.1.8.3 Linfadenitis tuberculosa

Es la forma más frecuente de tuberculosis extrapulmonar. Puede afectar a cualquier ganglio linfático del organismo. La afectación de ganglios periféricos en enfermos inmunocompetentes va a ser generalmente unilateral y principalmente en la región cervical, sobre todo, los ganglios del borde superior del músculo esternocleidomastoideo. Suele manifestarse como una masa indolora eritematosa de consistencia firme. Los niños, a menudo, presentan una infección primaria concomitante, pero en adultos generalmente no existen indicios de tuberculosis extraganglionar ni síntomas sistémicos. A veces puede ocurrir un drenaje espontáneo.

La existencia de linfadenopatías en otros lugares del organismo fuera de la región cervical suele asociarse a formas más graves de tuberculosis, con síntomas sistémicos. En adultos, la linfadenitis granulomatosa es casi siempre producida por *M. tuberculosis*; en niños, especialmente en menores de 5 años, las micobacterias no tuberculosas son más frecuentes. El PPD suele ser positivo. El material para las tinciones y cultivos se puede obtener a través de punción-aspiración con aguja fina, aunque la biopsia tiene un mayor rendimiento. Las linfadenopatías hiliares o mediastínicas, o ambas, se presentan más frecuentemente poco después de la infección primaria en los niños, pero también, aunque más raramente, se pueden observar en algunos adultos. Por el contrario en enfermos VIH con tuberculosis son hallazgos frecuentes. Suele afectar a varios ganglios linfáticos que se fusionen para formar masas mediastínicas voluminosas que en la tomografía axial computarizada se verán con centros hipodensos y realce periférico tras la inyección del contraste.

Laringitis tuberculosa, La ronquera, el dolor de garganta o ambos, son los signos que suelen llevar al enfermo a consultar. En la era pre antibiótica solía ser una forma secundaria a una tuberculosis pulmonar extensa por la siembra de la mucosa durante las amígdalas y boca, y frecuentemente afectando al oído medio. Hoy en día más de la mitad de los casos se deben a siembra hematogena. Esta forma de tuberculosis es muy contagiosa. Responde bien a la quimioterapia y tiene un pronóstico favorable.¹²

2.1.8.4 Tuberculosis genitourinaria

El riñón es uno de los órganos más frecuentemente afectados por la tuberculosis el 25 por ciento de los casos de tuberculosis miliar van a presentar urocultivos positivos. Igualmente, en un 5-10 por ciento de pacientes con tuberculosis pulmonar que por lo demás no presentan sintomatología urinaria e incluso tienen pielografía normal, los urocultivos son positivos. Esta cifra es aún más alta en los enfermos VIH.

La presencia de focos corticales asintomáticos es frecuente en todos los casos de tuberculosis afecta sobre todo a adultos de mediana edad. El hallazgo típico es la piuria estéril, pero en ocasiones se presentan infecciones urinarias recurrentes con el crecimiento de bacterias típicas en los urocultivos llevando a la confusión en el diagnóstico durante mucho tiempo.

La pielografía intravenosa suele ser anormal, con hallazgos inespecíficos en un principio. Posteriormente, se suele observar necrosis papilar, estenosis ureterales, hidronefrosis, cavitación del parénquima y, en ocasiones,

¹² Uiz Manzano J, Monterola J, M Austina V. Saare J. Nomenclatura y clasificación microbacterias, 1998, página 154,155.

autonefrectomía. El rendimiento diagnóstico del cultivo de tres muestras de orina (primera micción de la mañana, de tres días diferentes) se sitúa entre el 80 y el 90 por ciento. La tuberculosis genital en los hombres se asocia en un 80 por ciento de los casos con afectación también renal, de forma que sería secundaria a ésta. Puede haber afectación de la próstata, las vesículas seminales, el epidídimo y los testículos. Puede manifestarse como una lesión ocupante del escroto que a veces es dolorosa, o como un tracto fistuloso de drenaje. En ocasiones, el hallazgo de calcificaciones en el epidídimo o en la próstata da la pista para pensar en ella. Suele tener una buena respuesta al tratamiento. En el sexo femenino va a estar afectado el endometrio en un 50 por ciento de los casos, los ovarios en un 30 por ciento, y el cuello uterino en un 5-15 por ciento puede manifestarse como infertilidad.

2.1.8.5 Tuberculosis osteoarticular

Entre un 25 y un 50 por ciento de los casos de tuberculosis esquelética van a afectar a la columna vertebral. Es la denominada espondilitis tuberculosa o enfermedad de Pott. El síntoma más común es el dolor local que aumenta en intensidad a lo largo de semanas o meses, a veces acompañado de rigidez muscular. Los síntomas constitucionales están presentes en menos del 40 por ciento de los casos.

Esto provoca una cifosis, generalmente sin escoliosis aproximadamente, la mitad de los enfermos presenta algún grado de debilidad o parálisis en las extremidades inferiores, incluso después de iniciado el tratamiento. Esto se puede deber más a fenómenos de aracnoiditis y vasculitis que a una invasión de la médula por una masa inflamatoria afecta, principalmente, a la columna dorsal inferior,

siguiendo en frecuencia la zona lumbar. Se desarrollan abscesos fríos para espinales en un 50 por ciento de los casos, a veces sólo visibles con TAC o RMN, que en ocasiones por presión pueden disecar los planos tisulares y manifestarse como lesiones ocupantes en el espacio supraclavicular por arriba, o en la región de la cresta ilíaca o la ingle. Salvo estas complicaciones, o que sean grandes, se resuelven con la quimioterapia sin necesidad de ser drenados.

La cirugía puede ser necesaria en caso de inestabilidad de la columna o afectación neurológica. La tuberculosis osteoarticular periférica afecta sobre todo a las grandes articulaciones que soportan peso, principalmente, cadera y rodilla, pero puede afectar literalmente a cualquier hueso del organismo. Se suele manifestar inicialmente como dolor semanas o meses antes de que aparezca la inflamación y las alteraciones radiológicas. En ausencia de manifestaciones extra articulares, el diagnóstico va a requerir la biopsia. En estadios iniciales responde bien a la quimioterapia y la inmovilización.

2.1.8.6 Tuberculosis gastrointestinal

Puede afectar a cualquier parte del tracto digestivo desde la boca al ano. Suele aparecer como consecuencia de la deglución de secreciones respiratorias. Sin diagnóstico se lleva a cabo como consecuencia de una laparotomía exploradora. El área más frecuentemente afectada es la ileocecal, y se manifiesta con diarrea, anorexia, obstrucción y a veces hemorragia. A menudo hay una masa ocupante palpable. En su diagnóstico, a veces, se confundirá con el carcinoma y con la enfermedad inflamatoria intestinal. La tuberculosis es la causa más frecuente de hepatitis granulomatosa.

2.1.8.7 Peritonitis tuberculosa

Es consecuencia de la diseminación desde un foco tuberculoso vecino, como un ganglio mesentérico, tuberculosis gastrointestinal, un foco genitourinario, o de la diseminación de una tuberculosis miliar. La presentación suele ser insidiosa y a veces se confunde con la cirrosis hepática en los enfermos alcohólicos. Puede haber ascitis, fiebre, dolor abdominal y pérdida de peso a veces se palpa una masa abdominal.

Menos frecuentemente se presenta de forma aguda simulando una peritonitis aguda bacteriana. El líquido suele ser un exudado que, por lo general, contiene entre 500 y 2.000 células de predominio linfocítico. La tinción raramente es positiva, y los cultivos sólo son positivos en el 25 por ciento de los casos (el rendimiento aumenta remitiendo al laboratorio gran cantidad de líquido).

2.1.8.9 Pericarditis tuberculosa

Es una afectación poco común, pero dada su gravedad, es necesario un diagnóstico y tratamiento precoz. La mayoría de los pacientes tienen afectación pulmonar extensa, y suele haber pleuritis concomitante. El origen puede estar en un foco contiguo de infección como los ganglios linfáticos mediastínicos o hiliares.

La instauración de la clínica puede ser brusca, semejante a la de una pericarditis aguda, o solapada como una insuficiencia cardíaca congestiva. La ecografía muestra la presencia de derrame y puede mostrar loculaciones múltiples sugestivas de tuberculosis. En caso de compromiso hemodinámico puede estar indicada la pericardiocentesis. Si el cuadro no mejora en 2-3 semanas es posible

crear una ventana pericárdica subxifoidea. Aparte del tratamiento quimioterápico, la utilización de corticoides a altas dosis puede estar indicada, asociándose a una reducción de la mortalidad.

2.1.8.10 Tuberculosis miliar

La tuberculosis miliar aguda en la época pre antibiótica era con frecuencia una consecuencia temprana de la primoinfección en los niños, o menos frecuentemente en los adultos jóvenes. Se presenta como una enfermedad aguda o subaguda severa, con fiebre alta intermitente, sudoración nocturna y en ocasiones temblores.

En dos terceras partes habrá manifestaciones tales como derrame pleural, peritonitis o meningitis. La detección de un infiltrado miliar en la radiografía de tórax es el hallazgo de mayor utilidad diagnóstica y la razón que muchas veces hace sospechar la tuberculosis miliar.

2.2 DEFINICIÓN DE CASO

De acuerdo al Ministerio de Salud Pública¹³ los casos se definen de la siguiente manera:

2.2.1 IMPORTANCIA DE LA DEFINICIÓN DE CASOS

La definición de caso se aplica con la finalidad:

- Efectuar en forma apropiada el registro de pacientes y la notificación del caso.
- Distribuir los casos en categorías de tratamiento.

¹³ Ministerio de Salud Pública, *Métodos y Procedimientos y Técnicas para el Control de la Tuberculosis*, sin editorial, Quito, 2009

- Evaluar las tendencias de los porcentajes de casos nuevos con baciloscopias positivas, recaídas con baciloscopia positivas y otros casos que requieren re tratamiento.

Caso de tuberculosis es toda persona a la que se le diagnóstica tuberculosis, con o sin confirmación bacteriológica, y a quien se indica e inicia tratamiento antituberculoso.

2.3 DEFINICIÓN DE CASOS POR LOCALIZACIÓN DE ENFERMEDAD Y RESULTADO DE LA BACILOSCOPIA DE ESPUTO Y/O CULTIVO

2.3.1 CASO DE TUBERCULOSIS PULMONAR BK(+)

Se considera caso de tuberculosis pulmonar Bk (+) cuando los resultados de una o más baciloscopias son positivas (Nº de BAAR +, ++, +++)

2.3.2 CASO DE TUBERCULOSIS PULMONAR BK(-)

Cuando presenta bacteriología negativa y cultivo negativo y a quien se decide iniciar tratamiento antituberculoso y por otros criterios (clínico, epidemiológico, diagnóstico por imágenes, inmunológico, anatomopatológico).

2.3.3 CASO DE TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR

Paciente que presenta enfermedad tuberculosa en otros órganos que no son pulmones y que ingresa al tratamiento. Las formas más frecuentes: osteoarticular,

miliar, genitourinaria, ganglionar, pleural, meníngea y el compromiso de otras serosas u órganos.

2.3.4 CASO DE MENINGITIS TUBERCULOSA

Paciente que presenta enfermedad tuberculosa en las meninges.

2.4 DEFINICIÓN DE CASOS POR ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO

2.4.1 CASO NUEVO: Paciente que nunca recibió tratamiento antituberculoso o sólo recibe por menos de cuatro semana.

2.4.2 RECAÍDA: Paciente tratado por tuberculosis, que presente nuevamente baciloscopia o cultivo positivo.

2.4.3 ABANDONO RECUPERADO: Paciente con diagnóstico de tuberculosis pulmonar que recibió tratamiento antituberculoso por cuatro semanas o más, luego abandona el tratamiento por un mes o más , regresa a la Unidad de Salud y presenta baciloscopia o cultivo positivo.

2.4.4 FRACASO: Paciente que durante el tratamiento sigue presentando baciloscopias positivas.

2.5 TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS:

El Programa de Control de la Tuberculosis se basa su terapéutica en el DOTS (tratamiento acortado directamente observado), gratuito a continuación detallaremos esquemas establecidos de acuerdo al caso según lo refiere el Ministerio de Salud Pública¹⁴.

Tabla N° 1
Tratamiento de la tuberculosis

CATEGORIAS DE TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO	PACIENTES CON TUBERCULOSIS	REGIMENES TERAPEUTICOS	
		FASE INICIAL	FASE DE CONTINUACION
I (ESQUEMA UNO)	Caso nuevo de BK(+); caso nuevo de TBP con Bk(-); casos nuevos de Tb extrapulmonar, casos co-morbilidad TB-VIH	2HRZ	4H3R3
II (ESQUEMA DOS)	Caso con tratamiento previo, con Bk (+9); recaída, abandono recuperado.	2HRZES- 1HRZE	5H3R3E3
III (TB Infantil menores de 7 años)	Casos de Tb infantil < 7 años	2HRZ	4H3R3
IV	Caso con tratamiento previo, fracaso a esquema uno y esquema dos, casos crónico, caso de Tb, MDR, casos nuevos contactos de Tb MDR.	Regimenes estandarizados e individualizados par Tb. MDR.	

Fuente: Ministerio de Salud Pública

¹⁴ Ministerio de Salud Pública, Manual de Normas y Procedimientos para el Control de la tuberculosis, Ecuador, 2009.

2.6 MARCO CONCEPTUAL

MISIÓN: Es la razón de ser de una organización dentro de la sociedad es el propósito para el cual fue creada, es un objetivo infinitamente alcanzable.

VISION: Futuro deseado que hay que construir a través de un proceso de transformación aprovechando oportunidades venciendo las amenazas, sueño compartido dentro de la organización.

DIAGNOSTICO SITUACIONAL: Conocimiento comprensión y análisis de los factores de riesgo, los alcances del daño, la disponibilidad , accesibilidad de los recursos, así como grado de universalidad.

PLANIFICACIÓN ESTRATEGICA: Es un proceso por el cual , quienes toman las decisiones en una organización, a través de un amplio proceso participativo para obtener la información necesaria para elaborar los fines y establecer los recursos.

EVALUACIÓN : Proceso de producción de información sobre el valor de los resultados.

GERENCIAR: Afrontar una variedad enorme de factores técnicos, además de una diversidad de comportamientos

SINTOMATICOS RESPIRATORIOS (SR): Es toda persona que presenta tos y expectoración.

SR IDENTIFICADOS: Es el SR detectado por el personal de Salud e inscrito en el libro de registro de sintomáticos respiratorios.

SR ESPERADO: Es el SR que el personal de Salud espera detectar. Desde el punto de vista de la programación corresponde al 5% de todas las consultas en mayores de 15 años de un establecimiento de Salud.

SR EXAMINADO: Es el SR identificado al que se realiza dos o más baciloscopias de esputo (un SR sin o con una sola baciloscopia es considerado identificado pero no examinado).

BACILOSCOPIA: Es el examen fundamental para el diagnóstico de los casos de tuberculosis pulmonar, debe emplearse para también para el tratamiento extrapulmonar.

CASO DE TUBERCULOSIS: Es toda persona a la que se diagnostica tuberculosis, con o sin confirmación bacteriológica, y a quien se determina indicar y administrar un tratamiento antituberculosa.

CASO DE TUBERCULOSIS PULMONAR BK+: Cuando los resultados de dos o más baciloscopias son positivos (1,2, o cruces).

CASO DE TUBERCULOSIS PULMONAR BK-:

Cuando presenta al menos 3 baciloscopias negativas

Anormalidades radiográficas consistentes con Tb. pulmonar activa.

Ninguna respuesta al tratamiento con antibióticos

CASO DE TB EXTRAPULMONAR: Paciente que presenta enfermedad tuberculosa en otros órganos que no son los pulmones y que ingresa tratamiento.

CASO DE MENINGITIS TUBERCULOSA: Paciente que presenta enfermedad tuberculosa en las meninges.

CASO NUEVO: Paciente que nunca recibió tratamiento antituberculosa o solo lo recibió por menos de cuatro semanas.

CAPITULO III

3.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

En la última década la gran mayoría de los esfuerzos realizados para intentar conseguir el control de la tuberculosis en el mundo se ha dirigido a países con escasos recursos económicos, que son portadores de la gran mayoría del problema.

La tuberculosis sigue siendo un problema de Salud Pública en el Ecuador, en el año 1999, luego de una evaluación del Programa Regional de tuberculosis de la Organización Panamericana de Salud (OPS), recomienda implementar la Estrategia DOTS en Ecuador.

En el 2001 se inicia la operación de dicha estrategia en 3 provincias del país Azuay, Guayas , Pichincha , a través del Proyecto de Fortalecimiento del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, financiado por la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional y el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, siendo ejecutada por la Asociación Canadiense del Pulmón. En 2004 se expandió la estrategia a otras 3 provincias (El Oro, Manabí y Tungurahua), también existe el apoyo de la Corporación Canadiense.

Desde 2006, la estrategia se expande al resto de establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública. La Estrategia DOTS tiene como visión lograr un mundo libre de tuberculosis al 2015, estableciendo un control efectivo mediante el acceso universal a un diagnóstico de calidad y tratamiento estrictamente observado,

centrado en el paciente. La nueva estrategia esta encaminada a la actividad de la salud publica cuyo objetivo es identificar rápidamente a los enfermos de tuberculosis pulmonar BK(+) que es la forma más contagiante y con mayor mortalidad , mediante la búsqueda activa permanente y de los sintomáticos respiratorios, entre todos los pacientes y acompañantes que van a los servicios de Salud.

3.2 DEFINICIONES OPERACIONALES

SINTOMATICO RESPIRATORIO (SR): Se define a toda persona que presenta tos con flema por más de 15 días.

SINTOMATICO REPIRATORIO ESPERADO: Representan el 4% de todas las consultas mayores de 15 años atendidas en los servicios de Salud.

SINTOMATICO RESPIRATORIO IDENTIFICADO: Es el paciente detectado por el personal de salud e inscrito en el libro de registro de sintomáticos respiratorios.

SINTOMATICO EXAMINADO: Se considera a todo paciente que es identificado y que se realiza por lo menos una baciloscopia de esputo.¹⁵

3.3 IDENTIFICACIÓN Y EXAMEN DEL SINTOMÁTICO RESPIRATORIO (SR)

Para identificar a una persona como sintomático respiratorio es necesario hacer las siguientes preguntas al consultante y acompañante de cualquier edad:

1. ¿Usted tiene tos?
2. ¿Por cuánto tiempo ha tenido tos?
3. ¿Usted expectora? o ¿Usted tiene flema? o ¿Usted tiene gargajo?

¹⁵ Ministerio de Salud Pública, Manual de Normas y Procedimientos para el control de la Tuberculosis Ecuador, 2009, página 50

Una vez detectado el Sintomático Respiratorio se le explica al paciente la técnica de recolección de una buena muestra de esputo que será recolectada en ese momento en el envase el mismo que será rotulado con su nombre y apellidos, fecha y número de muestra., para la recolección de una segunda se envía el envase para que recolecte en la mañana siguiente en el domicilio.

3.4 DIAGNÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS

El diagnóstico de la tuberculosis puede realizarse a través de las baciloscopia.

BACILOSCOPIA: La baciloscopia de esputo es el examen fundamental para el diagnóstico y control de tratamiento de los casos de tuberculosis pulmonar.

3.5 INFORME DE RESULTADOS DE LAS BACILOSCOPIAS

(-) Negativo: No se encuentran BAAR en 100 campos microscópicos.

Número de BAAR encontrados: 1 a 9 BAAR en 100 campos microscópicos.

(+) Positivo: 10 a 99 BAAR en 100 campos microscópicos

(++) Positivo: 1 a 10 BAAR por campo en 50 campos microscópicos.

(+++)¹⁶ Positivo : Más de 10 BAAR por campo en 20 campos microscópicos

3.6 TRATAMIENTO

El tratamiento es acordado estandarizado gratuito y directamente observado durante el tratamiento que dura de 2 a 3 meses (50 A 75 dosis que dura de seis a

¹⁶ MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, *Manual de Normas y procedimientos para el control de la tuberculosis*, 2009

ocho meses donde se utiliza varios fármacos antituberculosos como la: isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol y estreptomina , este tratamiento se realiza durante dos fases la inicial: esta medicina recibirá diariamente durante 5 días de la semana , y la segunda fase de consolidación o segunda fase, de cuatro a cinco meses (50-60dosis) , se administra tres veces a la semana, todos los medicamentos deben administrarse en una sola toma , solo si presentará intolerancia se le fracciona , la administración de la medicina es observada por parte del personal de salud para evitar las recaídas, cortar la cadena de transmisión, prevenir las complicaciones y muerte, además de esta manera evitaremos la multidrogoresistencia.

Una vez terminado el tratamiento deben considerar a los pacientes según su condición de egreso:

Curado: Paciente que durante el tratamiento y después de este presenta baciloscopia negativas., es importante anotar que una vez terminado el tratamiento se debe realizar baciloscopia de control.

Tratamiento Terminado: Paciente que termina el tratamiento y no se realiza la baciloscopia ultima de control.

Fracaso: Paciente que durante el tratamiento presenta baciloscopia o cultivo de control positiva.

Transferencia sin confirmar: Paciente transferido de otro establecimientos de Salud y que se desconoce el resultado final del tratamiento.

Abandono: Paciente que interrumpe su tratamiento durante un mes o más.

Fallecido: Paciente que fallece por cualquier causa durante el tratamiento.

3.7 CONTEXTO NACIONAL

En el Ecuador la Tuberculosis se ha constituido en un problema de salud pública. Dada nuestra condición de país en vías de desarrollo los factores socio-económicos en los que se desarrollan ciertas comunidades especialmente con la privación todavía de infraestructura y ciertos servicios básicos sobre todo en el área rural, ha sido motivo para el mantenimiento de la endemia tuberculosa en el país.

RESEÑA HISTÓRICA

Según lo refiere el Ministerio de Salud Pública¹⁷, el ilustre ecuatoriano Eugenio de Santa Cruz y Espejo, por el año 1785 hace ya dos siglos se refería a la necesidad de tratar la dolencia contagiosa que siglos después se empezó a tratar como tuberculosis, que no era necesario aislarlos en una casa de campo o en un hospital ya que no son personas volátiles que puedan causar daño. A finales del siglo XIX por iniciativa de la Colonia Costeña se funda en Quito la Sociedad de Beneficencia Olmedo, que fue la primera institución en nuestro país de afrontar la lucha contra la tuberculosis.

¹⁷ MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, *Manual de Norma, Métodos, Procedimientos y Técnicas para el Control de la Tuberculosis. División Nacional de Epidemiología. Programa Control de la tuberculosis*, Quito, 1974

El 22 de agosto de 1894 el Honorable Congreso Nacional de entonces expide un decreto y declara obra nacional la construcción del Sanitario Rocafuerte en la ciudad de Quito, cuyo objetivo era el de alojar a los tuberculosos sin recursos. Lamentablemente esta edificación se la utilizó como cuartel y luego como Hospital Militar. El 13 de julio de 1902 en Quito se organiza la primera Liga contra la Tuberculosis en el Ecuador, bajo la presidencia del Dr. Carlos R. Tobar. La Honorable Junta de Beneficencia de Guayaquil crea un servicio de aislamiento para tuberculosos adscrito a su Hospital General, posteriormente, la misma Junta el 17 de abril de 1910 crea el Sanatorio Calixto Romero, el primero dedicado exclusivamente a la atención de los tuberculosos.

En la ciudad de Quito, gracias al entusiasmo y sabiduría del Dr. Pablo Arturo Suárez, catedrático universitario organizó y fundó a través de la llamada Brigada de Médicos y Estudiantes que desarrollaban sus actividades en el servicio Anti-tuberculoso del Hospital San Juan de Dios en el año 1937, el Centro de estudios sobre Tuberculosis, fundando poco después, el primer laboratorio de B.C.G. en la capital. El 16 de septiembre de 1940, el médico guayaquileño Alfredo Valenzuela Valverde, funda la Liga Ecuatoriana Antituberculosa (LEA), que fue dotada oficialmente de fondos en 1942 por el H. Congreso Nacional de ese año. En el año 1951 se realiza la primera Campaña Nacional de Vacunación en masa con B.C.G., auspiciada por la Joint Enterprico y el Gobierno Nacional.

El 1 de julio de 1946, LEA pone al servicio del público el Hospital "Alfredo J. Valenzuela" construido con la ayuda del Servicio Cooperativo Interamericano y desde entonces y bajo la capacidad extraordinaria del eminente médico guayaquileño doctor Juan Tanca Marengo, cuya labor fue luego continuada con

mucho entusiasmo por los directivos que le sucedieron, se fueron creando a lo largo del país la serie de servicios que constituyeron se red de atención y que en 1973 sumaban 10 Hospitales y 26 dispensarios. Con estos antecedentes, el 11 de diciembre de 1973 y mediante Decreto N° 1364, el Gobierno Nacional dictamina la integración de LEA al Ministerio de Salud Pública con todos sus recursos y crea en su lugar el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, que se encuentra vigente hasta estos tiempos.

3.7.1 NÚMERO DE CONSULTAS DE MAYORES DE 15 AÑOS ENTRE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS ESPERADOS E IDENTIFICADOS

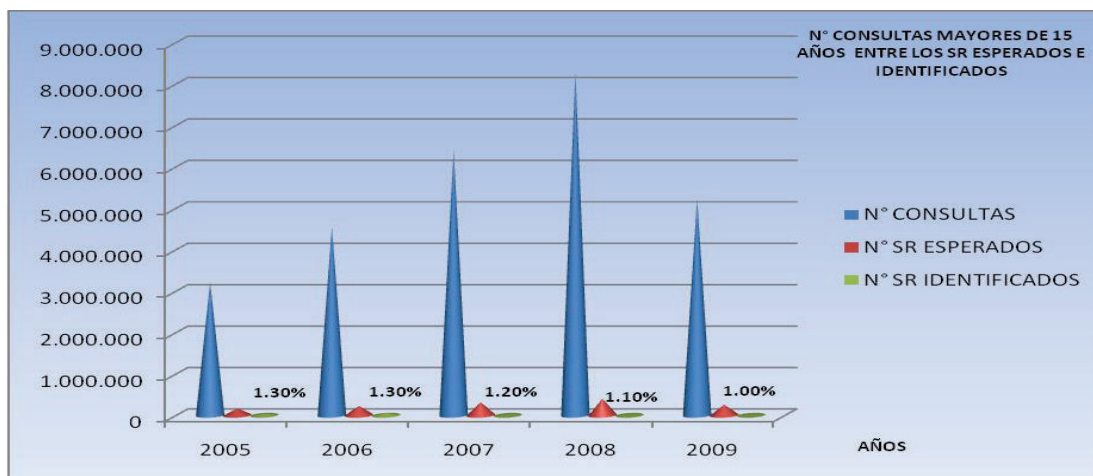
Tabla N° 2

Número de consultas de mayores de 15 años

AÑOS	2005	2006	2007	2008	2009
N° CONSULTAS	3.213.967	4.548.332	6.392.824	8.264.767	5.221.083
N° SR ESPERADOS	160.698	227.417	317.141	403.238	261.054
N° SR IDENTIFICADOS	41.773	59.277	78.091	84.991	51.475

FUENTE: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

Gráfico N° 1



Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

Elaborado por: Lic. Nancy Herrera

ANÁLISIS:

Al analizar la tabla N° 1 de los pacientes atendidos en las consultas de mayores de 15 años en los servicios de salud a nivel nacional se toma en cuenta el 5% de los pacientes como sintomáticos respiratorios esperados y de ellos alcanzado el 1.30% el año 2005, el 1,30% el año 2006, el 1.20% el año 2007, el 1.10% el año 2008 y el 1.0% el año 2009 (datos del I semestre de 2009), observando así tendencia a la baja en la captación del sintomático respiratorio demostrando así la falta de compromiso de los equipos de atención en las Áreas de Salud.

3.7.2 PORCENTAJE DE SINTOMÁTICOS EXAMINADOS / IDENTIFICADOS

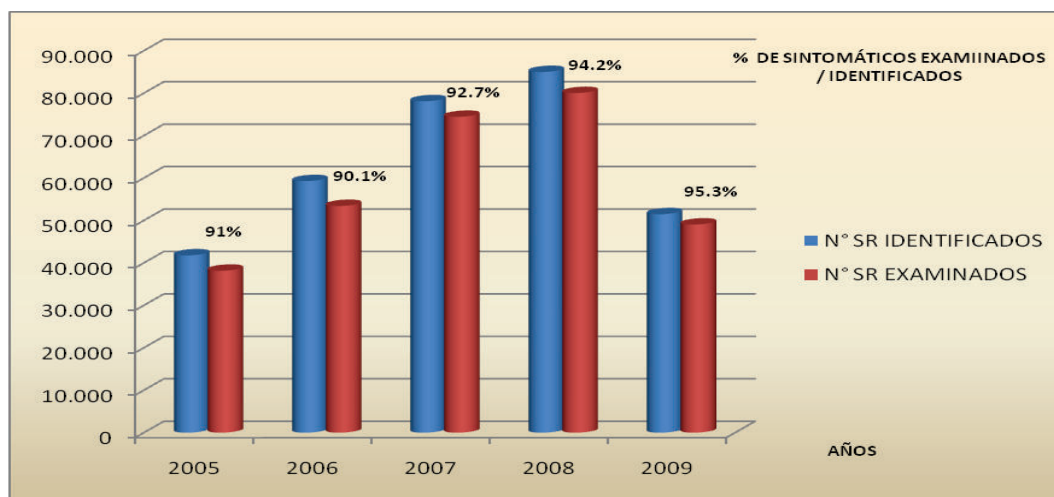
Tabla N° 3

Porcentaje de sintomáticos examinados / identificados

AÑOS	2005	2006	2007	2008	2009
N° SR IDENTIFICADOS	41.773	59.277	78.091	84.991	51.475
N° SR EXAMINADOS	38.156	53.420	74.423	80.029	49.041

Fuente: Programa nacional de control de la tuberculosis

Gráfico N° 2



Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

Elaborado por: Lic. Nancy Herrera

ANÁLISIS:

Al analizar este gráfico observamos que se alcanza la meta propuesta del Ministerio que es del 95% de los pacientes identificados a ser examinados durante el año 2009, los otros años no cumplen con los requerimientos del MSP, lo que se determina que se debería poner mayor énfasis en las políticas dadas por el Organismo Rector del País.

3.7.3 PORCENTAJE DE PACIENTES EXAMINADOS/PACIENTES BK +

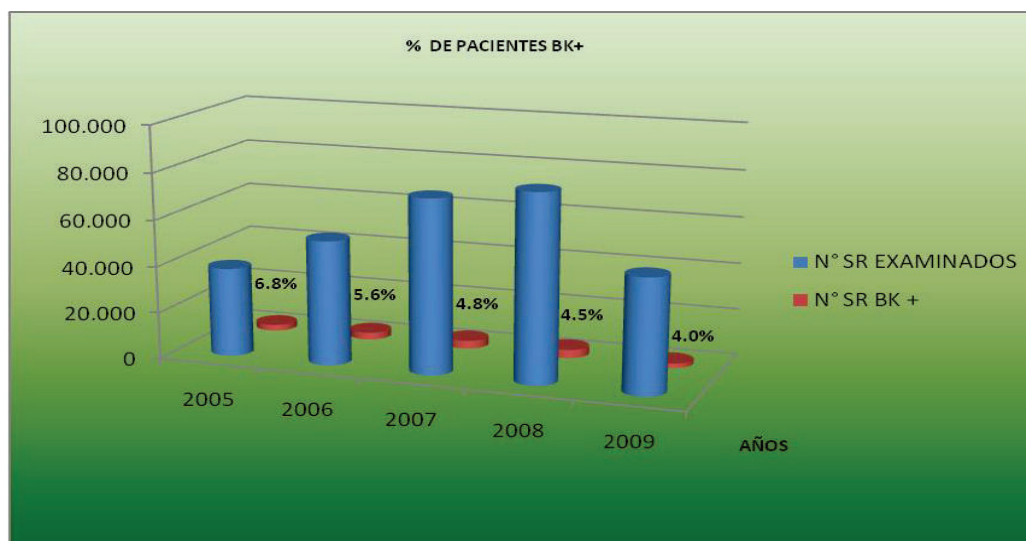
Tabla N° 4

Porcentaje de pacientes examinados / pacientes BK +

AÑOS	2005	2006	2007	2008	2009
N° SR EXAMINADOS	38.156	53.420	74.423	80.029	49.041
N° SR BK +	2.587	2.993	3.465	3.620	1.943

Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

Gráfico N° 3



Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

Elaborado por: Lic. Nancy Herrera

ANÁLISIS:

Este gráfico nos demuestra que a mayor búsqueda de sintomáticos respiratorios examinados, el número de pacientes con BK + también se incrementaría, por lo que se reafirma en coherencia con el gráfico N° 2, se debe buscar las mejores estrategias para el desarrollo del programa del control de la tuberculosis.

3.7.4 CASOS NUEVOS SEGÚN FORMAS DE TUBERCULOSIS

Tabla N° 5

Casos nuevos según formas de tuberculosis

AÑOS	2005	2006	2007	2008	2009
BK +	3.043	3.181	3.448	3.380	1.680
BK -	634	540	480	435	193
EXTRAPULMONAR	294	452	503	609	308
TOTAL	3.971	4.173	4.431	4.424	2.181

Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

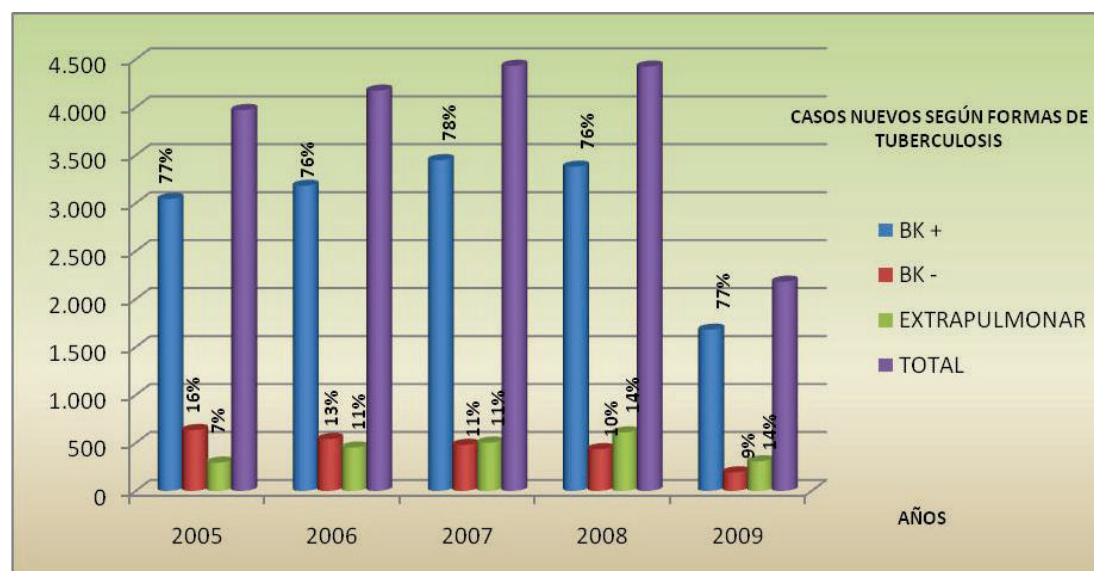


Gráfico N° 4

Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

Elaborado por: Lic. Nancy Herrera

ANÁLISIS:

El Número de pacientes Bk + en los años 2005, 2006, 2007, 2008 y 2009 (I semestre 2009) se mantiene porcentajes parecidos dentro de una variación pequeño, mientras lo que llama la atención es el incremento de casos extrapulmonares, no así con los casos Bk – en los que se tiene una disminución de los mismos.

3.7.5 CASOS NUEVOS DE BK+ SEGÚN EDAD Y GÉNERO

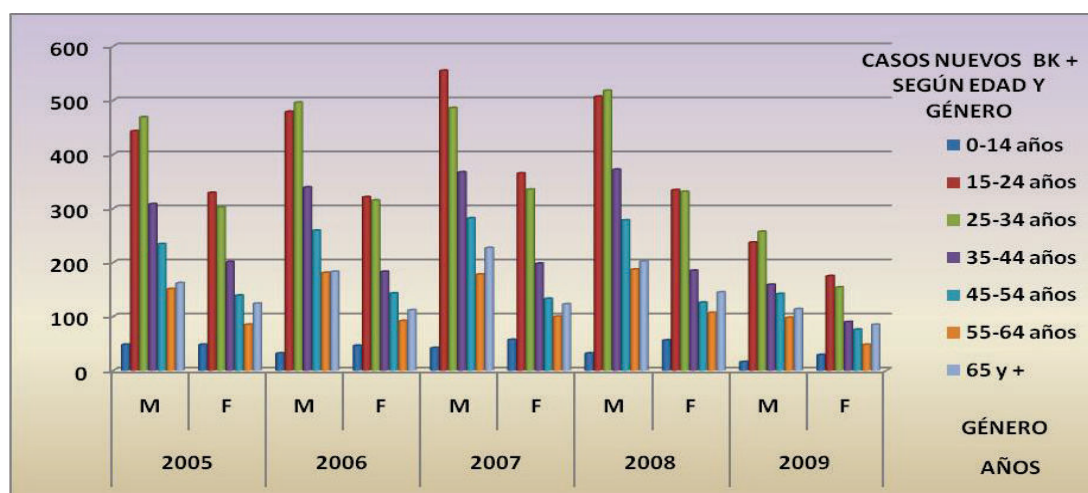
Tabla N° 6

Casos nuevos de Bk+ según edad y género

AÑOS	2005		2006		2007		2008		2009	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
0-14 años	48	48	32	46	42	57	32	56	16	29
15-24 años	443	329	479	321	555	365	507	334	237	175
25-34 años	469	302	496	315	486	335	518	331	257	154
35-44 años	308	201	339	183	367	198	372	185	159	90
45-54 años	234	139	259	143	282	133	278	126	142	76
55-64 años	151	85	181	92	178	100	187	107	98	48
65 y +	162	124	183	112	227	123	202	145	114	85

Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

Gráfico N° 5



Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

Elaborado por: Lic. Nancy Herrera

ANÁLISIS:

Se observa que el mayor número de pacientes de BK+ oscilan entre los 15 a 54 años con mayor frecuencia en el sexo masculino, siendo esta edad la más vulnerable para adquirir enfermedades que aumentan el riesgo de infección como es el VIH SIDA, adicción a las drogas.

3.7.6 CASOS ANTES TRATADOS

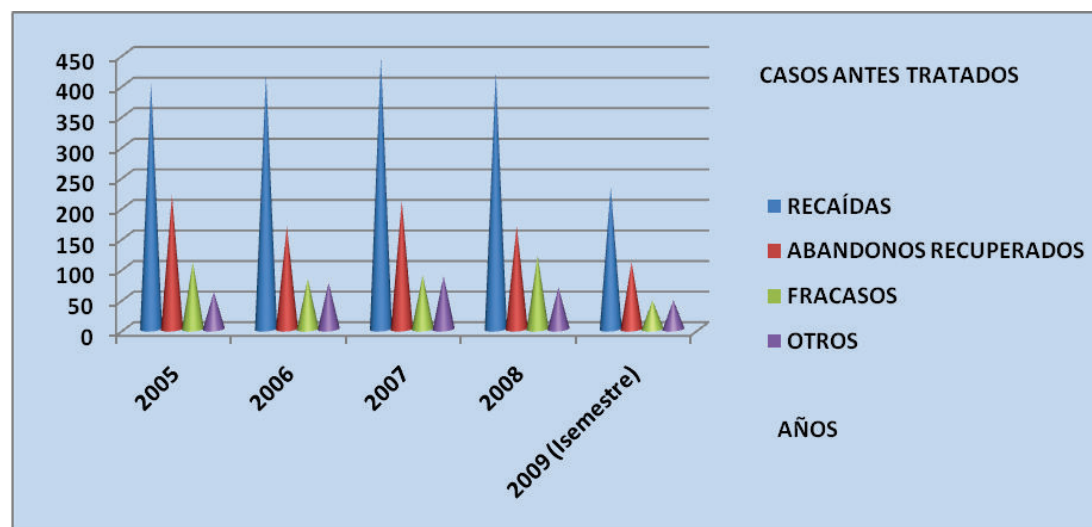
Tabla N° 7

Casos antes tratados

AÑOS	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009 (Isemestre)	%
RECAÍDAS	403	50,82%	417	56,12%	446	53,67%	421	54,11%	233	53,32%
ABANDONOS RECUPERADOS	219	27,62%	168	22,61%	210	25,27%	169	21,72%	110	25,17%
FRACASOS	110	13,87%	82	11,04%	88	10,59%	120	15,42%	47	10,76%
OTROS	61	7,69%	76	10,23%	87	10,47%	68	8,74%	47	10,76%
TOTAL	793	1	743	1	831	1	778	1	437	1

Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

Gráfico N° 6



Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

Elaborado por: Lic. Nancy Herrera

ANÁLISIS:

Este gráfico nos demuestra el alto número de pacientes que una vez que han terminado el tratamiento vuelven a presentar síntomas de la enfermedad lo que denotaría que no se cumple con las normas establecidas y la eficacia de este programa determinado por el organismo rector de política de salud en nuestro país ya que superan el 50 % de recaídas.

3.7.7 PACIENTES VIH/SIDA/TUBERCULOSIS

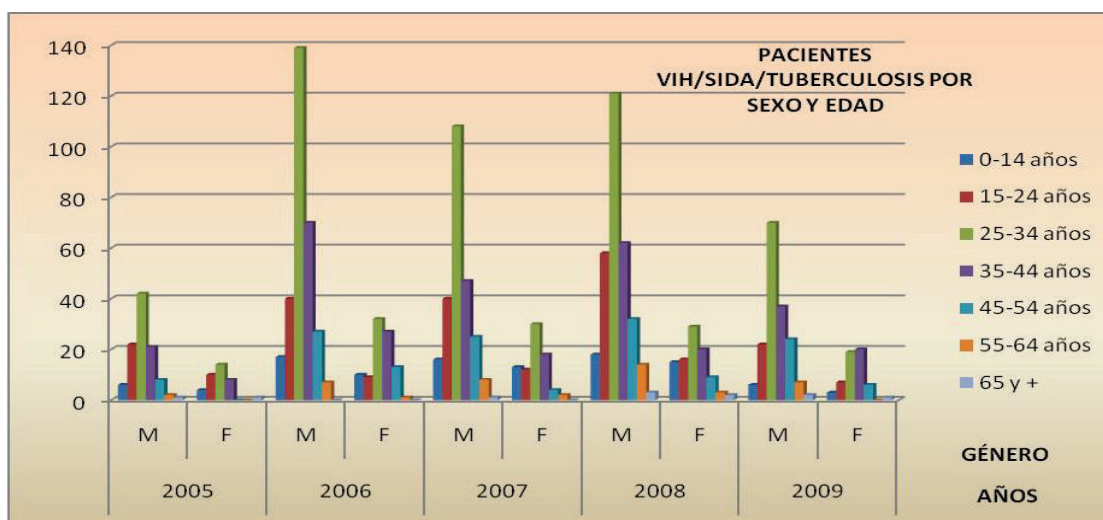
Tabla N° 8

Pacientes VIH/SIDA/TUBERCULOSIS por edad y género

AÑOS	2005		2006		2007		2008		2009	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
0-14 años	6	4	17	10	16	13	18	15	6	3
15-24 años	22	10	40	9	40	12	58	16	22	7
25-34 años	42	14	139	32	108	30	121	29	70	19
35-44 años	21	8	70	27	47	18	62	20	37	20
45-54 años	8	0	27	13	25	4	32	9	24	6
55-64 años	2	0	7	1	8	2	14	3	7	0
65 y +	1	1	0	0	1	0	3	2	2	1

Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

Gráfico N° 7



Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

Elaborado por: Lic. Nancy Herrera

ANÁLISIS:

Los datos obtenidos determinan que el grupo etéreo comprendido entre los 15 y 54 años son más propensos a contraer enfermedades infectocontagiosas influyendo los factores sociales, condiciones de vida, esta coinfección según las tablas vemos que afecta más al sexo masculino.

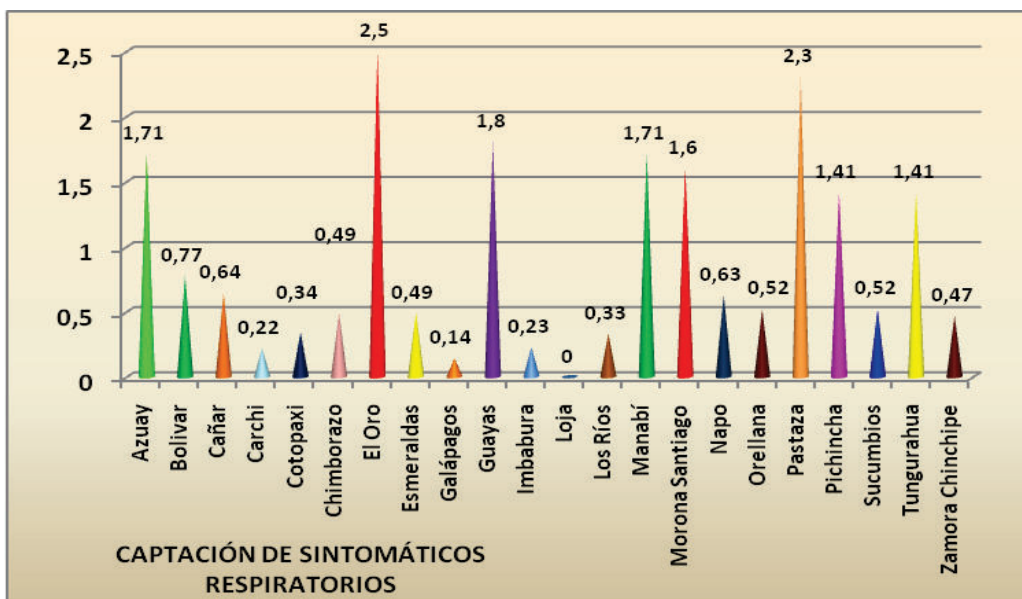
3.7.8 PORCENTAJE DE PACIENTES SR A NIVEL NACIONAL**Tabla N° 9****Porcentaje de pacientes sintomáticos respiratorios a nivel nacional**

Azuay	1,71
Bolívar	0,77
Cañar	0,64
Carchi	0,22
Cotopaxi	0,34
Chimborazo	0,49
El Oro	2,5
Esmeraldas	0,49
Galápagos	0,14
Guayas	1,8
Imbabura	0,23
Loja	0
Los Ríos	0,33
Manabí	1,71
Morona Santiago	1,6
Napo	0,63
Orellana	0,52
Pastaza	2,3
Pichincha	1,41
Sucumbíos	0,52
Tungurahua	1,41
Zamora Chinchipe	0,47

Fuente: Programa Nacional de Control de la tuberculosis

Elaborado por: Lic. Nancy Herrera

Gráfico N° 8



Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

Elaborado por: Lic. Nancy Herrera

ANÁLISIS:

De acuerdo a la tabla y gráfico N° 8 observamos los porcentajes alcanzados de la captación del sintomático respiratorio a nivel de las diferentes provincias están por debajo de la meta establecida por el MSP, en mayor captación de sintomáticos respiratorios encontraríamos más pacientes Bk+, que nos estaría ayudando a disminuir el número de pacientes contagiados por esta enfermedad.

3.7.9 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL AÑO 2008

Tabla N° 10
Principales causas de mortalidad general año 2008

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL AÑO 2008						
POBLACIÓN ESTIMADA 2008				13.805.095,00		
TOTAL DE DEFUNCIONES				60.023,00		
TASA DE MORTALIDAD GENERAL (x 10,000 hab)				43,5		
N° Orden	CÓDIGO L.C.	CÓD. CIE-10 DETALLADA	CAUSAS DE MUERTE	Número	%	Tasa
1	26	E10-E14	DIABETES MELLITUS	3.510	5,8	25,4
2	42	I60-I69	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	3.408	5,7	24,7
3	34	I10-I15	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	3.265	5,4	23,7
4	46	J10-J18	INFLUENZA Y NEUMONÍA	3.187	5,3	23,1
5	35	I20-I25	ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN	2.760	4,6	20,0
6	57	V00-V89	ACCIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE	2.691	4,5	19,5
7	64	X85-Y09	AGRESIONES (HOMICIDIOS)	2.479	4,1	18,0
8	41	I50-I51	INSUFICIENCIA CARDÍACA, COMPLICACIONES Y ENFERMEDADES MAL DEFINIDAS	2.317	3,9	16,8
9	51	K70-K76	CIRROSIS Y OTRAS ENFERMEDADES DEL HÍGADO	1.792	3,0	13,0
10	53	N00-N39	ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO	1.761	2,9	12,8
11	9	C16	NEOPLASMA MALIGNA DEL ESTÓMAGO	1.664	2,8	12,1
12	55	P00-P96	CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PRENATAL	1.616	2,7	11,7
13	47	J40-J47	ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES	1.170	1,9	8,5
14	63	X60-X84	LESIONES AUTOINFLINGIDAS INTENCIONALMENTE (SUICIDIO)	929	1,5	6,7
15	24	C81-C96	NEOPLASMA MALIGNA DEL TEJIDO LINFÁTICO, ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS Y TEJIDOS AFINES	847	1,4	6,1
16	39	I46	PARO CARDÍACO	811	1,4	6,9
17	6	A40-A41	SEPTICEMIA	768	1,3	5,6
18	20	C61	NEOPLASMA MALIGNA DE LA PRÓSTATA	767	1,3	5,6
19	18	C53-C55	NEOPLASMA MALIGNA DEL ÚTERO	708	1,2	5,1
20	7	B20-B24	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA (VIH)	679	1,1	4,9
21	2	A15-A19	TUBERCULOSIS	668	1,1	4,8
22	27	D50-D53-E40-E64	DESNUTRICIÓN Y ANEMIAS NUTRICIONALES	647	1,1	4,7
23	56	Q00-Q99	MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	644	1,1	4,7
24	15	C33-C34	NEOPLASMA MALIGNA DE LA TRÁQUEA, BRONQUIOS Y PULMÓN	634	1,1	4,6
25	11	C22	NEOPLASMA MALIGNA DEL HÍGADO Y DE LAS VÍAS BILIARES	624	1,0	4,5
26	88		RESTO DE CAUSAS	13.721	22,9	4,5
25	99	R00-R99	CAUSAS MAL DEFINIDAS	5.956	9,9	43,1

Fuente: INEC, Anuario Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones. Año 2008

ANÁLISIS: De acuerdo a la tabla N° 10, observamos que entre las 21 primeras causas de mortalidad tanto en hombres y mujeres es la tuberculosis, sigue siendo una enfermedad que por décadas no se ha podido erradicar, he ahí la necesidad de

buscar estrategias encaminadas a la educación continua de los pacientes y de los profesionales de la salud.

3.8 CONTEXTO PROVINCIAL

3.8.1 NÚMERO DE CONSULTAS DE MAYORES DE 15 AÑOS ENTRE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS ESPERADOS E IDENTIFICADOS

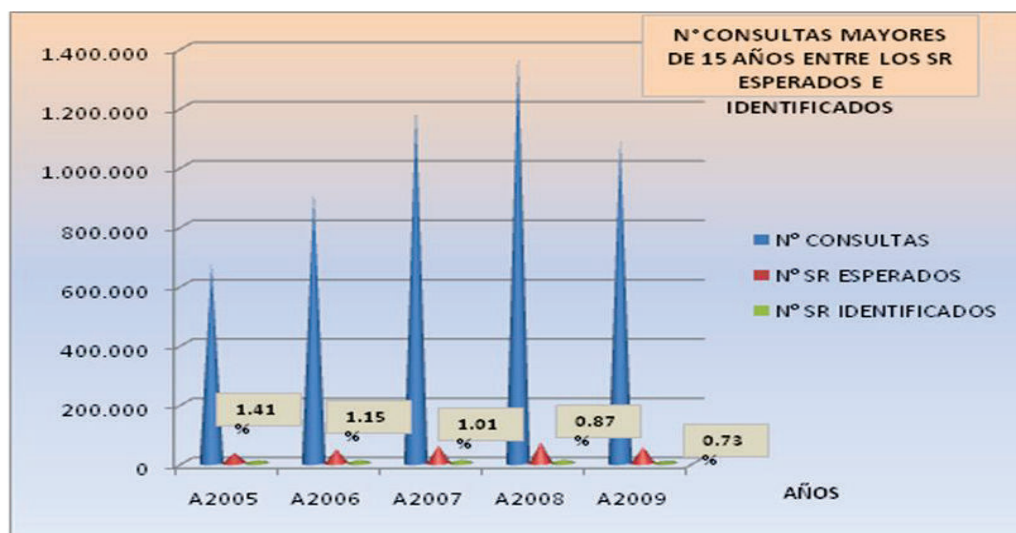
Tabla N° 11

Número de consultas de mayores de 15 años

AÑOS	2005	2006	2007	2008	2009
N° CONSULTAS	676.897	915.519	1.200.757	1.379.247	1.095.475
N° SR ESPERADOS	33.845	45.776	60.038	68.962	54.774
N° SR IDENTIFICADOS	9.575	10.539	12.181	11.984	8.050

Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

Gráfico N° 9



Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

Elaborado por: Lic. Nancy Herrera

ANÁLISIS:

En la tabla N° 10 y gráfico N° 9, observamos que los pacientes esperados son el 5% de las consultas mayores de 15 años y los sintomáticos identificados son los pacientes que se les ha realizado mínimo 2 baciloscopias, alcanzando indicadores muy bajos en relación a lo establecido por el MSP, esto nos permite buscar estrategias encaminadas a producir impacto en la población para la sostenibilidad del programa y de esta manera disminuyendo la morbilidad y mortalidad.

3.8.2 PORCENTAJE DE SINTOMÁTICOS EXAMINADOS/IDENTIFICADOS

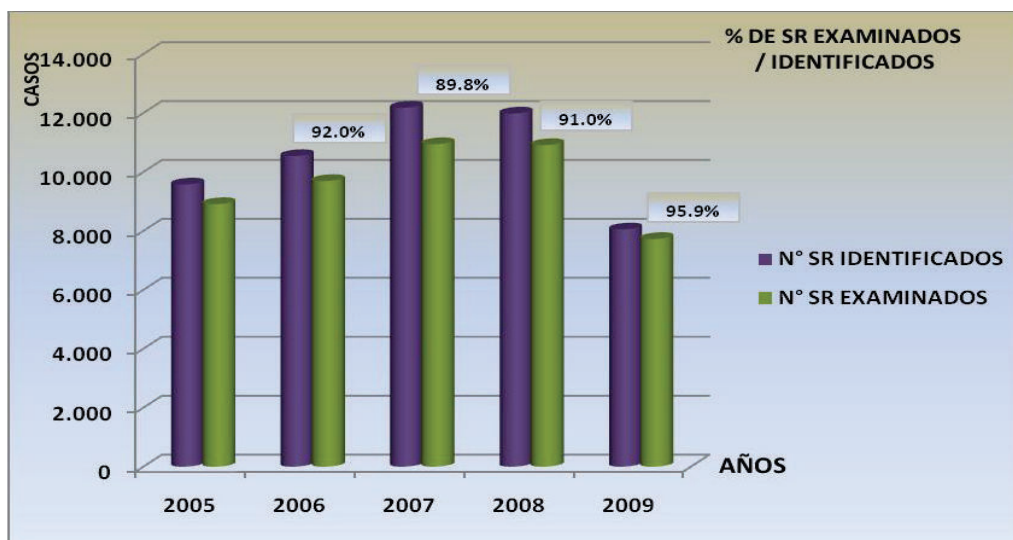
Tabla N° 12

Porcentaje de sintomáticos examinados / identificados

AÑOS	2005	2006	2007	2008	2009
N° SR IDENTIFICADOS	9.575	10.539	12.181	11.984	8.050
N° SR EXAMINADOS	8.908	9.692	10.942	10.910	7.723

Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

Gráfico N° 10



Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

Elaborado por: Lic. Nancy Herrera

ANÁLISIS:

AL analizar la tabla N° 11 y gráfico N° 10, observamos que de los sintomáticos respiratorios examinados no todos cumplen con la norma establecida por el MSP que es realizar al paciente mínimo 2 baciloscopias, de ahí la importancia de la búsqueda de estrategias en caminadas a un mayor control de los pacientes.

3.8.3 PORCENTAJE DE PACIENTES EXAMINADOS/PACIENTES BK+

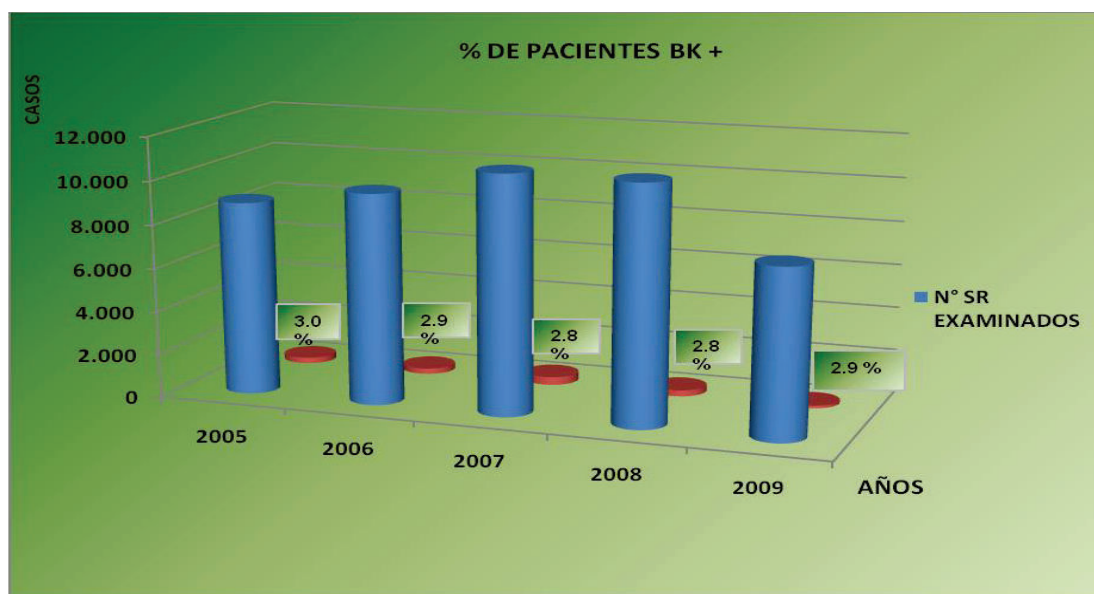
Tabla N° 13

Porcentaje de pacientes examinados / pacientes BK +

AÑOS	2005	2006	2007	2008	2009
N° SR EXAMINADOS	8.908	9.692	10.942	10.910	7.723
N° SR BK +	268	277	306	302	122

Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

Gráfico N° 11



Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

Elaborado por: Lic. Nancy Herrera

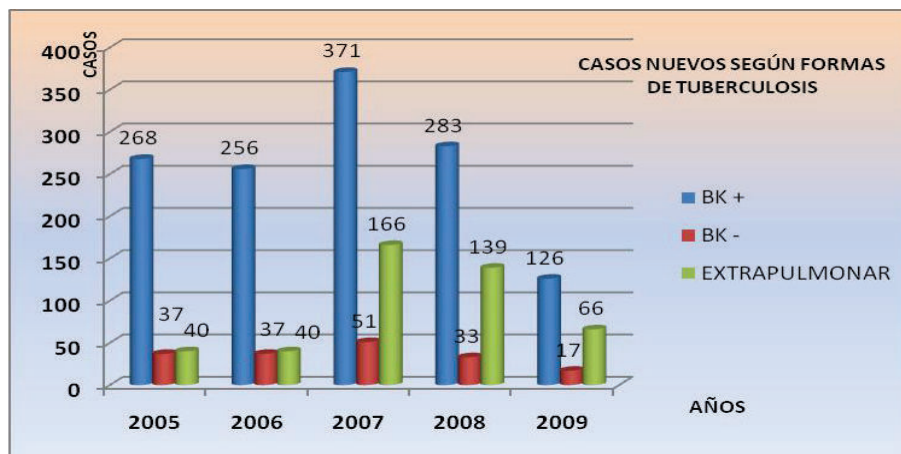
ANÁLISIS:

De acuerdo a la tabla N° 12 y gráfico N° 11 observamos que el porcentaje de pacientes Bk +, predomina durante los cinco años consecutivos con una mínima variación por eso sigue ubicada esta enfermedad entre las 20 causas principales de muerte.

3.8.4 CASOS NUEVOS SEGÚN FORMAS DE TUBERCULOSIS**Tabla N° 14****Casos nuevos según formas de tuberculosis**

AÑOS	2005	2006	2007	2008	2009
BK +	268	256	371	283	126
BK -	37	37	51	33	17
EXTRAPULMONAR	40	40	166	139	66
TOTAL	345	333	588	455	209

Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

Gráfico N° 12

Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

Elaborado por: Lic. Nancy Herrera

ANÁLISIS:

De acuerdo a la Tabla N° 13 y gráfico N° 12, observamos que durante los cinco años la tuberculosis pulmonar va incrementándose, pese a los bajos indicadores en la captación del sintomático respiratorio como nos indican los gráficos anteriores si

está búsqueda fuera permanente disminuiríamos la mortalidad en el país, pero también es importante ver cómo va incrementándose la tuberculosis extrapulmonar en los tres últimos años debo indicar que en el 2009 solo consta datos del 1er semestre .

3.8.5 CASOS NUEVOS DE BK+ SEGÚN EDAD Y GÉNERO

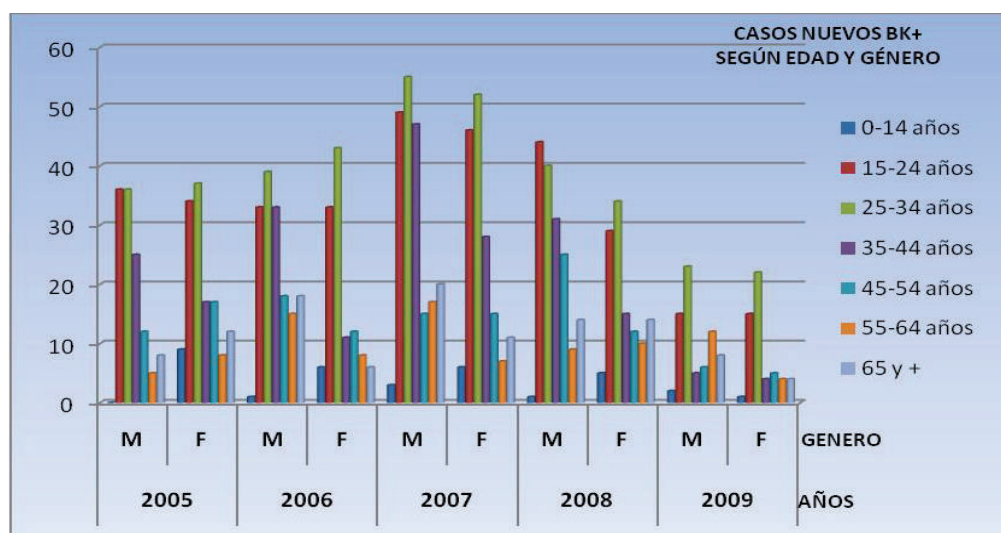
Tabla N° 15

Casos nuevos de Bk+ según edad y género

AÑOS	2005		2006		2007		2008		2009	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
0-14 años	0	9	1	6	3	6	1	5	2	1
15-24 años	36	34	33	33	49	46	44	29	15	15
25-34 años	36	37	39	43	55	52	40	34	23	22
35-44 años	25	17	33	11	47	28	31	15	5	4
45-54 años	12	17	18	12	15	15	25	12	6	5
55-64 años	5	8	15	8	17	7	9	10	12	4
65 y +	8	12	18	6	20	11	14	14	8	4

Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

Gráfico N° 13



Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

Elaborado por: Lic. Nancy Herrera

ANÁLISIS:

De acuerdo a la tabla N° 14 y gráfico N° 13 observamos que la tuberculosis no ve ni edad ni genero a todo a edad afecta la tuberculosis, pero más se incrementa en las edades de 15 a 54 años.

3.8.6 CASOS ANTES TRATADOS

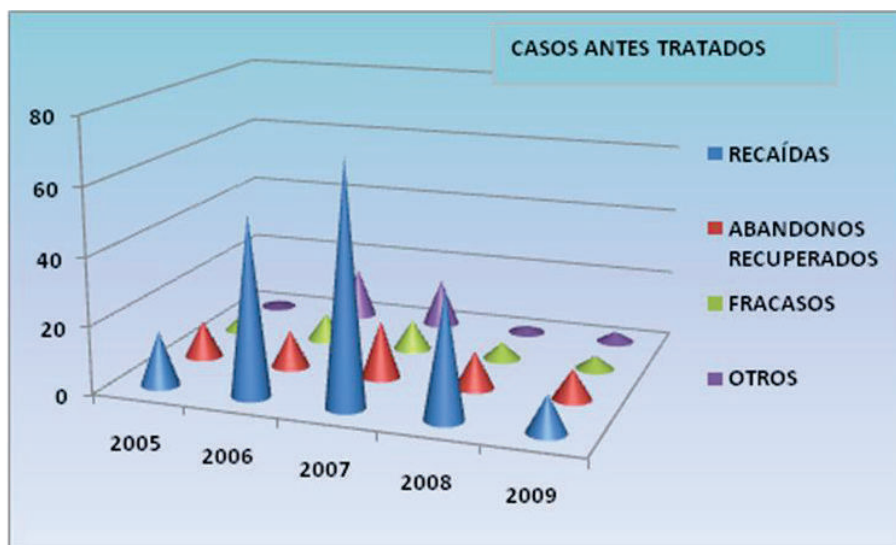
Tabla N° 16

Casos antes tratados

AÑOS	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009 (I semestre)	%
RECAÍDAS	16	48,48%	53	60,92%	71	63,96%	37	67,27%	11	40,74%
ABANDONOS RECUPERADOS	11	33,33%	11	12,64%	17	15,32%	11	20,00%	9	33,33%
FRACASOS	5	15,15%	8	9,20%	9	8,11%	5	9,09%	4	14,81%
OTROS	1	3,03%	15	17,24%	14	12,61%	2	3,64%	3	11,11%
TOTAL	33	1	87	1	111	1	55	1	27	1

Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

Gráfico N° 14



Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis
Elaborado por: Lic. Nancy Herrera

ANÁLISIS:

De acuerdo a la tabla N° 15 y gráficos N° 14, observamos que el mayor número de pacientes que ingresan al programa son por recaída y está misma situación se presenta en todas las 24 Áreas de la Provincia, de ahí la importancia de buscar estrategias de eficacia eficiencia para consolidar y dar sostenibilidad al programa.

3.8.7 Pacientes VIH/SIDA/TUBERCULOSIS

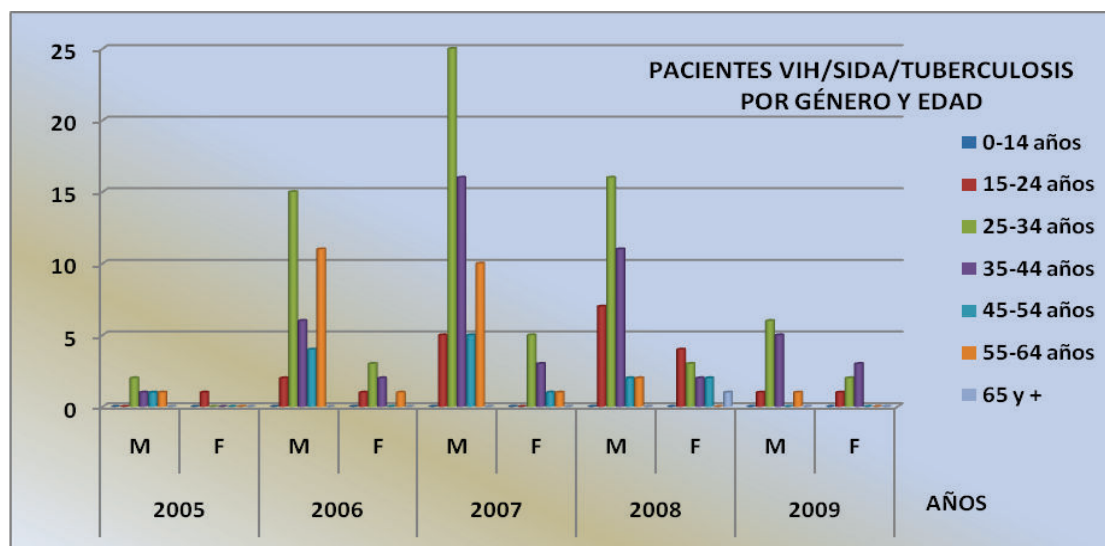
Tabla N° 17

Pacientes VIH/SIDA/TUBERCULOSIS por edad y género

AÑOS	2005		2006		2007		2008		2009	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
0-14 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15-24 años	0	1	2	1	5	0	7	4	1	1
25-34 años	2	0	15	3	25	5	16	3	6	2
35-44 años	1	0	6	2	16	3	11	2	5	3
45-54 años	1	0	4	0	5	1	2	2	0	0
55-64 años	1	0	11	1	10	1	2	0	1	0
65 y +	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0

Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

Gráfico N° 15



Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

Elaborado por: Lic. Nancy Herrera

ANÁLISIS:

De acuerdo a las tabla N° 16 y gráfico N° 15 observamos que está epidemia continua propagándose en la coinfección TB/ VIH, oscilando entre las edades de 15-54 años.

3.9 DIAGNOSTICO DEL AREA DE SALUD N° 2**3.9.1 MISIÓN**

El Área de Salud N° 2 “FRAY BARTOLOME DE LAS CASAS”, situada al centro Norte de la ciudad de Quito , presta servicios de Salud, con oportunidad, eficiencia, validez de acuerdo a su nivel de complejidad, con personalmente debidamente capacitado, con equipamientos básicos y adecuados para satisfacer las necesidades de los usuarios, da prioridad a los grupos de riesgos y propicia intensamente la participación comunitaria, brinda atención digna e integral con una planificación y administración adecuada mediante una buena promoción de los diferentes servicios de Salud.

3.9.2 VISIÓN

EL Área de Salud N°2 “FRAY BARTOLOME DE LAS CASAS”, como institución prestadora de salud primaria ofertara los servicios de Salud con calidad calidez, eficiencia en forma integral, con énfasis a la convivencia, seguridad y respeto a las normas con atención del primer nivel y complementaria, ofertando cirugías ambulatorias de baja complejidad a todos los usuarios, a través de una gestión gerencial, comprometida, activa, solidaria para lograr el desarrollo integral de la comunidad y del recurso humano que pertenece al Área del cual somos

responsables, en donde lo público es sagrado y el interés común primero sobre el interés particular con productividad respetando los deberes y derechos de los trabajadores y de la comunidad.

3.9.3 OBJETIVOS ESTRATEGICOS

Asegurar el acceso oportuno a servicios de salud integrales, integrados a toda la población Ecuatoriana priorizando aquella población más vulnerable en todos los niveles de atención.

Fortalecer el Modelo de Atención de Salud Integral e integrado con enfoque familiar comunitario e intercultural basado en promoción de la Salud, educación, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación en el nivel ambulatorio y Hospitalario.

Fortalecer y normar los servicios de Salud dotando de Recursos humanos, medicamentos e insumos mediante la gestión técnica, administrativa y financiera direccionada a la aplicación de procesos basados en calidad.

Controlar y vigilar la incidencia y prevalencia de las enfermedades transmisibles, crónicas- degenerativas, enfermedades inmunoprevenibles, VIH-SIDA, Tuberculosis, metaxenicas (transmitidas por vectores) y eventos catastróficos que producen mayor impacto social económico en la población.

Mejorar la infraestructura y equipamiento de la Red de servicios del Ministerio de Salud.

3.9.4 ANÁLISIS FODA

3.9.4.1 FORTALEZAS

1. Personal capacitado.
2. Equipo Gerencial Capacitado con Visión de Salud Publica
3. Trabajo Coordinado con Líderes de Procesos
4. Dotación de profesionales médicos y de enfermería jóvenes empoderados en el modelo de atención.
5. Capacitación permanente al RRHH
6. Plan Estratégico
7. Atención gratuita universal
8. Capacitación de muchos miembros del personal en gerencia de salud
9. Infraestructura física en buen estado, en el centro de salud.
10. Verdadera participación comunitaria en la toma decisiones.
11. Oferta de nuevos servicios de salud (cirugías ambulatorias)
12. Cambio de actitudes positivas en el personal administrativo.
13. Mejores y nuevos equipos y materiales en algunas áreas (Odontología, Hospital del día)
14. Apoyo de instituciones sin fines de lucro
15. Financiamiento para adquisición de insumos y medicamentos
16. Transparencia en el manejo administrativo y financiero

3.9.4.2 OPORTUNIDADES

1. Gerencia estratégica con preparación técnica
2. Demanda insatisfecha en consulta externa y emergencia.
3. Política Gubernamental de prioridad en la Salud

4. Implementación del Modelo de Atención, Individual, Familiar, y comunitario con enfoque intercultural.
5. Conocimiento de los derechos del usuario externo
6. Calidad y calidez en la atención.
7. Solidaridad y equidad.
8. Gestión en calidad de la atención
9. Sujeto a control social, así como a auditorías médica y financiera.
10. Presencia de organizaciones de apoyo a la conservación del medio ambiente
11. Intervención de la Contraloría que puede mejorar el manejo técnico, administrativo
12. Mejorar los servicios
13. Política estatal con priorización a la salud pública.

3.9.4.3 DEBILIDADES

1. Ausencia de trabajo en equipo, con compromiso de los líderes de proceso.
2. Comunicación inefectiva de los mandos inferiores
3. Desconocimiento en el manejo de la información para análisis de la misma por los líderes de procesos y programas
4. Ausencia de compromiso de los funcionarios con los valores institucionales, misión y visión
5. Falta del Reglamento Interno (en Proceso su construcción)
6. Regímenes legales diferentes: Ley de Carrera Civil y Administrativa y Código del Trabajo.
7. Deterioro de las relaciones humanas

8. Personal insuficiente
9. Personal resistente al cambio
10. Falta de ética en ciertos funcionarios de la institución

3.9.4.4 AMENAZAS

1. Pérdida social de valores éticos y morales
2. Deficiencia en la calidad de atención al usuario (bio, psico, social)
3. Maltrato al usuario (perdida e inadecuada información)
4. Falta de cumplimiento de sus funciones en el manejo de la información
5. Insatisfacción de los usuarios
6. Inestabilidad del nuevo personal de salud
7. Crisis Económica Mundial
8. Inestabilidad Política del país
9. Incumplimiento en horarios establecidos
10. Falta de Compromiso con la institución

3.9.5 VALORES DEL AREA DE SALUD 2

- Equidad en la prestación de servicios
- Honestidad en todos sus actos
- Responsabilidad en las actividades encomendadas
- Respeto a la libertad de expresión, tanto en usuarios internos como externos
- Puntualidad en la atención
- Trabajo en equipo
- Trabajo de calidad

- Calidez en la atención
- Amor al trabajo
- Ética profesional

3.9.6 PRINCIPIOS DEL AREA DE SALUD N°2

1. RELEVANCIA:

Se producirá información estadística necesaria para la toma de decisiones.

2. PROPORCIONALIDAD:

Se solicitarán datos que sean estrictamente necesarios para los objetivos propuestos.

3. CONFIDENCIALIDAD:

Se garantizará la confidencialidad de la información de la Historia Clínica de los usuarios.

4. OPORTUNIDAD:

La información estadística, administrativa y financiera será difundida a los usuarios internos y externos con oportunidad, a fin de garantizar su utilidad, para dar cumplimiento a la ley de transparencia fiscal.

6. TRANSPARENCIA:

Se dará a conocer el rendimiento al usuario interno y a la comunidad

3.9.7 ANTECEDENTES

El centro de salud No. 2 de Quito fue creado en el año de 1949 en la parroquia San Marcos ubicado entre las calles Montufar y Espejo con una población asignada de treinta mil habitantes. Posteriormente en 1970 fue re ubicado en la parroquia de Santa Prisca entre las calles Asunción y Estados Unidos.

Desde aproximadamente 10 años geográficamente el Área de Salud N.2 “Las Casas”, se encuentra ubicada en la calle Javier Lizarazu N26-167 entre Humberto Albornoz y Selva Alegre, en la zona nor occidente de Quito. El Área de Salud No.2 en el límite sur esta la parte norte del centro de la ciudad lugar donde está ubicada el área administrativa: Ministerios de Trabajo, Ministerio de Finanzas, Banco Central, Consejo Provincial de Pichincha.

En el área norte esta la zona financiera conformada por todas las entidades bancarias, en combinación con el Quito moderno centros de distracción, centros comerciales, un sistema de comercialización predominantemente formal, se cuenta también con instituciones de educación de todos los niveles primaria, secundaria y superior.

En esta área encontramos un número considerable de casas de salud que en su totalidad constituyen el servicio privado los mismos que están provistos de alta tecnología conformando la zona más amplia de la ciudad de Quito más importante en cuanto a servicios de salud respecta.

Se cuenta con todos los servicios básicos, de fácil accesibilidad a todos los servicios que la población demanda.

3.9.8 INFORMACIÓN GEOGRÁFICA

Sus límites para la prestación de sus servicios de salud son:

Norte: Calle Diguja (Granda Centeno)

Sur: Calle Caldas

Oriente: Avenida 10 de Agosto

Occidente: Las laderas del Pichincha.

El Área de Salud N.2 “Las Casas” cuenta con cinco sub centros de salud:

1. Sub centro de Salud San Vicente de Las Casas ubicado en el Barrio San Vicente.
2. Sub centro de Salud San Juan ubicado en las calles Guatemala y Benalcazar esquina.
3. Sub centro de Salud San Juan Universitario ubicado en las calles Tapi y Haití esquina.
4. Sub centro de Salud Santa Clara del Mercado ubicado en las calles Versalles y Ramírez Dávalos segundo piso del mercado.
5. Sub centro de San Juan Independencia en calles Nicaragua interior del mercado de San Juan.

Las diferentes unidades operativas del área dan atención de tipo ambulatorio del primer nivel de complejidad; se atiende en las actividades de prevención, fomento, recuperación y rehabilitación en forma personalizada, familiar y comunitaria.

La Jefatura de Área presta servicios: médico, odontológico, laboratorio, inmunizaciones, emergencias, estadísticas, etc. Los sub centros de salud son de menor complejidad y por ende no todos disponen de los servicios antes descritos.

3.9.9 FACTORES CONTAMINANTES

El Área No.2 por encontrarse en un sector predominantemente comercial tiene como principal factor el Smock y el ruido del parque automotor ya que a lo largo del área atraviesan tres arterias importantes para la circulación como son la Av. Occidental, Av. América y la Av. 10 de Agosto.

3.9.10 FACTORES DE RIESGO

El principal riesgo que tiene el área No.2 son las laderas de las faldas del Pichincha que en temporada de invierno se producen deslaves de considerable magnitud y peligro para la población. Otro factor de riesgo constituye el parque automotor por lo cual es necesario que se implemente señalización vial en beneficio y protección de la comunidad.

3.9.11 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL AREA DE SALUD No 2 “FRAY BARTOLOMÉ DE LAS CASAS”.

3.9.11.1 Características socioeconómicas y culturales de la población

PLOBLACIÓN TOTAL

El año 2009 la población asignada al Área de Salud No 2 la población total asignada es de 129.081, siendo el grupo de 20 y más años tiene el grupo con mayor cantidad de población.

Tabla N° 18

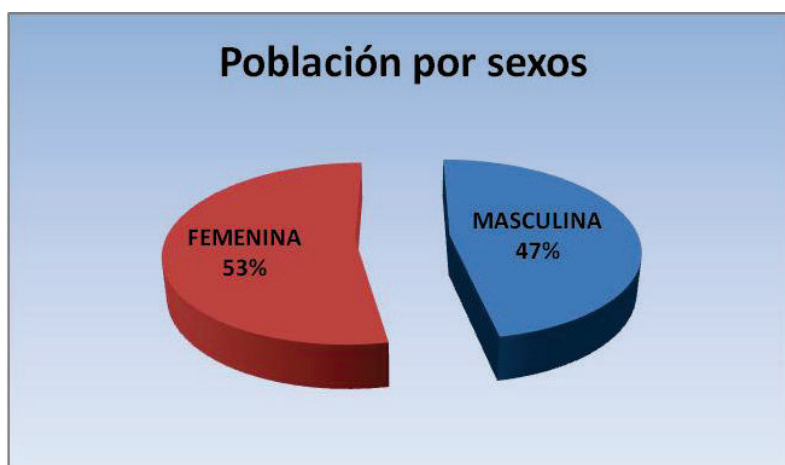
Población por sexo

POBLACION POR SEXOS	NUMERO	PORCENTAJE
POBLACION MASCULINA	60 777	47%
POBLACION FEMENINA	68 535	53%
TOTAL	129 312	100%

Fuente: Área de Salud N° 2

Elaborado por: Nancy Herrera

Gráfico N° 16



Fuente: Área de Salud N° 2

Elaborado por: Nancy Herrera

ANÁLISIS:

Observamos que existe una mayor cantidad de mujeres que hombres siendo este grupo el que tiene el mayor porcentaje con el 53%.

3.9.11.2 Características sociales

Tabla N° 19

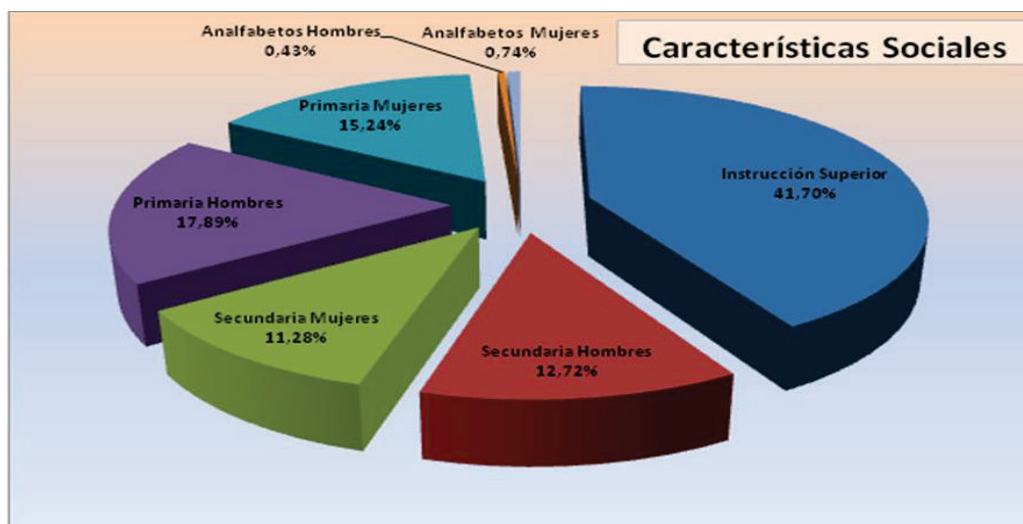
Características Sociales

Instrucción Superior	33,593	Primaria Hombres	14,412
Instrucción Secundaria	19,334	Primaria Mujeres	12,276
Secundaria Hombres	10,247	Analfabetos	943
Secundaria Mujeres	9,087	Analfabetos Hombres	349
Instrucción Primaria	26,688	Analfabetos Mujeres	594
TOTAL P. E .A			80,558

Fuente: Departamento de Estadística.

Elaborado por: Coordinación del Área de Salud N° 2

Gráfico N° 17



Fuente: Área de Salud N° 2

Elaborado por: Nancy Herrera

ANÁLISIS:

Se analiza la escolaridad media de nuestra población donde observamos que el 54% son hombres con instrucción primaria, se observa, que la cantidad de analfabetos pertenecen al grupo de las mujeres con el 63%.

3.9.11.3 Características económicas y ocupacionales

Tabla N° 20

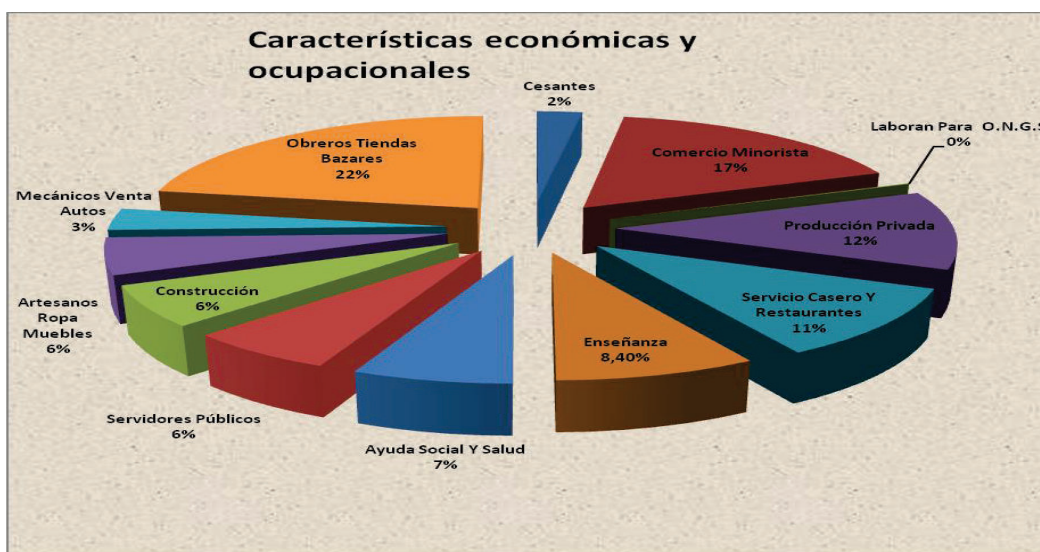
Características Económicas y Ocupacionales

OCUPACIÓN DE LA P. E. A.	NÚMERO	%	OCUPACIÓN DE LA P. E. A.	NÚMERO	%
Cesantes	1.772	2.20%	Ayuda Social Y Salud	4.753	5.90%
Comercio Minorista	12.085	15%	Servidores Públicos	4.511	5.60%
Laboran Para O.N.G.S	87	10.80%	Construcción	4.430	5.50%
Producción Privada	8.379	10.40%	Artesanos Ropa Muebles	3.947	4.90%
Servicio Casero Y Restaurantes	7.572	9.40%	Mecánicos Venta Autos	2.336	2.90%
Enseñanza	6.042	7.50%	Obreros Tiendas Bazares	16.031	19.90%
P.E.A. universo	80.558	100%			

Fuente: Departamento de Estadística.

Elaborado por: Coordinación del Área de Salud N° 2

Gráfico N° 18



Fuente: Área de Salud N° 2

Elaborado por: Nancy Herrera

ANÁLISIS

La población del área de salud se dedica más a las actividades de obreros y dependientes de tiendas y bazares.

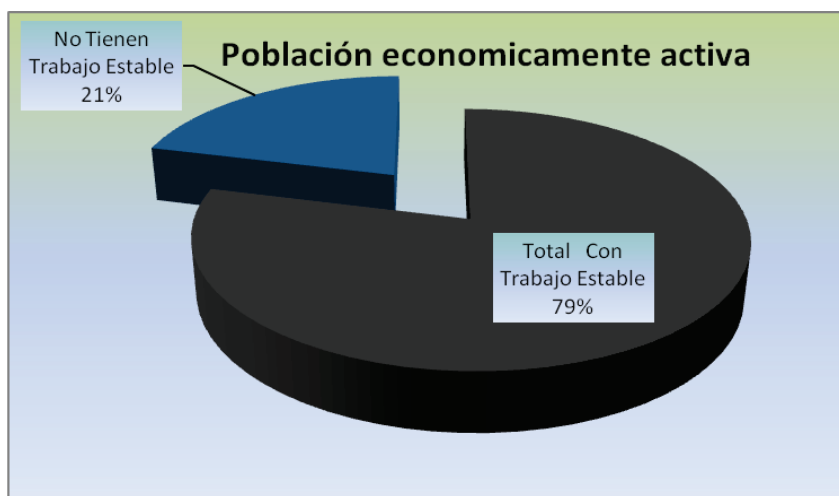
Tabla N° 21

Características Económicas y Ocupacionales POBLACIÓN (PEA)	NUMERO	%
Población Total (PEA)	80,558	100%
Varones	31,168	38.6%
Mujeres	32,443	40.3%
Total Con Trabajo Estable	63,611	78.9%
No Tienen Trabajo Estable	16,947	21.0%

Fuente: Departamento de Estadística.

Elaborado por: Coordinación del Área de Salud N° 2

Gráfico N° 19



Fuente: Área de Salud N° 2

Elaborado por: Nancy Herrera

ANÁLISIS:

El 80% de la población está dentro de la etapa productiva, siendo el grupo femenino el que tiene el mayor porcentaje con el 40.3%, y el 78.9% tienen trabajo estable.

3.9.11.4 Perfil epidemiológico del Área de Salud N° 2 – Año 2007

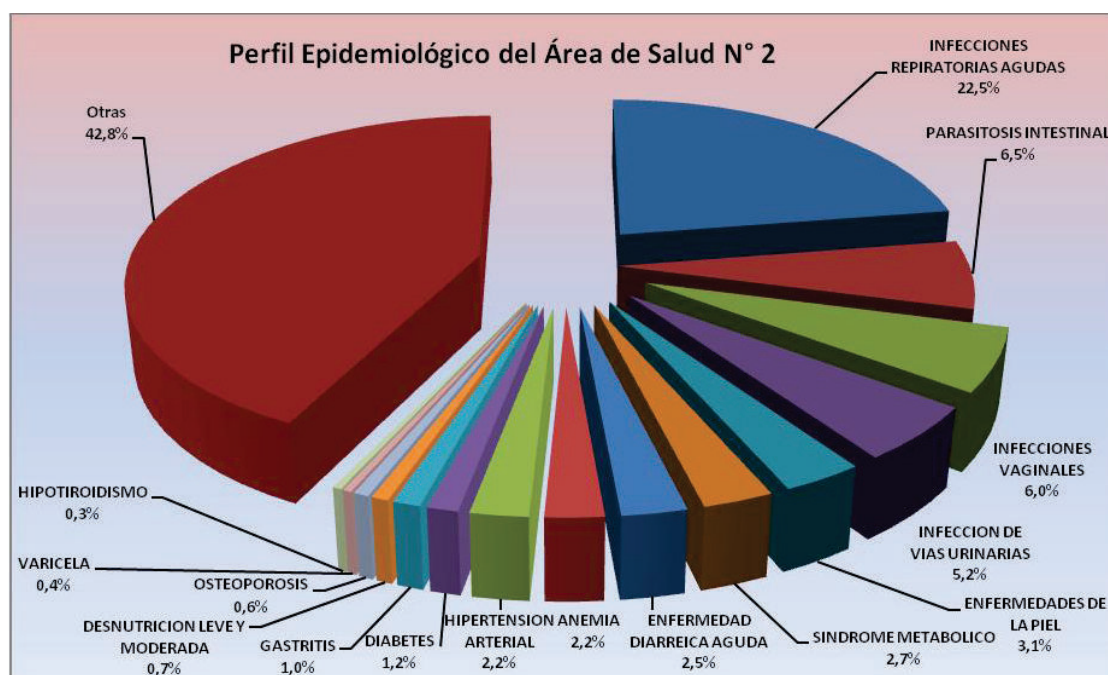
TABLA N° 22

Perfil epidemiológico del Área de Salud N° 2 – Año 2007

ORDEN	DIAGNÓSTICO	NÚMERO	%	ORDEN	DIAGNÓSTICO	NÚMERO	%
1a	INFECCIONES REPIRATORIAS AGUDAS	7318	22,51	8a	HIPERTENSION ARTERIAL	719	2,21
2a	PARASITOSIS INTESTINAL	2129	6,55	9º	DIABETES	389	1,05
3a	INFECCIONES VAGINALES	1952	6	10a	GASTRITIS	341	1,05
3a	INFECCION DE VIAS URINARIAS	1692	5,2	11a	DESNUTRICION LEVE Y MODERADA	212	0,65
4a	ENFERMEDADES DE LA PIEL	1011	3,11	12a	OSTEOPOROSIS	194	0,6
5a	SINDROME METABOLICO	879	2,7	13a	VARICELA	114	0,35
6a	ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	812	2,5	14a	HIPOTIROIDISMO	112	0,34
7a	ANEMIA	731	2,25		Otras	13906	
TOTAL		32511	100				

Fuente: Departamento de Estadística.

Gráfico N° 20



Fuente: Área de Salud N° 2

Elaborado por: Nancy Herrera

ANÁLISIS:

Al analizar la tabla N° 20 podemos darnos cuenta que las 5 primeras causas son producidas por infecciones en diferentes órganos del cuerpo, al analizar estos datos nos hacen enfocarnos más en la educación a fin de prevenir y así disminuiríamos estos índices de morbilidad que sumados las cinco primeras causas nos dan un total de 43.37%

3.9.11.5 Morbilidad 2008**TABLA N° 23****Morbilidad 2008**

MORBILIDAD 2008	Numero	%
INFECCIONES REPIRATORIAS AGUDAS	9056	32.6
INFECCIONES VIAS URINARIAS	4181	15.1
VAGINITIS Y VAGINOSIS	2438	8.8
PARASITOSIS INTESTINAL	2002	7.2
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	1452	5.2
DESNUTRICION LEVE Y MODERADA	633	2.3
ANEMIA	630	2.3
HIPERTENSION ARTERIAL	537	1.9
DIABETES	471	1.7
HIPOTIROIDISMO	95	0.3
OTRAS	6281	22.6
TOTAL	27776	100.0

Fuente: Departamento de Estadística Área de Salud N° 2.

ANALISIS:

De acuerdo a la morbilidad de los años 2007 y 2008 observamos que como primera causa se mantienen las infecciones respiratorias agudas, siendo el grupo más vulnerable los menores de 4 años.

Las intervenciones en escuelas saludables en actividades de prevención se ha realizado exámenes de laboratorio por lo que se evidencia un aumento en diagnósticos de parasitosis Intestinal situándose como la segunda causa de morbilidad.

Las infecciones vaginales se mantienen como la tercera causa de morbilidad. Con respecto a las patologías crónicas los datos serán auditados a partir del año 2009 ya que no existe información real que permita un análisis confiable de la información, por lo que nos encontramos trabajando en un sistema de auditoria medica y de manejo de información.

3.9.12 CALIDAD DE LA ATENCIÓN

3.9.12.1 Holística bio psicosocial e integrada

En encuesta realizada el 22 de enero del 2009 a 50 usuarias asistentes al servicio de estadística se detectaron los siguientes problemas con respecto a la calidad de atención:

- Que el departamento de estadística presenta muchos problemas en atención al usuario existiendo maltrato al usuario externo y falta de información.
- Perdida de la información y duplicación de las historias clínicas

- Falta de información por parte de los profesionales médicos sobre diagnóstico y tratamiento.

3.9.12.2 Continuidad

- La norma del ministerio de salud Pública establece 2 consultas por episodio, en el año 2008 se brinda atención por morbilidad en primera consultas un total de 37253 y subsecuentes 6779 aplicando la fórmula establecida sería un equivalente a 5.4 consultas por episodio, al realizar el análisis del porcentaje de pacientes que acuden a consultas subsecuentes tomando como dato el total de primeras consultas la población que regresa es de 18.1% que regresan a consultas subsecuentes.
- El sistema de información existente en la actualidad no nos permite la realización de análisis, por grupos etareos, lo que dificulta identificar el grupo que demanda de manera subsecuente nuestro servicio.
- La concentración para embarazadas que son el total de consultas primeras más subsecuentes es de 4024 divididas para las primeras consultas de 1097 nos da a 3,06 consultas por embarazadas.

3.9.12.3 Interniveles

En la tasa de referencia tenemos como solicitadas 678 dividido para 44032 nos da un porcentaje de 1.44% siendo la tasa de referencia el 5% según la norma del MSP. Debiéndose considerar que nuestra área de salud N°2 cuenta con 5 médicos con especialidad en pediatría, un médico en salud familiar, 1 médica adocentologa, 10 médicos generales que brindan atención directa al paciente .

3.9.12.4 Integración

En el análisis de la información se establece que de 1097 embarazadas que consultan por primera vez solo el 9,2% son referidas para consulta odontológica de prevención, lo que refleja la falta de compromiso de los profesionales para ejecutar una atención integral e integrada.

3.9.12.5 Efectividad y eficiencia

Para medir efectividad y eficiencia se ha considerado las coberturas de pentavalente en menores de un año, llegando alcanzar el 71,99% siendo la meta establecida el 100%, esto evidencia la falta de recurso humano del proceso de enfermería ya que todos los Subcentros cuentan solo con una profesional que debe ejecutar todos los programas de salud publica.

3.9.12.6 Permanencia

Los tiempos de espera para el acceso de la población a la atención en salud supera las 5 horas desde la llegada del paciente a la unidad hasta salir con la atención brindada, para superar esta problemática el área de salud ha implementado la cita previa que se encuentra ejecutándose como plan piloto, cuyos resultados lo tendremos a finales del mes de febrero que nos permitirán ejecutar los correctivos correspondientes.

El tiempo de entrega de resultados es en el servicio de emergencia de 1-2 horas y en consulta externa de 24 horas como máximo.

3.9.12.7 Funciones de primer nivel

Se analiza la tasa de utilización del servicio, siendo la meta establecida por el MSP el 1%, y el área de salud a atendido en primeras consultas de morbilidad durante el año 2008 un total de 37253 /129312 habitantes siendo 0,28 %, lo que refleja lo sucede a nivel nacional con la demanda de los servicios de salud del sector publico..

3.9.12.8 Contacto con la comunidad

Se encuentra conformado el consejo local de salud, los comités de usuarias de los Subcentros y centro del área de salud, con la existencia de actas de su participación activa en el desarrollo de las funciones.

3.9.12.9 Oferta de servicios paquetes de actividades

Para la evaluación de oferta se ha determinado que el indicador trazador será el control del niño sano, coberturas de fomento en menores de un año se ha ejecutado un total de 58,17% de coberturas, El mismo que comparado con los datos del 2007 donde la cobertura anterior era de 43.98% existiendo un incremento de 14.19%.

3.9.12.10 Gestión de Recursos Humanos

TABLA N° 24**TALENTO HUMANO ÁREA DE SALUD N° 2**

TALENTO HUMANO	Cabecera del Área	SCS San Juan Quito	SCS San Vicente	SCS Santa Clara de San Millán	SCS Santa Clara del Mercado	SCS San Juan Independencia
Médicos Tratantes	12	2	2	2	2	1
Odontólogos	4	1	1	2	2	1
Obstetrices	2	1	1		1	1
Enfermeras	6	1	2	1	1	1
Tecnólogo Laboratorio	1					
Bioquímico Clínico	1					
Trabajadora Social	2					
Psicólogo Clínico/Infantil	2					
Personal Administrativo	18					
Inspectores Sanitarios	4					
Auxiliares de Enfermería-Odontología	9	1		1	1	
Auxiliar de Farmacia	1					
Auxiliares Administrativos de la Salud	4	1	1	1	1	1
Choferes	2					
Subtotal	68	7	7	7	8	5
TOTAL	102					

Fuente: Proceso de Gestión Recursos Humanos Área de Salud N° 2, 2009

ANÁLISIS:

El área cuenta con médicos de 8 horas repartidos entre las 6 unidades operativas.

3.9.12.11 Gestión de medicamentos

- Existe una farmacia en el centro de salud y 6 botiquines uno por cada una de las unidades operativas.
- La Farmacia Central esta equipada con un sistema de control informático (Olimpo).
- La Bodega se maneja de acuerdo a las normas de almacenamiento
- Manejo de stock mínimo y máximo con control de fecha de caducidad,

- Góndolas que garantizan la organización de los medicamentos preservando su integridad y facilitando su identificación.
- Manejo de cadena de frío para medicamentos que los requieran.
- Los medicamentos han sido adquiridos con presupuestos de la ley de maternidad gratuita , observando la normativa vigente.
- La accesibilidad a medicamentos a sido universal y gratuita el 100%.
- Los medicamentos adquiridos por el area son genéricos en un 80%.
- En disponibilidad de medicamentos existe una lista de medicamentos que se implemento hace aproximadamente un año nueve meses donde se pone en conocimiento de los profesionales los stock existentes, para garantizar la rotación adecuada de medicamentos.
- Durante el año 2008 se ocasionaron algunas rupturas de medicamentos, e insumos debido al cambio del sistema financiero que se centralizo, por lo que los tiempos de espera en adquisición de estos.

3.9.12.12 Gestión administrativa

Gerencia y toma de decisiones

El equipo gerencial se encuentra conformado por la Directora, Coordinadora de la Gestión Técnica, Coordinador del Modelo de Atención con conocimientos en Salud pública quienes laboran directamente en coordinación con la UCA la misma que se encuentra conformada por todos los lideres de Proceso y un Miembro de la Comunidad.

- Se ha ejecutado 8 reuniones con los miembros de la UCA del Aérea de Salud N°2.

- Se han Conformado comités: auditoria medica, aseguramiento de la calidad, riesgos y desastres, veeduría ciudadana, farmacología, investigación, ferias de la salud y prevención de violencia intrafamiliar y maltrato al usuario. En los mencionados comités se ha involucrado a un 40% del personal profesional con el que cuenta el área de Salud.
- Se ha trabajado con los lideres de los Programas verticales: DOTS, VIH SIDA, ITS, Crónicas No Transmisibles; Adulto Mayor, DOC, PAI, PANN y adolescentes con la finalidad de subir las coberturas de los mismos.

Planificación

Existe un plan estratégico, POA General, PIA, PLIS y POA por cada uno de los Procesos.

Monitoreo y evaluación

Se ha ejecutado 2 reuniones de análisis de coberturas por cada una de las unidades operativas y 4 evaluaciones del área.¹⁸

3.10 ANÁLISIS DE LA PRODUCTIVIDAD DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN EL ÁREA DE SALUD N°2 “FRAY BARTOLOMÉ DE LAS CASAS”.

El Ministerio de Salud Pública ha definido al Programa de Control de la tuberculosis como de magnitud nacional, descentralizado, simplificado y prioritario, que se ejecuta desde el nivel local e involucra a todos los establecimientos del

¹⁸ Área de Salud N° 2, Plan estratégico 2008-2010.

sector salud, además de contribuir al fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud .

El Área de Salud N° “2” Fray Bartolomé de las Casas” forma parte de la implementación de la estrategia DOTS en el año 2002 , formándose un equipo básico de conducción del programa la responsabilidad del programa lleva a cabo una Licenciada en Enfermería, Un médico consultor, una auxiliar de enfermería, laboratorista, y todos los responsables del programa a nivel de las unidades operativas.

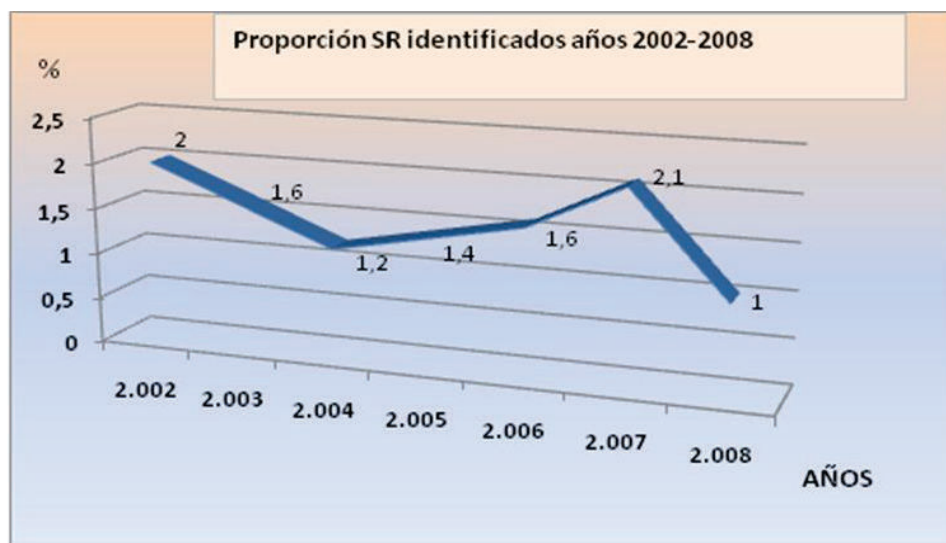
Tabla N° 25
Proporción de Sintomáticos Respiratorios Identificados 2002-2008

AÑOS	2.002	2.003	2.004	2.005	2.006	2.007	2.008
PROPORCION DE SINTOMATICOS	419	331	206	233	254	406	366
CONSULTAS MAYORES DE 15 AÑOS	20.600	20.582	16.680	16.822	16.304	19.281	34.927
PORCENTAJE	2,0	1,6	1,2	1,4	1,6	2,1	1,0

Fuente: Sistema de información del Programa de Control de la Tuberculosis, Área N° 2, Pichincha

Realizado por: Lic. Nancy Herrera

Gráfico N° 21



Fuente: Sistema de información del Programa de Control de la Tuberculosis, Área N° 2, Pichincha

Realizado por: Lic. Nancy Herrera

ANÁLISIS:

Al analizar esta tabla nos damos cuenta que los indicadores de capacitación del Sintomático respiratorio es baja en comparación con el indicador propuesto por el Programa de Tuberculosis que la meta es alcanzar el 5%.

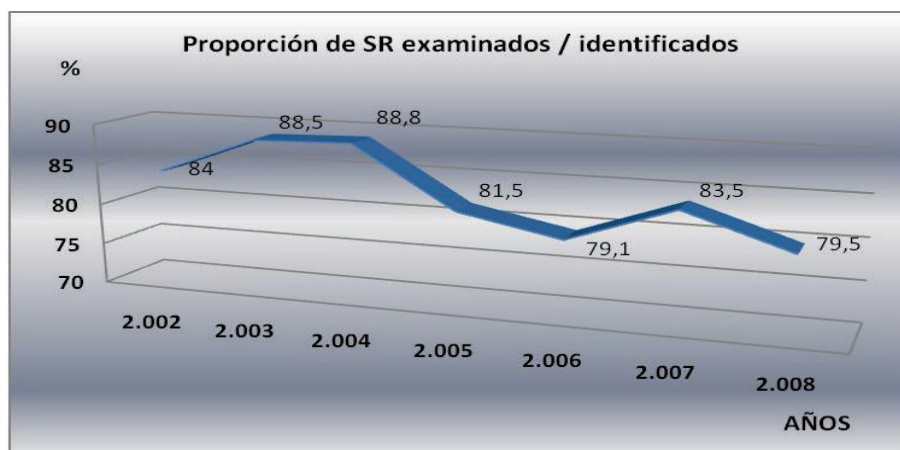
Tabla N° 26
Proporción de SR Examinados / SR Identificados 2002-2008

Años	2.002	2.003	2.004	2.005	2.006	2.007	2.008
SR Examinados	352	293	183	190	201	339	291
SR Identificados	419	331	206	233	254	406	366
Proporción (%)	84,0	88,5	88,8	81,5	79,1	83,5	79,5

Fuente: Sistema de información del Programa de Control de la Tuberculosis, Área N° 2, Pichincha

Realizado por: Lic. Nancy Herrera

Gráfico N° 22



Fuente: Sistema de información del Programa de Control de la Tuberculosis, Área N° 2, Pichincha

Realizado por: Lic. Nancy Herrera

ANÁLISIS:

Esta tabla nos demuestra que del 100% de pacientes identificados no se cumple la meta que es del 100% de cumplir con los pacientes examinados, muchas veces por que los pacientes no son del sector y no regresan con la segunda muestra a la unidad, y para considerarlo paciente examinado por lo menos dos de las tres baciloscopias deben ser realizadas.

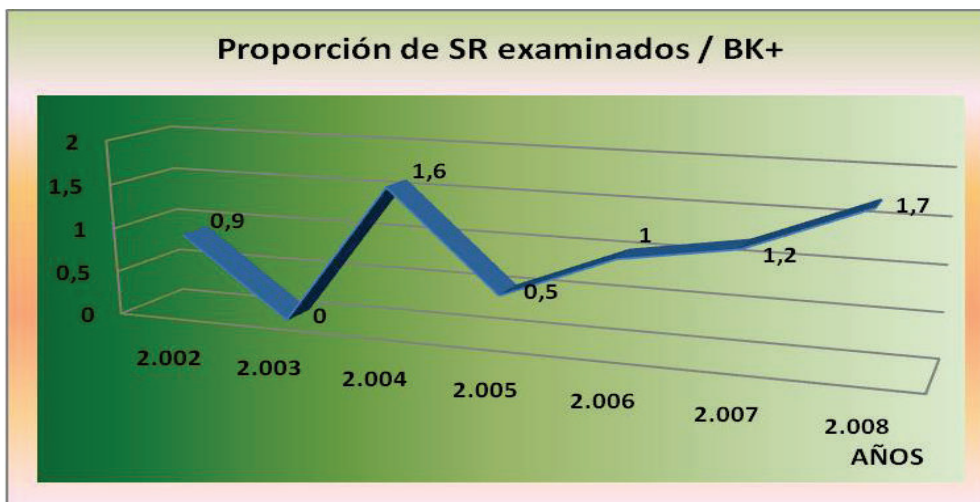
Tabla N° 27
Proporción de SR Examinados / BK +

AÑOS	2.002	2.003	2.004	2.005	2.006	2.007	2.008
SR Examinados BK+	3	0	3	1	2	4	5
SR Examinados	352	293	183	190	201	339	291
Proporción (%)	0,9	0,0	1,6	0,5	1,0	1,2	1,7

Fuente: Sistema de información del Programa de Control de la Tuberculosis, Área N° 2, Pichincha

Realizado por: Lic. Nancy Herrera

Gráfico N° 23



Fuente: Sistema de información del Programa de Control de la Tuberculosis, Área N° 2, Pichincha
Realizado por: Lic. Nancy Herrera

ANÁLISIS:

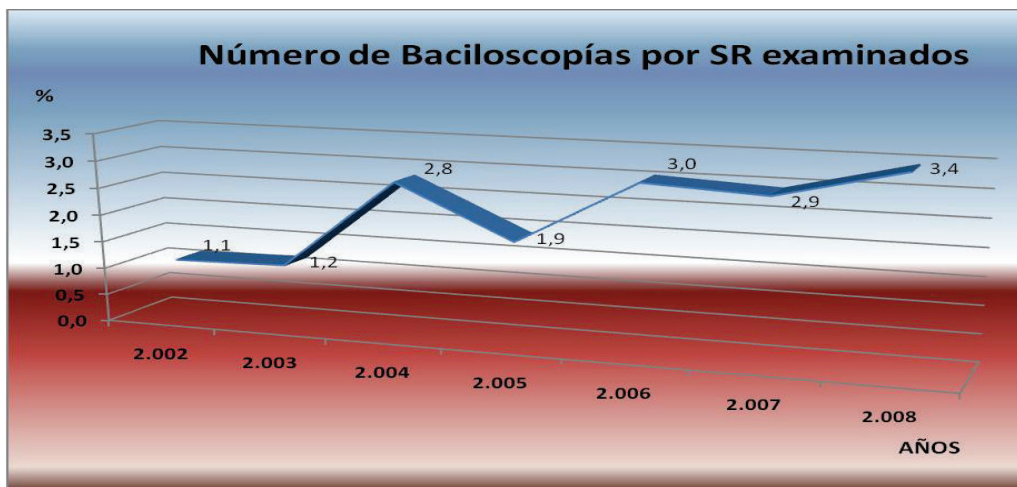
Observamos en esta tabla que los indicadores son bajos en relación a la captación de sintomáticos respiratorios examinados, para mejorar este indicador se debería establecer estrategias que nos permitan captar un mayor número de BK+.

Tabla N° 28
Número de Baciloscopías por SR examinados

AÑOS	2.002	2.003	2.004	2.005	2.006	2.007	2.008
N° de baciloscopías de diagnóstico	392	339	514	356	609	991	302
SR Examinados	352	293	183	190	201	339	88
Número de BK por SR	1,1	1,2	2,8	1,9	3,0	2,9	3,4

Fuente: Sistema de información del Programa de Control de la Tuberculosis, Área N° 2, Pichincha
Realizado por: Lic. Nancy Herrera

Gráfico N° 24



Fuente: Sistema de información del Programa de Control de la Tuberculosis, Área N° 2, Pichincha
Realizado por: Lic. Nancy Herrera

ANÁLISIS:

De todos los pacientes examinados debe cumplir el indicador 2 baciloscopías para ser considerados como examinados, pero al analizar observamos que durante los años 2002, 2003, 2004, 2005 no cumplen con la meta y de esta manera perdiéndose de vista a estos pacientes.

Tabla N° 29
Número de Baciloscopías discordantes

AÑOS	2.003	2.004	2.005	2.006	2.007	2.008
N° de láminas discordantes	1	0	0	0	0	0
N° total de láminas supervisadas	108	102	105	106	360	260
Porcentaje	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: Sistema de información del Programa de Control de la Tuberculosis, Área N° 2, Pichincha
Realizado por: Lic. Nancy Herrera

Gráfico N° 25



Fuente: Sistema de información del Programa de Control de la Tuberculosis, Área N° 2, Pichincha

Realizado por: Lic. Nancy Herrera

ANÁLISIS:

De este gráfico podemos sacar como análisis la fortaleza que tiene el laboratorio al no presentar discordancia, durante la implementación de la estrategia a excepción del 1^{er} año que ha sido superado.

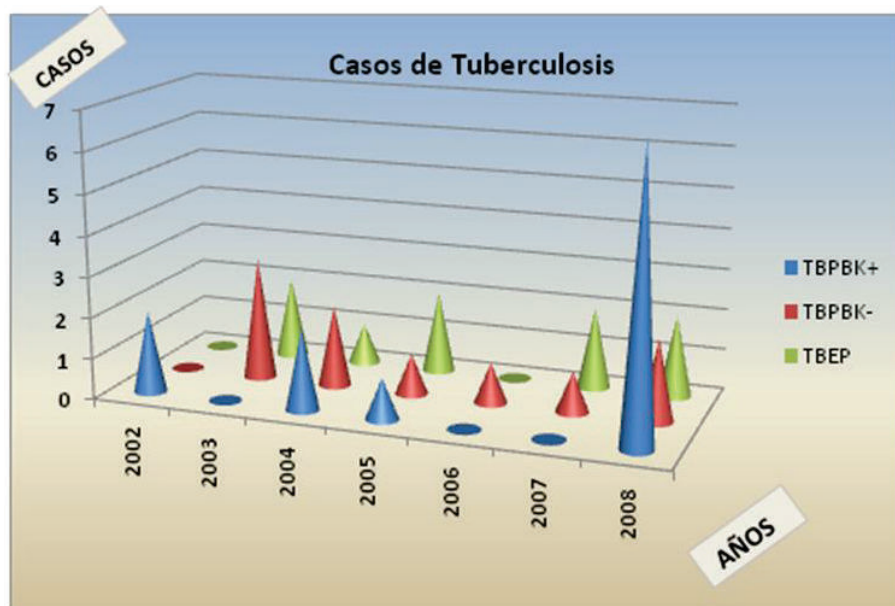
Tabla N° 30
Número de Casos de Tuberculosis

Casos Nuevos	2.002		2.003		2.004		2.005		2.006		2.007		2.008	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TBPBK+	2	50,0	0	0,0	2	40,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	7	0,0
TBPBK-	0	0,0	3	60,0	2	40,0	1	25,0	1	25,0	1	25,0	2	25,0
TBEP	0	0,0	2	40,0	1	20,0	2	50,0	0	0,0	2	50,0	2	0,0
Total	2	50,0	5	100,0	5	100,0	4	100,0	1	25,0	3	75,0	11	25,0

Fuente: Sistema de información del Programa de Control de la Tuberculosis, Área N° 2, Pichincha

Realizado por: Lic. Nancy Herrera

Gráfico N° 26



Fuente: Sistema de información del Programa de Control de la Tuberculosis, Área N° 2, Pichincha
Realizado por: Lic. Nancy Herrera

ANÁLISIS:

Esta tabla nos permite ver claramente como incrementa los pacientes de tuberculosis y de las otras formas de tuberculosis, si la búsqueda sería constante, sostenible sería el éxito para disminuir la mortalidad de esta enfermedad.

CAPÍTULO IV

MARCO DE REFERENCIA

4.1 MARCO DE REFERENCIA

4.1.1 HISTORIA DE LA ADMINISTRACIÓN

La Administración es el resultado histórico e integrado de la contribución acumulada de numerosos pioneros, ciertos filósofos, físicos, economistas, estadistas, así como empresarios que con el transcurso del tiempo fueron desarrollando y divulgando obras y teorías en su campo de actividad. Los intentos de construir una nueva ciencia, con un campo de saber delimitado, tienen origen tanto en el área pública cuanto en la privada. Como campo de conocimiento, la administración pública tiende a conquistar su autonomía con relación a la ciencia política y al derecho público, y la administración de empresas busca liberarse de la economía. La convergencia de los dos sectores produce un fenómeno que transita en la mayoría de veces de forma híbrida que tiene como base lo producido por otros campos del saber. Fernando López¹⁹ refiere uno de los primeros conceptos según Juan Carlos Bonnin, considerado como el fundador de la moderna ciencia de la administración señala la administración como: "... la ciencia de las relaciones entre la comunidad y los individuos, y de los medios de conservación de esas relaciones por la

¹⁹ Fernando López. *Reseña sobre la evolución de la administración en el Ecuador*. Quito. Sin editor. 2007. P.3.

acción de las leyes y de los magistrados sobre las personas y las propiedades, en todo a lo que interesa al orden social".

En el estudio de la teoría administrativa en general concurren varias escuelas o corrientes de pensamiento. Unas han puesto importancia en el carácter normativo de la administración, ya que consideran que las instituciones, funcionarios y trabajadores tienen que sujetarse a un conjunto de normas jurídicas; otras han establecido una correspondencia entre administración, gerencia y gobierno; otras observan a la administración como sinónimo de productividad. Estas explicaciones son insuficientes para comprender los procesos organizacionales, ya que enfocan su efectividad y eficiencia desde una perspectiva reduccionista, que se desentienden de contextos sociales, económicos y culturales, tanto en su génesis como en sus manifestaciones actuales.

Uno de los primeros enfoques de la administración contemporánea corresponde a la **teoría de la administración científica**, siendo uno de los principales representantes el ingeniero norteamericano Frederick Taylor (1856-1915), quien provocó una verdadera revolución en el pensamiento administrativo y en el mundo industrial de la época. Esta teoría dio énfasis en las tareas y en la llamada organización racional del trabajo. Según lo describe Idalberto Chiavenato²⁰, los elementos principales de aplicación de la administración científica según Taylor son: "a) estudios de tiempos y estándares de producción; b) supervisión funcional; c) estandarización de herramientas e instrumentos; d) planeación de tareas y cargos; e) el principio de excepción; f) la idea de tarea asociada a incentivos de producción

²⁰ Idalberto Chiavenato. *Introducción a la Teoría General de la Administración*. Bogotá. McGraw-Hill Interamericana edit., S.A. 1998. P. 62.

por su ejecución eficiente y diseño de la rutina de trabajo; g) la clasificación de los productos y del material utilizado en la factura”.

La **teoría clásica de la administración**, abanderada por Henri Fayol (1841 – 1925) surgió en Francia en 1916, se caracterizaba por dar importancia a la estructura que una organización debía tener para lograr la eficiencia. Por una parte la estructura tendría una organización formal a través de secciones, departamentos, divisiones, las mismas que se encargarán de realizar funciones como: comerciales, técnicas, financieras, seguridad, contables y administrativas; la función administrativa se relaciona con la integración, por parte de la dirección y coordinan y sincronizan las otras funciones y están siempre por encima de ellas. Por otra parte están las personas que se encargarán de ocupar cargos y serán los ejecutores de las tareas.

Las cuatro primeras décadas del siglo XX la teoría científica y clásica de la administración tuvieron una hegemonía y no fueron cuestionadas por otra teoría administrativa importante, sus fundamentos no siempre se aceptaron pacíficamente entre los trabajadores y sindicatos norteamericanos, quienes catalogaron la administración científica como un medio sofisticado de explotación de los empleados a favor de los intereses patronales.

Ante esto surgió la **teoría de las relaciones humanas**, desarrollada por Elton Mayo, luego de realizar los estudios de Hawthorne (1927 - 1932) donde se evidenció las condiciones críticas en las cuales desarrollaban los trabajadores sus actividades en una fábrica textil próxima a Filadelfia. Esta teoría se desarrolló principalmente por la necesidad de humanizar la administración, separándola de los conceptos rígidos y mecanicistas de la teoría clásica de la administración

conduciendo hacia una democratización de los conceptos administrativos y teniendo a la persona como miembro y eje principal de un grupo social, manteniendo de esta forma una correlación con los intereses de la organización que tiene un enfoque informal. Esta teoría adopta como una característica básica de la administración como una ciencia social aplicada en la cual existe una identidad de intereses individuales e institucionales con un sistema de incentivos y donde todo conflicto es indeseable y debe ser evitado.

La psicología y la sociología como ciencias humanas tuvieron un gran desarrollo y demostraron gradualmente lo inadecuado de los principios de la teoría clásica. Las expectativas de los empleados, sus necesidades psicológicas, la organización informal, la red no convencional de comunicaciones, el liderazgo que sustituye la autoridad jerárquica formal son características principales de la teoría de las relaciones humanas.

Cronológicamente aparece la **teoría neoclásica de la administración** representada por Peter Drucker con una serie de sucesos y publicaciones desde 1935 hasta 1974, teniendo como características principales el énfasis en la práctica de la administración, el pragmatismo, la utilidad y por la búsqueda de resultados concretos y palpables, por cuanto la teoría sólo tiene valor cuando se articula en la práctica. Otra característica es la reafirmación de los postulados clásicos, esto lo ponen en práctica al retomar gran parte del fundamento desarrollado por la teoría clásica como es la estructura de la organización de tipo lineal, funcional y línea-staff, las relaciones de línea y asesoría, el tema de autoridad y responsabilidad, la departamentalización, todo esto se redimensiona y reestructura de acuerdo con las circunstancias de la época actual, dándole una configuración más amplia y flexible.

La teoría neoclásica de la administración acoge los principios generales de administración (planeación, organización, dirección, control) con unos criterios más o menos elásticos en la búsqueda de soluciones administrativas prácticas. Los administradores son esenciales en toda organización dinámica y exitosa sea relacionada con la industria, el gobierno, la iglesia, el ejército, un complejo turístico, etc., que a pesar de ser diferentes actividades, los problemas administrativos son relativamente comunes.

El énfasis en los objetivos y en los resultados es otra característica de la teoría neoclásica, y es en función de ellos como la organización debe estar enfocada, estructurada y orientada. Los objetivos son valores imaginados o resultados deseados que se espera alcanzarlos a través de la eficiencia de las operaciones de la organización. Son precisamente los objetivos los que justifican la existencia y operación de una organización. La teoría neoclásica tiene a la administración por objetivos (APO) uno de los referentes más importantes.

De igual forma esta teoría se fundamenta en el eclecticismo, es decir recoge el contenido de casi todas las teorías administrativas como la teoría de las relaciones humanas, teoría de la burocracia, teoría estructuralista, la teoría del comportamiento, teoría matemática, teoría de sistemas, privilegiando las tareas y las personas con un enfoque de la organización formal e informal. La teoría neoclásica debido al eclecticismo se considera como una teoría clásica actualizada con los conceptos de la administración moderna.

La **teoría de la burocracia** en los años 50, según el concepto popular la burocracia se presenta como una empresa u organización donde el papeleo y los trámites se multiplican y crecen, impidiendo soluciones rápidas o eficientes,

existiendo un apego de los funcionarios a los reglamentos y rutinas. Se da un énfasis en el enfoque de la organización formal, los conflictos individuales son predecibles y prevalecen los objetivos de la organización. Para Max Weber, la cabeza visible de esta teoría, según Idalberto Chiavenato la burocracia la define como:

“... exactamente lo contrario y es la organización eficiente por excelencia. Esta eficiencia se consigue describiendo anticipadamente y hasta con un mínimo detalle la manera como deberán hacerse las cosas. Entre las principales características de esta corriente tenemos el carácter legal de las normas y reglamentos; carácter formal de las comunicaciones; carácter racional y división del trabajo; jerarquía de autoridad; competencia técnica y meritocrática; especialización de la administración, independientemente de los propietarios; previsión del funcionamiento”²¹.

La burocracia es una organización articulada por normas y reglamentos racionales previamente establecidos por escrito que son rígidos y buscan cubrir toda la organización, previniendo todas las situaciones posibles enmarcadas dentro de un esquema regulador previamente definido. Las reglas, decisiones y acciones administrativas se formulan y registran por escrito con formatos y rutinas definidas lo que le da el carácter formal de las comunicaciones en la burocracia. Existe una división sistemática y racional del trabajo donde cada participante pasa a tener su cargo, sus funciones y su campo de actuación y responsabilidad específicos con el objeto de alcanzar los objetivos y conseguir la eficiencia de la organización. Las actividades se realizan en términos de cargos y funciones y no de personas involucradas dando como resultado un carácter impersonal en las relaciones de los miembros de la organización.

²¹ (I. Chiavenato, 1998: 406)

La teoría estructuralista tiene a James D. Thompson, Amital Etzioni, Merton, Selznick y Gouldner entre otros estudiosos de la administración en los finales de la década de los 50 como sus principales representantes y nace por cuanto la teoría de las relaciones humanas entró en decadencia y evidenciaron que la teoría de la burocracia tenía una serie de distorsiones, disfunciones, tensiones, carente de la flexibilidad e innovación necesarias e imprescindibles en una sociedad moderna en proceso de cambio permanente y representa una visión crítica de la organización formal.

De igual forma se origina por la necesidad de visualizar la organización como una unidad social, en donde interactúan los grupos sociales que comparten algunos de los objetivos de la organización. EL estructuralismo influye en las ciencias sociales con su repercusión en las organizaciones. La estructura se considera como el conjunto formal de dos o más elementos y que permanece inalterado sea en el cambio, sea en la diversidad de los contenidos, es decir, la estructura se mantiene incluso con la interacción de uno de sus elementos o relaciones. Para los estructuralistas, la sociedad moderna e industrializada es una sociedad de organizaciones de las cuales el hombre depende para nacer, crecer, vivir y morir. El estructuralismo amplió el estudio de las interacciones entre los grupos sociales para el de las interacciones entre las organizaciones sociales.

La teoría estructuralista enfoca al hombre organizacional, es decir el hombre que desempeña diferentes funciones o papeles en varias organizaciones. El análisis de las organizaciones desde el punto de vista estructuralista se hace a partir de un enfoque múltiple que toma en cuenta simultáneamente los fundamentos de la teoría clásica, de la teoría de las relaciones humanas y de la teoría de la burocracia.

El enfoque múltiple utilizado por la teoría estructuralista según lo refiere Saul Trejo²² involucra tanto la organización formal como informal, las recompensas salariales y materiales como las recompensas sociales y simbólicas, todos los diferentes tipos de organizaciones y el análisis intraorganizacional y el análisis interorganizacional.

La teoría comportamental surge a finales de los años 40, tiene como su mayor exponente a Herbert Alexander Simon, ganador del premio Nobel de Economía en 1978, Chester Barnard, Douglas McGregor entre otros autores; y, dentro del campo de la motivación destaca a Abraham Maslow, Frederick Herzberg y David McClelland. Esta teoría si bien comparte algunos de sus conceptos fundamentales con la teoría de las relaciones humanas, los utiliza como punto de partida y los reformula profundamente, y sobre todo es sumamente crítica con las teorías administrativas anteriores.

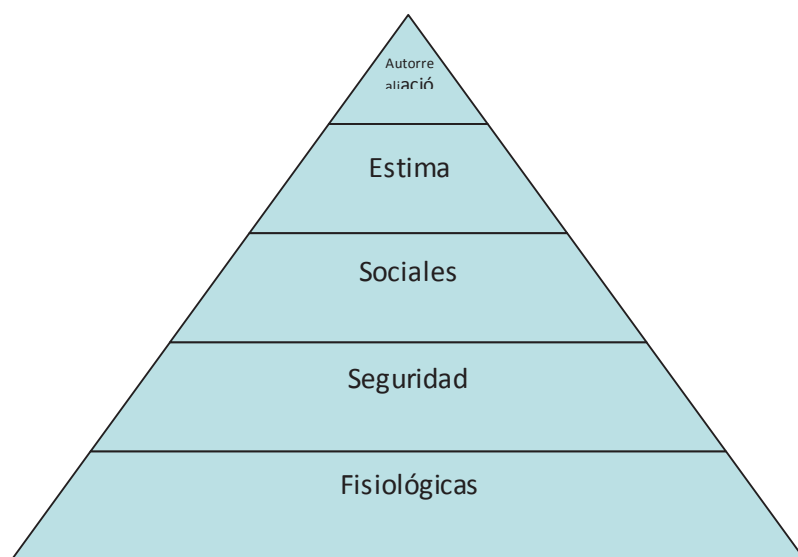
Esta teoría se fundamenta en la conducta individual de las personas y para poder explicar su comportamiento es necesario el estudio de la motivación humana. Se parte que el hombre es considerado un animal complejo dotado de necesidades complejas y diferenciadas, que orientan y dinamizan el comportamiento humano en dirección a ciertos objetivos personales. Una vez que la necesidad es satisfecha, surge otra en su lugar, en un proceso continuo sin fin. Los administradores necesitan conocer las necesidades humanas, con el fin de comprender mejor el comportamiento del hombre y utilizar la motivación como un poderoso medio para mejorar la calidad de vida dentro de las organizaciones.

²² Saul Trejo. *Teoría de la Organización. Celaya*. Ponencia presentada en el Instituto Tecnológico de Celaya. 2008. P. 9. En <http://www.gestiopolis.com/administración-estratégica/teoría-estructuralista-de-la-administración.htm>

Abraham Maslow un psicólogo y consultor norteamericano en 1954 expuso la teoría de la motivación, según la cual las necesidades humanas están organizadas y dispuestas por niveles, en una jerarquía de importancia e influencia y según Stephen Robbins²³, puede ser visualizada en el siguiente gráfico:

GRÁFICO N° 27

Jerarquía de necesidades de Maslow



F

Fuente: Motivation and Personality. A. Maslow. 1970

Elaborado por: Lic. Nancy Herrera

Las necesidades fisiológicas constituyen el nivel más bajo de las necesidades humanas y constituyen la sed, hambre, necesidades de abrigo, sexo y otras de

²³ Stephen P. Robbins, *Comportamiento Organizacional*, México, Pearson Educación Edit, 2004, p. 156.

carácter orgánico. Las necesidades de seguridad son las de defensa y protección de daños físicos y emocionales. Las necesidades fisiológicas y de seguridad se denominan necesidades primarias. Las necesidades sociales son afecto, sensación de formar parte de un grupo, aceptación y amistad. Las necesidades de estima son las relacionadas con la manera como el individuo se ve y se evalúa y, son factores internos de estima como el respeto por uno mismo, autonomía y realizaciones, así como los factores externos de estima como posición, reconocimiento y atención. Las necesidades de autorrealización es el impulso de convertirse en lo que uno es capaz de ser, crecimiento, desarrollo de potencial propio y autorrealización. Las necesidades sociales, de estima y autorrealización son consideradas necesidades secundarias.

En esta época se destaca también la teoría de los dos factores de Herzberg, relacionada con la satisfacción de los individuos y destaca que los factores responsables de la satisfacción profesional de las personas (el trabajo en sí, realización, reconocimiento, progreso profesional, responsabilidad) están totalmente desligados y son distintos de los factores que originan la insatisfacción profesional (las condiciones de trabajo, administración de la empresa, salario, relaciones con el supervisor, beneficios y servicios sociales).

Douglas McGregor fue el creador sobre la conducta humana después de observar la manera en que los gerentes tratan con sus empleados de dos puntos de vista sobre los seres humanos basándose en un conjunto de premisas con las que moldean su comportamiento hacia sus subordinados, uno negativo llamado teoría X, y otro positivo, llamado teoría Y. La teoría X parte de la suposición de que a los empleados no les gusta su trabajo, son flojos, rehúsan las responsabilidades y

deben ser obligados a trabajar. La teoría Y supone que los empleados les gusta el trabajo, son creativos, buscan responsabilidades y pueden dirigirse ellos mismos. Se tenía la convicción que las premisas de la teoría Y son más válidas que la teoría X, se proponía ideas como la toma participativa de decisiones, puestos de trabajo de responsabilidad y estimulantes, así como buenas relaciones en los grupos, como medios para aumentar al máximo la motivación laboral de los empleados.

Esta teoría se relaciona con la pirámide de las necesidades de Maslow ya que la teoría X supone que las necesidades de orden inferior dominan a los individuos y en la teoría Y se asume que nos rigen las necesidades de orden superior. La teoría del comportamiento busca demostrar la variedad de estilos de administración que están a disposición del gerente en una organización. La administración de las empresas en general está fuertemente condicionada por los estilos con que los administradores dirigen dentro de ellas y la convicción que tienen con respecto al comportamiento humano dentro de las organizaciones, es decir el comportamiento de las personas.

La teoría de sistemas surgió con los trabajos del biólogo alemán Ludwig von Bertalanffy, publicados entre 1950 y 1968, tiene un enfoque de la organización como un sistema y énfasis en el ambiente. Debemos comprender a un sistema como un conjunto de elementos interdependientes e interactuantes; un grupo de unidades combinadas que forman un todo organizado y cuyo resultado es mayor que el resultado de las unidades podrían tener si funcionaran independientemente. Entonces se puede pensar que la organización es un sistema que consta de varias partes interactuantes.

Entre los supuestos de esta teoría tenemos que existe una nítida tendencia hacia la integración en las diversas ciencias naturales y sociales por lo que esta integración parece orientarse hacia una teoría de sistemas. Esta teoría puede ser una manera más amplia de estudiar los campos no físicos del conocimiento científico, especialmente las ciencias sociales y demás ciencias involucradas lo que nos aproxima al objetivo de la unidad de la ciencia. Esta teoría afirma que las propiedades de los sistemas no pueden describirse significativamente en términos de sus elementos separados. La comprensión de los sistemas sólo ocurre cuando se estudian globalmente, involucrando todas las interdependencias de sus partes.

Esta teoría tiene tres premisas básicas que son: los sistemas existen dentro de sistemas, siempre existirá un sistema superior; Los sistemas son abiertos y se caracterizan por un proceso de intercambio infinito con su ambiente que son los otros sistemas; y las funciones de un sistema dependen de su estructura. La teoría de sistemas penetró en la teoría administrativa por dos razones básicas, primero debido a la necesidad de una síntesis y de una integración mayor de las teorías anteriores; y por otro lado, la matemática y la cibernética en general y la tecnología de la información, trajeron inmensas posibilidades de desarrollo y operacionalización de las ideas que se aproximaban hacia una teoría de sistemas aplicada a la administración.

Posteriormente aparece la **teoría de la Contingencia**, la cual enfatiza en que no hay nada absoluto en las organizaciones ni en la teoría administrativa, todo es relativo y siempre depende de algún factor. Esta teoría manifiesta que hay una relación funcional entre las condiciones del ambiente y las técnicas administrativas para alcanzar eficazmente los objetivos de la organización. En esta relación

funcional, las variables ambientales se consideran variables independientes en tanto que las técnicas administrativas se toman como variables dependientes, por lo tanto no existe causalidad directa entre variables.

En lugar de la relación causa-efecto entre las variables independiente del ambiente y las variables administrativas dependientes, existe una relación funcional del tipo “si entonces”, mediante la cual es posible alcanzar los objetivos de la organización. Se busca relaciones funcionales entre el ambiente independiente y las técnicas administrativas dependientes que mejoren la eficacia de la práctica de la administración contingencial y deben identificarse y especificarse constantemente.

En los años 70 esta teoría aparece con Edgar Schewin, Lawrence, Galbraith, entre los principales representantes, a partir de una serie de investigaciones hechas para verificar cuáles son los modelos de estructuras organizacionales más eficaces en determinados tipos de industrias y querían confirmar si seguían los supuestos de la teoría clásica. Los resultados dieron una nueva concepción de organización al evidenciar que la estructura de una organización y su funcionamiento dependen de la interacción con el ambiente externo, es decir, no existe una manera única y mejor de organizar. Estas investigaciones y estudios fueron contingentes ya que buscaban comprender y explicar el modo como funcionaban las empresas en diferentes condiciones, que varían de acuerdo con el ambiente o contexto que la empresa escogió operar.

Esto nos da como resultado que las condiciones son dictadas desde afuera de la empresa, se detallan desde su ambiente. Tales contingencias externas pueden considerarse como oportunidades o como imperativos o restricciones que influyen sobre la estructura y los procesos internos de la organización.

Tanto las viejas y nuevas teorías administrativas, incluyendo las recientes panaceas gerenciales observan a la administración como un sitio para pensar a la sociedad y sus formas de organización, y se debe considerar espacios de discusión y creación del conocimiento en las organizaciones. Podemos sintetizar según lo manifiesta Fernando López²⁴ en tres hipótesis que configuran la construcción crítica de las teorías organizacionales:

1) Las teorías administrativas son el resultado de las formaciones socio- económicas de un determinado momento y contexto histórico, siendo, por lo tanto extremadamente fuertes en su potencialidad de representar intereses de sectores específicos de la sociedad;

2) Por ser representativas de un momento histórico, en el que impera un tipo de modelo de acumulación del capital y de la regulación social, las teorías administrativas se expresan de dos maneras: a) ideológicamente, al manifestarse como un conjunto de ideas que sintetizan los intereses de determinado grupo histórico-social y que dirigen las actividades con el objetivo de mantener el orden existente, recurriendo, en la mayoría de las ocasiones, a tecnologías más o menos consistentes para esconder la verdadera naturaleza de la situación y b) operacionalmente, a constituirse prácticas, técnicas e intervenciones consistentes con discursos hegemónicos;

3) A pesar de la facilidad de adaptación de la teoría administrativa a las formaciones económicas-sociales, la acumulación de las prácticas administrativas en esencia ha sufrido pocas modificaciones en los estilos de producción de los bienes y servicios

²⁴ (F. López, 2007: 4)

de las organizaciones modernas y su relación con el bienestar del hombre trabajador como eje principal de productividad y eficiencia.

4.1.2 PROCESO ADMINISTRATIVO

Desde finales del siglo XIX se acostumbra definir la administración en función de cuatro funciones específicas de los gerentes, según lo refiere James Stoner²⁵ y que en la actualidad todavía tiene vigencia, y son: Planificación, organización, dirección y control. De esto se desprende que la administración es el proceso de planificar, organizar, dirigir y controlar las actividades de los miembros de la organización y el empleo y optimización de todos los demás recursos organizacionales, con el propósito de alcanzar las metas establecidas para la organización. Un proceso debe entenderse como una forma sistemática de hacer las cosas y manejar actividades. La administración se habla como un proceso para subrayar el hecho de que todos los gerentes, sean cuales fueren sus aptitudes o habilidades personales, desempeñan actividades interrelacionadas con el propósito de alcanzar las metas individuales y organizacionales.

En términos generales el escenario donde se desarrolla las actividades son las organizaciones, y son consideradas como una unidad social coordinada deliberadamente, compuesta de dos o más personas, que funcionan más o menos de manera continua para alcanzar una o varias metas comunes.

4.1.2.1 Planificación

²⁵ James Stoner, *Administración*, México, Prentice Hall Hispanoamericana S.A., 1996, p. 10.

La finalidad de las organizaciones es alcanzar metas y son los administradores quienes con anticipación piensan en esas metas y las acciones que realizan se basan en algún método, plan o lógica y no en presagios o presentimientos. Por lo tanto la planeación según lo menciona Stephen Robbins “abarca la definición de las metas de la organización, el establecimiento de la estrategia general para alcanzarlas y la preparación de una jerarquía completa de planes para integrar y coordinar las actividades”²⁶.

La planificación es la guía para que la organización obtenga y comprometa los recursos que se requieren para alcanzar los objetivos, así como, guarda también los miembros de la organización una coherencia en el desarrollo de las actividades para alcanzar los objetivos y los procedimientos planificados. Un aspecto importante de la planificación es tomar medidas correctivas cuando el avance hacia los objetivos no sea satisfactorio pudiendo ser evaluados y controlados. Otros aspectos fundamentales en la planificación son las relaciones y el tiempo en el cumplimiento de las actividades.

Otro enfoque de la planificación lo conceptúa Francisco Silva, como “un proceso racional, lógico, analítico y sintético, que partiendo del análisis de realidad, fija un objetivo hacia el cual se encamina una acción coordinada para lograrlo en un determinado tiempo y con la mayor eficacia”²⁷. Los diferentes conceptos de planificación planteados por los autores antes referidos mantienen ideas comunes como son realización de acciones o actividades que guardan una lógica para la consecución de metas y objetivos con eficacia en función de un tiempo determinado.

²⁶ (S. Robbins, 2004: 4)

²⁷ Francisco Silva, *Administración Pública Local, Quito, ISBN ediciones, 2005, p. 47.*

4.1.2.2 Organización

El hombre por naturaleza tiende a estar en permanente interacción con otros seres humanos sea por familiaridad, amistad o relaciones laborales con la finalidad de satisfacer sus necesidades. Las organizaciones son el espacio donde se realizan las actividades de trabajo y es precisamente ahí donde se produce una interrelación con las personas produciéndose una relación simbiótica personas-organización en procura de obtener resultados. Según Stephen Robbins, refiere a la organización como una “Unidad social coordinada deliberadamente, compuesta de dos o más personas, que funciona más o menos de manera continua para alcanzar una o varias metas comunes”²⁸.

La organización es el lugar donde se producen las relaciones de los individuos con el fin de alcanzar metas comunes, este acto de organizarse implica que el individuo incorpora una parte de su libertad de acción y decisión a la nueva organización por lo que ya no es libre de actuación individual por cuanto está sujeto a reglas y normas que determinan las acciones y decisiones, así como, definen las relaciones de los diferentes miembros de la organización. Es por esto la importancia del concepto de organización, así Ansfried Weinert la define como:

“Una organización es un conjunto colectivo con límites relativamente fijos e identificables, con una ordenación normativa, con un sistema de autoridad jerárquico, con un sistema de comunicación y con un sistema de miembros coordinado; este conjunto colectivo está formado por una base relativamente continua dentro de un entorno que lo rodea y se dedica a acciones y actividades que normalmente tienden a una meta final u objetivo, o a una serie de metas finales u objetivos”²⁹.

²⁸ (S. Robbins, 2004: 4)

²⁹ Ansfried B. Weinert, *Manual de Psicología de la organización. La conducta humana en las organizaciones*, Barcelona, Herder Edit, 1985, p. 41.

Esta definición reconoce que una organización es un conjunto de personas que se reúne a través de una planificación para conseguir metas y objetivos comunes. El mismo autor³⁰ hace una distinción entre los fines que persiguen las organizaciones, es por esto que tenemos dos tipos de organizaciones. La primera se denomina *organización social* que se refiere a la manera de organizar la conducta humana en la esfera social que se caracteriza por las circunstancias sociales que rodean a la persona y por las características fisiológicas y psicológicas de los individuos. Un condicionante para este tipo de organización constituye la estructura de las relaciones sociales en un grupo, así como las orientaciones, los valores y las actitudes que comparten los miembros de un grupo entre sí y que determinan sus comportamientos. Por otra parte tenemos la *organización formal* que es creada intencionalmente para alcanzar metas a través de la coordinación de actividades, de esfuerzos y talentos de los miembros pertenecientes a la organización.

Otro enfoque a las organizaciones como sistemas auto-productores tiene varias implicaciones según lo describe Gareth Morgan³¹, las organizaciones están intentando conseguir una forma auto-referencial cerrada en relación con su entorno, representando su entorno como una proyección de su propia identidad, es por esto que muchos de los problemas de las organizaciones se encuentran al tratar con su entorno ya que tienen una estrecha conexión con el tipo de identidad que pretenden mantener las organizaciones, así mismo en cuanto a las explicaciones de la evolución, el cambio y el desarrollo de las organizaciones se debe poner atención en los factores que forman la auto-identidad de la organización y las relaciones con el mundo exterior.

³⁰ (A. Weinert, 1985: 42)

³¹ Gareth Morgan, *Imágenes de la organización*, México, Alfaomega Ed, 1990, p. 228

Esta apreciación conlleva a determinar la verdadera importancia del entorno en las organizaciones por cuanto estamos abocados a un proceso dinámico en relación a la competencia, aspectos socioeconómicos, desarrollo del talento humano, etc., como componentes del entorno donde realizan sus actividades las organizaciones.

4.1.2.3 Dirección

Según lo puntualiza James Stoner, “Dirección es el proceso para dirigir e influir en las actividades de los miembros de un grupo o una organización entera, con respecto a una tarea”³². Esto implica tener la capacidad de mandar, influir y motivar a los empleados para que realicen tareas esenciales. Las relaciones y el tiempo son fundamentales para las actividades de la Dirección. La Dirección tiene como una de sus responsabilidades llegar al fondo de las relaciones de cada uno de los gerentes con cada una de las personas que trabajan con ellos.

Los gerentes dirigen tratando de convencer a los demás de que se les unan para lograr el futuro que surge de los pasos de la planificación y la organización y sobre todo cuando realicen sus actividades sientan satisfacción al hacerlo, estableciendo de esta manera el ambiente o clima adecuado en el contexto laboral lo que ayuda a los empleados a hacer su mejor esfuerzo. La Dirección debe tener mucho cuidado al elegir los mejores canales de comunicación y la forma de resolver los conflictos laborales.

³² (J. Stoner, 2004: 13)

4.1.2.4 Control

La consecución de las metas y objetivos establecidos en las instituciones están en relación directa con la eficacia de las acciones que los gerentes disponen a los miembros de las organizaciones. Es por esto la importancia del control en las organizaciones, es así que Stephen Robbins lo define como “supervisar las actividades para verificar que se realizan como se planearon y para corregir las desviaciones significativas”³³.

Esta función de control implica entre otras cosas acciones como el establecimiento de estándares de desempeño, medir o evaluar los resultados presentes y compararlos con las normas establecidas y, tomar medidas correctivas cuando se detectan desviaciones. En todas estas acciones se incluye la calidad y su administración como parte de la función de control, que en términos generales requiere que la administración se concentre en la superación constante de todas las operaciones, funciones y, sobre todo, de los procesos de trabajo. La satisfacción de las necesidades del cliente es una preocupación primordial. En las actividades de control las relaciones y el tiempo también son fundamentales por cuanto las relaciones organizadas no siempre resultan como se planearon.

4.1.3 SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Iniciaremos por entender el concepto de sistema en su aplicación a la administración, Francisco Silva lo define como:

“...un conjunto de componentes, de recursos, decisiones, acciones y procedimientos internamente relacionados entre sí por un propósito común, cuyos elementos componentes son: Entradas o Insumos: que ingresan al

³³ (S. Robbins, 2004:5)

sistema, en cuyo interior se van transformando en productos o salidas; Salidas o Productos: son el resultado de la acción de un proceso o la expresión material de los objetivos del sistema; Procesador: es el que transforma el estado original de los insumos o entradas en productos o salidas, teniendo como factor determinante la tecnología utilizada; Regulador: es el que coordina y orienta todo, es el componente que gobierna el sistema tal como el cerebro al organismo humano; Retroalimentación: es emprender acciones correctivas por parte del regulador en caso de desajustes en el sistema³⁴.

Desde el punto de vista técnico un sistema de información se puede definir según Kenneth Laudon³⁵ como un conjunto de componentes interrelacionados que recolectan o recuperan, procesan, almacenan y distribuyen información para apoyar la toma de decisiones y el control en una organización, así como, también pueden ayudar a los gerentes y trabajadores a analizar problemas, visualizar asuntos complejos y crear nuevos productos.

La información que contienen los sistemas de información es variada relacionada con las personas como la nómina, cargas familiares, vacaciones, capacitación, proveedores, clientes, etc.; lugares como la competencia, proveedores, sucursales, etc.; y cosas importantes dentro de la organización como son las aplicaciones o sistemas informáticos que mantienen información directa de la misión de las instituciones. Por información se debe entender los datos que se han modelado en una forma significativa y útil para los seres humanos y se reconoce como un recurso porque tiene valor ya que influye en la manera como opera la organización. Los datos en cambio son considerados como secuencia de hechos en bruto que representan eventos que ocurren en cualquier parte es decir por si solo no

³⁴ (F. Silva. 2005:167)

³⁵ Kenneth Laudon, *Sistemas de Información Gerencial – Administración de la empresa digital*, México, Prentice Hall Hispanoamericana S.A., 2008, p. 14.

representa nada. El conjunto de datos ordenados de una manera lógica genera información.

La información tiene una importancia vital en las organizaciones por lo que se deben tomar medidas para administrarla eficientemente y controlarla igual que otros recursos. Una medida de esto es asegurarse que la información esté disponible cuando se requiera, que sea confiable y exacta.

El término usuario de un sistema de información se usa para describir aquellas personas cuyo trabajo involucra la creación, procesamiento y distribución de información. El usuario es el principal componente del sistema de información

4.1.3.1 Dimensiones de los Sistemas de Información

Según lo afirma Kennet Laudon³⁶, para la comprensión total de los sistemas de información se debe entender las dimensiones más amplias relativas a organización, administración y tecnología de información de los sistemas y su potencial para dar soluciones a retos y problemas del entorno o misional del negocio. Las dimensiones anotadas se denomina conocimiento de los sistemas de información, el cual incluye un enfoque tanto conductual como técnico para el estudio de los sistemas de información. En contraste el conocimiento de computación se enfoca sobre todo en el conocimiento de la tecnología de información.

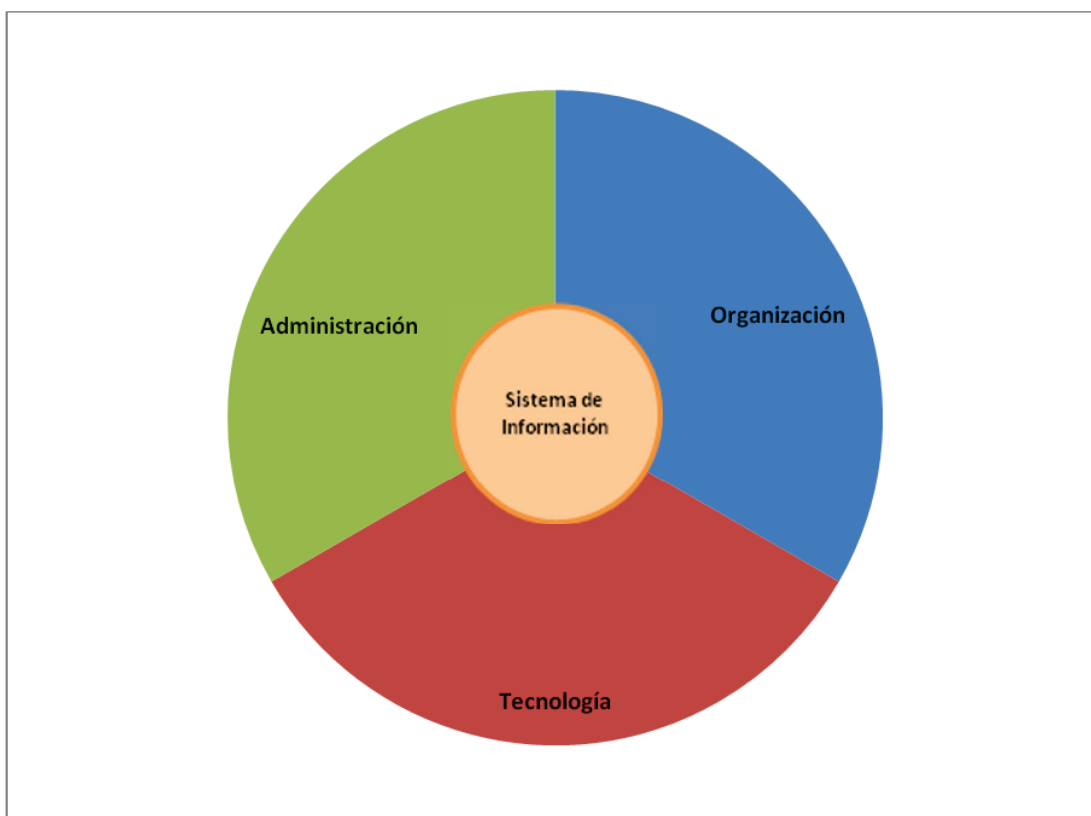
En este contexto aparece el término de sistemas de información gerencial, que son los que se encargan de proporcionar el conocimiento más amplio tanto del conocimiento de los sistemas de información y del conocimiento de computación.

³⁶ (K. Laudon, 2008:16)

Las dimensiones de un sistema de información se pueden ver en el siguiente gráfico:

GRÁFICO N° 28

Dimensiones de los sistemas de información



Fuente: Sistemas de Información Gerencial

Elaborado por: Lic. Nancy Herrera

Los elementos claves de las organizaciones según este enfoque son su gente, su estructura, procedimientos operativos, políticas y cultura. Las organizaciones tienen una estructura compuesta de diferentes niveles y especialidades las mismas que reflejan una clara división del trabajo. La autoridad y responsabilidad en una empresa se organiza como una jerarquía de autoridad y

responsabilidad ascendente. Los niveles más altos de la jerarquía están conformados por los empleados administrativos, profesionales y técnicos, en cambio que los niveles inferiores corresponden al personal operativo.

4.1.4 Calidad

Una definición de calidad que sea universal no existe y a veces es un concepto confuso debido a que se considera la calidad de acuerdo con diversos criterios basados en sus funciones individuales dentro de la cadena de valor de producción y comercialización en las organizaciones. Sin embargo James Evans³⁷ define la calidad como un conjunto de razonamientos en los que se incluyen la perfección, consistencia, eliminación de desperdicios, velocidad de entrega, observancia de las políticas y procedimientos, proveer un producto bueno y útil, hacerlo bien la primera vez, complacer o satisfacer a los clientes, servicios y satisfacción total para el cliente. Por lo tanto es importante entender las diferentes perspectivas desde las cuales se ve la calidad a fin de apreciar por completo el papel que desempeña en las distintas partes de una organización de negocios.

Entre las diferentes perspectivas para entender las clases de calidad tenemos según lo define Fran Molina³⁸ existe una calidad normativa que se basa en las normas, procesos, cumplimiento de estándares; la calidad al cliente cuyo objetivo es perseguir la satisfacción de los requerimientos del cliente/usuario; la calidad atractiva la cual procura exceder las expectativas de los clientes dando un valor agregado a los productos o servicios y tratando de ir más allá de lo que la gente pide e ir más allá de la competencia.

³⁷ James R. Evans, *Administración y control de la calidad*, México, Editorial COSEGRAF, 2008, p. 12.

³⁸ Fran Molina, *Sistema de Gestión de Calidad con enfoque a la Salud*, Quito, sin editor, 2009, p. 24.

Cabe resaltar la filosofía de la calidad de los Japoneses llamada las 5'S de la calidad que son: Seire: solo lo necesario; Seiton: orden, buena organización; Seiso: limpieza; Seiketsu: seguridad en la calidad y Shituske: disciplina.

4.1.4.1 Gestión de la calidad

Gestión se considera el movilizar los recursos para mejorar los procesos. La gestión de la calidad es un enfoque global que abarca todas las actividades de la institución pues entiende por producto el resultado del trabajo de cualquier persona y se considera cliente a cualquier destinatario de este trabajo. Para lograr la satisfacción plena del cliente la organización debe gestionar la calidad de los elementos que conforman su estructura mediante el mejoramiento continuo.

El mejoramiento continuo según lo refiere Fran Molina³⁹ “es la capacidad organizacional permanente de innovación para mantener la excelencia con el concurso de su talento”.

4.2 EL MODELO DE CONTROL GERENCIAL DEL PROGRAMA

4.2.1 INTRODUCCIÓN

La calidad de atención en salud es un concepto multidimensional y multifacético, sustentado en principios del mundo científico, pero interactuante con juicios de valor de acuerdo a la cultura de los sectores sociales que hacen uso de ella, creencias y perspectivas sobre lo que constituye una buena o mala calidad de atención. Esta ausencia de uniformidad en las explicaciones y las visiones, explica el

³⁹ (F. Molina. 2009:29)

enorme número de definiciones de los conceptos de calidad existentes, así como los diversos enfoques propuestos para medirla.

La medición de la calidad es un proceso polémico, con una direccionalidad múltiple y una perspectiva de acción directamente referida a la metodología y enfoque que uno pueda emplear para su evaluación en los servicios. Para poder proponer cualquier modelo de gestión gerencial en salud es necesario desarrollarlo bajo el enfoque de dos escuelas existentes sobre la medición de la calidad. Por una parte, el enfoque desarrollado a partir de las ciencias de la salud y por otra, el enfoque desarrollado a partir de las ciencias de la administración.

Donabedian desarrolló una propuesta conceptual basada en tres elementos, según lo refiere Fernando Lavadenz⁴⁰ : Estructura, Proceso y Resultado. Cada uno de estos elementos formó parte de un eje organizador de indicadores, guías prácticas de evaluación y estándares de medición y desempeño.

Por “Estructura”, se define a los insumos tangibles y cuantificables de edificaciones, equipamiento, medicamentos, insumos médicos, vehículos, personal, dinero y sistemas organizacionales. Todos ellos necesarios, pero no suficientes para brindar una adecuada calidad de atención.

Por “Proceso” se entiende todas las actividades necesarias para que el paciente reciba una adecuada prestación. El proceso de atención podría decirse que es el elemento clave para asegurar la calidad, es el escenario donde se genera valor para los clientes. Si se sume que existe un mínimo de condiciones adecuadas de medicamentos, equipo e insumos, entonces un correcto “proceso” de atención tiene una alta probabilidad de producir un resultado de calidad en la atención.

⁴⁰ Fernando Lavadenz; María Cristina Rentería; Elvis Anavi, Manual e Instructivo de acreditación y vigilancia de la calidad de los policlínicas de la Caja Nacional de Salud de La Paz Bolivia, Management sciences for health, La Paz, 198, p. 1, <http://erc.msh.org/toolkit/toolkitfiles/file/instrumental1.pdf>

Por “Resultado” se entiende una apropiada (según indicadores) culminación del proceso de atención al paciente, con el tiempo e insumos requeridos. Los resultados son medidos normalmente por indicadores de mortalidad y morbilidad y capacidad o discapacidad funcional producida por las enfermedades. Sin embargo, ciertos indicadores aparentemente favorables pueden estar afectados por factores que no se encuentren bajo el control de profesionales y trabajadores de la salud. Los factores culturales, viviendas con saneamiento básico y agua potable disponibles, dieta balanceada, medio ambiente, genética y otros, son condicionantes externos con directa relación a resultados adecuados y a una óptima calidad de vida y de salud. Por tanto, los éxitos de un adecuado proceso de atención no están relacionados directamente al desempeño de los profesionales y trabajadores de la salud.

Generalmente la “calidad técnica” es directamente medible, como la eficiencia o efectividad de una tecnología específica, la eficacia de un medicamento, la especificidad de una prueba de laboratorio, o la precisión de un procedimiento quirúrgico.

La “calidad humana” sin embargo, tiene serios problemas de medición. Es más difícil medir la empatía, la amabilidad personal, la confianza, la seguridad que inspira el médico o la enfermera en su interacción con el paciente. Por tanto, puede definirse la calidad humana como aquella relación interpersonal, de dos vías, existente entre el paciente y el profesional de la salud, que es a su vez el vehículo que permite que la calidad técnica pueda ser implementada de manera eficiente, pero que es la más difícil de identificar y evaluar.

4.2.2 PERTINENCIA DEL MODELO

Sobre la base del objetivo general propuesto para desarrollar este proyecto “...y *proponer un sistema de control gerencial para optimizar los mismos*”, es incuestionable que el modelo debe fundamentarse en que el Área de Salud N° 2 no cuenta con un modelo de control de la gestión para el seguimiento y monitoreo continuo de sus programas. Debido a que los servicios de salud no han logrado alcanzar un desarrollo armónico, equitativo, de calidad y eficiente es de vital importancia proponer un modelo de gestión que partiendo de un Planteamiento Estratégico Adecuado analice, defina y ponga en práctica el criterio de alineamiento de las diferentes perspectivas del área de salud N° 2 en función de los clientes, procesos internos, iniciativas personales y el uso óptimo de los recursos financieros asignados por el estado ecuatoriano. Se toma como base para el desarrollo de este modelo los datos proporcionados por el análisis realizado al Programa de Control de la Tuberculosis

Esta metodología contempla la fase de gerencia, la conceptualización de la vigilancia y evaluación del programa y la identificación de los actores, además de utilizar herramientas epidemiológicas descriptivas (tasas y proporciones) las cuales definen cuantitativamente el problema, descritas en los capítulos precedentes.

4.2.3 ENFOQUE DEL MODELO

Antes de nada debe aclararse que el modelo propuesto no es en la solución a mejorar la gestión del programa, tan solo es el primer paso. Su efectividad solo será posible medirlo cuando este se haya implementado a través de la organización. El modelo es planteado desde el concepto de estrategia que ha debido replantearse

para poder conseguir el alineamiento estratégico de la gestión del área en cuestión, con el modelo que se propone. El Modelo ofrecerá una respuesta global, de aprendizaje estratégicamente enfocado y efectivo para lograr el mejoramiento constante.

Facilita el poder pasar del enfoque descriptivo y global de un sistema de gestión de la calidad y de la Gestión por Procesos a una implantación estratégica basada en un enfoque prescriptivo y enfocado permitiendo que los recursos humanos y económicos, siempre escasos, se alineen en la misma dirección estratégica que finalmente lleva a la consecución de los objetivos comunes de la organización.

El modelo propuesto se fundamenta en la aplicación de los criterios de tres enfoques: las Normas ISO 9001-2008, la Gerencia por Procesos y el Balanced ScoreCard cuyas particularidades comunes podemos apreciar en la siguiente tabla:

Tabla N° 30
Relación entre los tres enfoques de control de gestión

ISO 9001-2008	BSC	GERENCIA POR PROCESOS
1. Enfoque al cliente: las instituciones dependen del cliente y por lo tanto deben comprender sus necesidades.	1. proporciona una política estratégica alineada al cliente.	1.- Todo proceso tiene un cliente.
2. Liderazgo; los líderes establecen la unidad del propósito.	2. El BSC es una filosofía de gestión donde el liderazgo es determinante para el éxito de la organización.	3. Todo proceso es gestionado por un Líder
3. Participación del	3. El BSC y sus procesos de	3. Los procesos son

<p>personal: posibilita que todas sus habilidades sean utilizadas en beneficio de la organización.</p>	<p>implementación, ejecución y control son procesos que precisan del compromiso del personal</p>	<p>gestionados por un equipo de personas debidamente empoderadas</p>
<p>4. Enfoque basado en procesos; los resultados se alcanzan mas eficientemente cuando los recursos y actividades tiene el enfoque por procesos</p>	<p>4. El BSC es un proceso de gestión empresarial al cual están vinculados los demás procesos de la empresa.</p>	<p>4. la caracterización de los procesos permite que estos sean gestionados en función del valor agregado que estos generan.</p>
<p>5. Enfoque de sistemas para la gestión; identificar, entender y gestionar los procesos como un sistema contribuye a lograr la eficacia y eficiencia de los objetivos de la organización.</p>	<p>5. El BSC utiliza la relación causa efecto para encontrar las interrelaciones sistémicas de las perspectivas de la empresa.</p>	<p>5. Un proceso es en un momento de la cadena de valor el proveedor o cliente de otro proceso.</p>
<p>6. Mejora continua; debería ser un objetivo permanente de la dirección.</p>	<p>6. El BSC es un proceso de aprendizaje continuo y sus efectos conducen a esa mejora continua.</p>	<p>6. La medición de los procesos permiten mantener a estos bajo control y a través de acciones correctivas preventivas permiten el mejoramiento continuo</p>
<p>7. Enfoque basado en hechos las decisiones eficaces de basan en la toma de datos y su interpretación correcta.</p>	<p>7. El BSC a través del Cuadro de Mando de Indicadores permite evaluar la eficacia y eficiencia de los objetivos estratégicos</p>	<p>7. Todo proceso debe ser medido en base a parámetros definidos por las características de control y de calidad de sus actividades.</p>
<p>8. relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor; una relación beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.</p>	<p>8. El BSC a través de la perspectiva de Procesos Internos afecta la cadena de valor de los proveedores y clientes.</p>	<p>8. La cadena de valor de la organización está definida por la cantidad de valor agregado que aporta cada proceso.</p>

Realizado por: Lic. Nancy Herrera

4.2.3.1 Gestión de la calidad según la Norma ISO 9001 - 2008

Esta norma internacional adopta un enfoque basado en procesos cuando se desarrolla, implanta y mejora la eficacia de un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), con el objeto de aumentar la satisfacción del cliente. Un enfoque basado en procesos, dentro de un SGC, destaca la importancia de la comprensión y el cumplimiento de los requisitos, la necesidad de considerar los procesos en términos que aporten valor, la obtención de resultados del desempeño y eficacia del proceso, y la mejora continua de los procesos basada en mediciones objetivas.

En las organizaciones de hoy, la dirección debe tomar decisiones a tiempo basándose en hechos. La implantación de un SGC, basado en esta norma, proporciona una serie de herramientas para priorizar la toma de decisiones, como son la definición de indicadores clave y sus objetivos, así como la identificación de acciones a corregir o mejorar en todas las áreas de la organización.

Un SGC, basado en el ciclo de mejora continua PDCA (Planificar, Desarrollar, Comprobar, Actuar) tiene que ser algo dinámico que se vaya enriqueciendo continuamente por la satisfacción / insatisfacción de los clientes y por sus diferentes demandas a lo largo del tiempo.

Beneficios

Ante la sociedad

- Mejorar la imagen de los servicios ofrecidos.
- Favorecer su desarrollo y afianzar su imagen
- Ganar la confianza que se genera entre los organismos del estado y la sociedad en general

Ante los pacientes

- Aumentar la satisfacción
- Eliminar o minimizar tiempos de espera
- Acceder a acuerdos de calidad concertada con los grupos sociales

Ante la gestión de la institución

- Servir como medio para mantener y mejorar la eficacia y adecuación del sistema de gestión de la calidad, al poner de manifiesto los puntos de mejora
- Cimentar las bases de la gestión de la calidad y estimular a toda la institución para entrar en un proceso de mejora continua
- Aumentar la motivación y participación de personal, así como mejorar la gestión de los recursos

4.2.3.2 Gestión por procesos

El propósito del enfoque por procesos es aumentar la eficacia y eficiencia de la institución para conseguir los objetivos propuestos. Relacionándolo con la norma ISO 9001-2008 son imprescindibles para satisfacer al cliente cumpliendo sus requerimientos.

Beneficios

- Incrementar la calidad y el valor agregado que el programa aporta a sus pacientes.
- Promover la creatividad, la innovación y el aprendizaje institucional
- Optimizar la productividad y contribución del personal de la salud en el área.

4.2.3.3 El BalanceD Scorecard – Cuadro de mando de indicadores

El Balance Scorecard es una herramienta que permite traducir la visión de la organización, expresada a través de su estrategia, en términos y objetivos específicos para su difusión a todos los niveles, estableciendo un sistema de medición del logro de dichos objetivos

El Balanced Scorecard es una herramienta administrativa de gestión que se dedica en parte a la valoración del recurso humano y la gestión del capital intelectual. Es la principal herramienta metodológica que traduce la estrategia en un conjunto de medidas de la actuación institucional, las cuales proporcionan la estructura necesaria para un sistema de medición que permite definir y desarrollar las estrategias que debe emprender el Centro de Salud N° 2 y el programa de control de la tuberculosis. El fin es lograr que sus objetivos a corto, mediano y largo plazo se cumplan.

Términos utilizados:

Como el modelo se fundamenta mayoritariamente en la aplicación del enfoque del BSC, se ha creído necesario aclarar algunos conceptos que serán utilizados mas adelante.

ESTRATEGIA: Determinación de los objetivos básicos y metas de largo plazo del área de salud N° 2 junto con la adopción de cursos de acción y distribución de los recursos necesarios para lograr estos propósitos. En el contexto del BSC, el conjunto de objetivos enlazados en una cadena causa y efecto, representarán la estrategia del área, es decir, el cómo se alcanzará la visión del programa.

INDICADORES DE RESULTADO: Los indicadores expresan la conclusión de varias acciones tomadas y la información que aportan es definitiva. Orientado a resultados.

Mide el éxito en el logro de los objetivos del BSC sobre un período específico de tiempo. Se usarán para reportar el desempeño del programa en la implantación de su estrategia.

INDICADORES GUIA DEL PROCESO: Los indicadores guía indicarán a futuro cual puede ser el resultado de un grupo de acciones u operaciones definidas en un indicador de resultado también se le denomina indicadores inductores de actuación. Provee indicación temprana del progreso hacia el logro de los objetivos; su propósito es generar los comportamientos adecuados para el logro de la estrategia del programa. Usualmente miden lo que debe "hacerse bien" para alcanzar los objetivos. Miden las palancas de valor, los elementos "impulsores" del desempeño. Su propósito es canalizar y direccionar esfuerzos. Se los denomina también Inductores de Actuación.

INDICADOR (MEDIDAS ESTRATEGICAS): Medios, instrumentos o mecanismos que servirán para poder evaluar en que medida el programa está logrando los objetivos estratégicos propuestos. Como tal un indicador es una variable de interés cuya naturaleza obviamente se circunscribe al tipo de escala sobre el cual se define. Esto implica una clasificación en términos de su naturaleza como cuantitativos y cualitativos.

INICIATIVAS: Actividad, Programa, Proyecto o Esfuerzo especial por parte del recurso humano que contando con recursos asignados (Financieros) afianza o contribuye al logro de uno o varios objetivos estratégicos. Se identifica como especial porque no es una acción de rutina, es una acción de cambio.

METAS: Valores, esperados o deseados en un marco temporal específico para un indicador estratégico. Las metas se definen de acuerdo a la frecuencia de reporte del indicador.

MODELO CAUSA Y EFECTO: La expresión gráfica de las relaciones entre objetivos del plan estratégico se denomina modelo causa efecto, estas relaciones son de carácter hipotético

OBJETIVOS ESTRATEGICOS: Propósitos muy específicos a donde se debe llegar, la definición de los objetivos estratégicos es el primer paso en la formulación del plan o mapa de 3 ejes estratégicos transversales, traducido en el modelo causa efecto

PERSPECTIVAS: Múltiples dimensiones que la metodología plantea para ver el desempeño estratégico. Estas dimensiones, permiten ver a la institución en cuatro perspectivas.

PERSPECTIVA APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO: Se centra en las bases del éxito actual y futuro del negocio: La Gente, La Tecnología y La Información. Estos elementos constituyentes de una Organización de Aprendizaje (Learning Organization), habilitan a la organización para mejores logros.

PERSPECTIVA CLIENTE: El desempeño excelente en los procesos del negocio impacta subsecuentemente la satisfacción de expectativas, y por ende, la percepción de los clientes sobre la contribución que la empresa les da como propuesta de valor.

PERSPECTIVA FINANCIERA: Como resultado del logro de las otras perspectivas, vienen los resultados que satisfacen las expectativas de los accionistas del negocio.

PERSPECTIVA PROCESOS INTERNOS: Hace énfasis en el desempeño de los procesos clave que motorizan el negocio como componentes básicos de su cadena de valor.

PLANES ESTRATEGICOS: Es la determinación de los objetivos específicos y metas de largo plazo en una empresa, junto con la adopción de cursos de acción y distribución de los recursos necesarios para lograr estos propósitos. Comúnmente hablamos sobre planes y estrategia como sinónimos.

RESPONSABLE DE ESTABLECER METAS: Entidad o posición encargada de coordinar las actividades individuales en la organización respecto al Indicador-Objetivo y a su vez determinar el nivel deseado de desempeño para la organización.

RESPONSABLE POR REPORTE: Entidad o posición encargada de reportar los resultados de cada indicador, con la frecuencia especificada en las definiciones del indicador, debe poder acceder directamente la información y tener la capacidad de efectuar e interpretar los resultados para sugerir cursos de acción

RESPONSABLE POR LOGRO DE METAS: Entidad o posición en la organización con el control directo sobre el proceso que se mide, actuará como apoyo en el proceso de establecimiento de metas.

4.2.4 ELEMENTOS BÁSICOS QUE DAN FORMA AL MODELO

- **Marco estratégico.**- Lo conforman los lineamientos estratégicos de la Institución tales como: la Visión, Misión, estrategias operativas, objetivos y el Análisis FODA realizado en función de las perspectivas del BSC.

- **Mapas estratégicos.** - Describe “el proceso de transformación de los activos intangibles en resultados tangibles”⁴¹ en relación a los clientes y las finanzas de la organización. Proporciona a la dirección un marco que le permitirá describir y gestionar la estrategia en medio de una sociedad del conocimiento. Es decir transformar la Estrategia en Acción excelente
- **Indicadores.**- Para desarrollar un proceso de indicadores de gestión, que medirán el logro o no de los objetivos, son tres las fases a desarrollar:
 - * Definición hacia dónde va el Programa de Control de Tuberculosis Pulmonar en el Área de salud N° 2
 - * Definición de los procesos de operación y/o prestación del servicio del programa
 - * Definición de los indicadores de los objetivos

Para dar respuesta a estos tres aspectos, se lo tratará así:

- a) Definición de la planeación estratégica de la organización
- b) Definición de los procesos como tema de mejoramiento
- c) Desarrollo de un modelo para establecimiento de indicadores de gestión

- **Metas.**- Lo que se pretende lograr en el espacio operativo
- **Iniciativas.** Son los planes proyectos, propuestas de mejoramiento propuestos por el personal
- **Seguimiento.** Comprende las actividades necesarias para proporcionar seguimiento a los indicadores establecidos en el sistema de control.

⁴¹ Kaplan, Robert; Norton, Davis. *EL CUADRO DE MANDO INTEGRAL*, Gestión 2000, Capítulo 3, p. 79

CAPÍTULO V

5.1 DESARROLLO DEL MODELO

El Modelo de Control Gerencial para el Programa de Control de Tuberculosis Pulmonar en el Área 2, integrará principios de la norma ISO 9001-2008, y el Balanced ScoreCard ⁴²(BSC). Por lo que es necesario, como paso previo al desarrollo ampliado del mapa, realizar un resumen adaptado de la integración de estos tres enfoques, tal como lo demuestra la tabla N° 30.

Tabla N° 31

Integración de los tres enfoques del Modelo

⁴² Kaplan y Norton, Balanced Score Card, Tablero de Mandos Equilibrado, España. 2008.

BSC

GERENCIA POR PROCESOS



Cientes	Determinar la satisfacción del usuario externo con relación a la atención recibida en el Área de Salud N.- 2			Determinar la percepción del usuario externo respecto a la comprensión de la información proporcionada por el personal de salud en la atención proporcionada al usuario.		
Procesos	<u>Determinar si el programa cuenta con protocolos de atención que priorice las cinco primeras causas de morbilidad por tuberculosis pulmonar</u>			Disminuir el tiempo de espera en la atención al usuario externo.		
Aprendizaje	Contar con el Recurso Humano especializado para brindar una atención oportuna y de calidad.			Mantener y mejorar el Clima laboral para el crecimiento personal.		
Financiera	<u>Asegurar el uso racional y oportuno de los recursos disponibles del presupuesto asignado</u>			<u>Conocer el nivel de gasto administrativo en el que incurre la organización.</u>		
Principios ISO 9001	Liderazgo.	Enfoque al cliente	Participación del personal.	Mejora continua del desempeño	Enfoque basado en procesos	Enfoque basado en hechos para toma de decisiones

Realizado por: Lic. Nancy Herrera

Los principios de ISO 9001-2008 se cruzan por todas las perspectivas del modelo, Lo que implica un alineamiento estratégico con los objetivos desarrollados para cada una de ellas y que deberán ser implementados y medidos por los responsables de cada proceso.

En este sentido se plantea la utilización de estándares de calidad, y un conjunto de instrumentos de soporte para la medición de los niveles de calidad (BSC) alcanzados por el programa que permitan valorar el cumplimiento de las metas prevista en los objetivos de los procesos. Cabe aclarar que en el Modelo propuesto los principios de la Norma ISO 9001- 2008, se convierten en sub.-perspectivas de las perspectivas ⁴³del BSC.

Bajo el criterio de que una institución, cualquiera que sea esta, está compuesta por procesos, entonces la gestión de los mismos es a nivel de todas las receptoras planteadas.

5.2 ETAPAS PARA DESARROLLAR EL MODELO

El Área de salud N° 2 debe tener muy claro que desarrollar e implementar un modelo de control con criterios de gestión de la calidad es crear un ambiente funcional y cultural dentro de la institución, que tratará una serie de procesos (perspectiva procesos) en forma segura y controlable (perspectiva de aprendizaje) para lograr la satisfacción del cliente interno y externo (Perspectiva clientes) y optimizar los recursos financieros que son entregados por el estado ecuatoriano

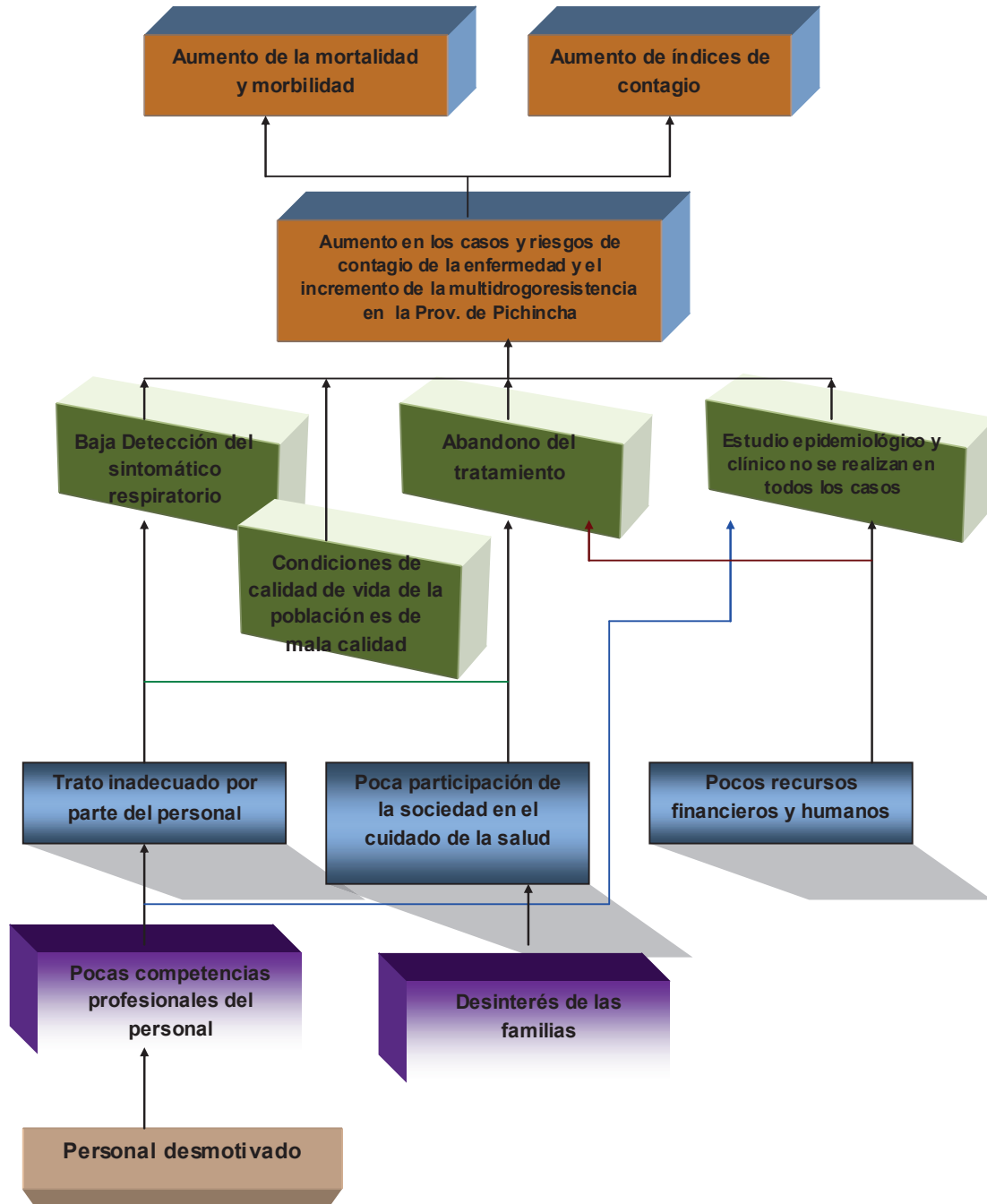
⁴³ Miguel Barreto. Manual de la Planeación Estratégica Basada en el Balanced Scored Card, 2003

(perspectiva financiera). Como puede verse esto se logrará con el modelo propuesto con el cumplimiento de las siguientes etapas:

5.2.1 IDENTIFICAR PROBLEMAS Y PLANTEAR OBJETIVOS

Por los análisis mencionados en los capítulos anteriores el problema y sus causas son observados en el siguiente gráfico N° 29 de árbol de problemas:

Gráfico N° 29
Árbol de problemas



Elaborado por: Lic. Nancy Herrera

Objetivo general:

- Disminuir el riesgo de enfermar y morir a causa de la tuberculosis en la Provincia de Pichincha e impedir la transmisión de la enfermedad, favoreciendo el acceso universal de la población afectada a un diagnóstico de calidad y tratamiento efectivo de los enfermos de TB.

Objetivos específicos: del árbol del problema se pueden deducir los siguientes

- Fortalecer el empoderamiento del Programa ante los administradores de la salud de manera interinstitucional bajo la premisa de que “la TB es prioridad”.
- Garantizar la cantidad adecuada de recursos financieros, de infraestructura y humanos para garantizar la disponibilidad de insumos y medicamentos.
- Fortalecer la participación de actores de otros Programas involucrados con la TB para el diseño de los planes de acción (VIH, Diabetes, entre otros).
- Implementar iniciativas específicas locales y nacionales para la búsqueda intencionada de casos entre grupos y áreas vulnerables de manera sistemática.
- Instrumentar estrategias humanísticas de sensibilización al paciente para garantizar la adherencia terapéutica.
- Consolidación de las metas globales propuesta por la OMS y la Alianza alto a la tuberculosis es detener e iniciar la reducción de la tuberculosis para el año 2015. Reducir la prevalencia de tuberculosis y la mortalidad por esta causa en 50% respecto a 1990.
- Concensuar entre las instituciones de salud notificantes de casos, la necesidad de la entrega inmediata de información después de haber sido captado el paciente para el seguimiento y control de contactos.

- Fomentar el análisis de la información en basada en datos como elemento fundamental para la toma de decisiones en los diferentes niveles de atención
- intensificar acciones tendientes a disminuir la Tb. en las personas que viven con VIH.
- Implementar programas acometedores para hacer frente al incremento de TB/VIH mediante acciones que garanticen la curación de los casos ingresados al esquema primario con adherencia estricta hasta su curación, así como el fortalecimiento de las acciones de capacitación en la atención adecuada de los casos en condición de farmacorresistencia.
- Fortalecer las acciones de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis y quimioprofilaxis en niños.
- Implementar líneas de acción para la atención de TB en personas con diabetes, hipertensos.
- Sistematizar e innovar en la capacitación gerencial, técnica, humanística y de organización comunitaria de manera interinstitucional.
- Mejorar los procesos de supervisión para lograr un impacto en el seguimiento de compromisos y toma de decisiones de acuerdo a las observaciones de cada vista.
- Monitorear y supervisar los indicadores de proceso y resultado para su veracidad y confiabilidad.
- Implementar estrategias e instrumentos para la medición de la satisfacción de los usuarios así como el monitoreo y evaluación del impacto de las intervenciones comunitarias.

- Fomentar la creatividad del personal para promover, presentar y proponer acciones de participación social-comunitaria sustentables.
- Sistematizar la implementación de acciones de Información-Educación-Comunicación, considerando el lenguaje y el entorno cultural de la comunidad, a través de encuestas de auto-evaluación de tuberculosis para población mayor de 15 años y del apoyo al sector educativo con niños de 8 a 14 años.
- Consolidación y la ampliación de la estrategia DOTS a nivel comunitario.
- Desarrollar un presupuesto real en base al análisis estadístico del año base.

5.2.2 DESARROLLAR MISIÓN, VALORES Y VISIÓN DEL PROGRAMA

MISIÓN

Apoya e implementa iniciativas para alcanzar una mejor calidad de vida al preservar a la población ecuatoriana mediante acciones de promoción, prevención, tratamiento y vigilancia de la tuberculosis, reduciendo los riesgos de enfermar y morir por esta causa.

VISIÓN

Ser un Programa Líder para lograr un “Ecuador libre de Tuberculosis”, a través del establecimiento de las mejores prácticas, orientadas al mejoramiento continuo de la calidad en la salud de la población con igualdad de oportunidades sin distinción de género o categoría social.

VALORES

- Equidad en la prestación de servicios
- Honestidad en todos sus actos
- Responsabilidad en las actividades encomendadas
- Respeto a la libertad de expresión, tanto en usuarios internos como externos
- Puntualidad en la atención.
- Trabajo en equipo.
- Trabajo de calidad.
- Calidez en la atención.
- Amor al trabajo
- Ética profesional.

5.2.3 DESARROLLAR EL MAPA ESTRATÉGICO

Es el elemento por medio del cual el Área de Salud N.-2 procede a la ordenación de sus diferentes objetivos. Su desarrollo implica desplegar 7 pasos conceptuales:

PRIMERO: IDENTIFICAR EL ENFOQUE DE LA ORGANIZACIÓN A TRAVÉS DE 4 PERSPECTIVAS:

- Clientes
- Procesos internos
- Innovación y aprendizaje
- Financiera

Se debe considerar que las instituciones de salud pública son instituciones sin fines de lucro, primero es la satisfacción del cliente, lo que implica el cambio en la estructura de las perspectivas para elaborar el cuadro de mando integral., tal como se ha planteado más arriba. Se debe aclarar que bajo esta perspectiva es un poco complicado distinguir estrategias y las iniciativas que tiene en marcha el MSP.

Perspectiva de clientes: Esta perspectiva reconoce varias clases de clientes:

- Usuarios del programa (pacientes y familiares)
- Aportantes de recursos financieros (presupuesto fiscal), órganos de control del estado.
- Comunidad académica y científica.
- Legisladores en el tema.
- Gobiernos locales en las áreas de salubridad y saneamiento.

Luego de esta perspectiva se ha colocado la **perspectiva de investigación, educación y enseñanza** (comúnmente llamada de aprendizaje), por el impacto que tienen los resultados de este programa en la sociedad. El objetivo de esta perspectiva es involucrar al personal en el proceso de cambio y avanzar en el campo de tratamiento de la TB bajo el enfoque de la metodología DOTS.

Paralelamente la **perspectiva de procesos internos** contiene varios procesos esenciales:

- Mejorar los tiempos de espera y tratamiento.
- De calidad, disminuyendo la tasa de infecciones y contagios.

- De productividad, disminución del tiempo de estancia, uso de personal en el programa.
- Sistema de comunicación e información eficaces, tanto interno como externo.

La **perspectiva financiera** promueve la factibilidad de que la institución pueda seguir atendiendo el programa con el aporte de adecuados recursos financieros al mismo.

SEGUNDO: DEFINIR LOS LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS, ÁREAS DE OPORTUNIDAD PARA CADA UNA DE LAS PERSPECTIVAS SELECCIONADAS.

Lineamientos estratégicos y áreas de oportunidad de mejoramiento

Antes de continuar con la propuesta del Modelo se hace necesario establecer los lineamientos estratégicos generales del programa y los escenarios o áreas donde podrían existir las mejores oportunidades de mejoramiento. Estos elementos forman la base del BSC como herramienta de control para la gestión del programa.

Lineamientos.- ha sido posible establecerlos durante el desarrollo de la implantación de la metodología DOTS y marcados en la Hipótesis del Plan y que, desde luego constituirían debilidades de gestión y algunos de ellos observados en el árbol de problemas. Estos lineamientos señalan el posible rumbo de mejoramiento en el control de la gestión de la TB.

1. Proseguir la expansión de un Tratamiento Estrictamente Supervisado, de calidad y mejorarlo,
2. Contribuir a fortalecer el sistema de salud público
3. Involucrar a todo el personal de salud
4. Empoderar a los afectados por la TB y a las comunidades y
5. Posibilitar y promover la realización de investigaciones.

Áreas de oportunidad para gestionar el programa

Los objetivos específicos se han integrado a las siguientes áreas de mejora.

a.- Fortalecimiento del sistema de salud para la expansión de la Estrategia DOTS:

- Fortalecer el empoderamiento del Programa ante los administradores de la salud de manera interinstitucional bajo la premisa de que “la TB es prioridad”.
- Garantizar la cantidad adecuada de recursos financieros, de infraestructura y humanos para garantizar la disponibilidad de insumos y medicamentos.
- Fortalecer la participación de actores de otros Programas involucrados con la TB para el diseño de los planes de acción (VIH, Diabetes, entre otros).
- Implementar iniciativas específicas locales y nacionales para la búsqueda intencionada de casos entre grupos y áreas vulnerables de manera sistemática.
- Instrumentar estrategias humanísticas de sensibilización al paciente para garantizar la adherencia terapéutica.

Seguimiento y alcance de metas:

Consolidación de las metas globales propuesta por la OMS y la Alianza alto a la tuberculosis es detener e iniciar la reducción de la tuberculosis para el año 2015.

Reducir la prevalencia de tuberculosis y la mortalidad por esta causa en 50% respecto a 1990.

Vigilancia epidemiológica y laboratorio:

- Concensuar entre las instituciones de salud notificantes de casos, la necesidad de la clasificación final de éstos a más tardar dos meses después de haber concluido el tratamiento.
- Fomentar el análisis de la información en basada en datos como elemento fundamental para la toma de decisiones en los diferentes niveles de atención

Concordancia de la TB con el VIH:

- Incrementar acciones tendientes a disminuir la carga de VIH en las personas que viven con TB y de ésta en las personas que viven con VIH.
- Implementar programas acometedores para hacer frente al incremento de TB/VIH mediante acciones que garanticen la curación de los casos ingresados al esquema primario con adherencia estricta hasta su curación, así como el fortalecimiento de las acciones de capacitación en la atención adecuada de los casos en condición de farmacorresistencia.
- Fortalecer las acciones de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en niños.
- Implementar líneas de acción para la atención de TB en personas con diabetes.

Capacitación / supervisión / evaluación / investigación:

- Sistematizar e innovar en la capacitación gerencial, técnica, humanística y de organización comunitaria de manera interinstitucional.

- Mejorar los procesos de supervisión para lograr un impacto en el seguimiento de compromisos y toma de decisiones de acuerdo a las observaciones de cada vista.
- Monitorear y supervisar los indicadores de proceso y resultado para su veracidad y confiabilidad.
- Implementar estrategias e instrumentos para la medición de la satisfacción de los usuarios así como el monitoreo y evaluación del impacto de las intervenciones comunitarias.

Participación comunitaria:

- Fomentar la creatividad del personal para promover, presentar y proponer acciones de participación social-comunitaria sustentables.
- Sistematizar la implementación de acciones de Información-Educación-Comunicación, considerando el lenguaje y el entorno cultural de la comunidad, a través de encuestas de auto-evaluación de tuberculosis para población mayor de 15 años y del apoyo al sector educativo con niños de 8 a 14 años.
- Consolidación y la ampliación de la estrategia DOTS a nivel comunitario.

Gestión de los recursos financieros y humanos

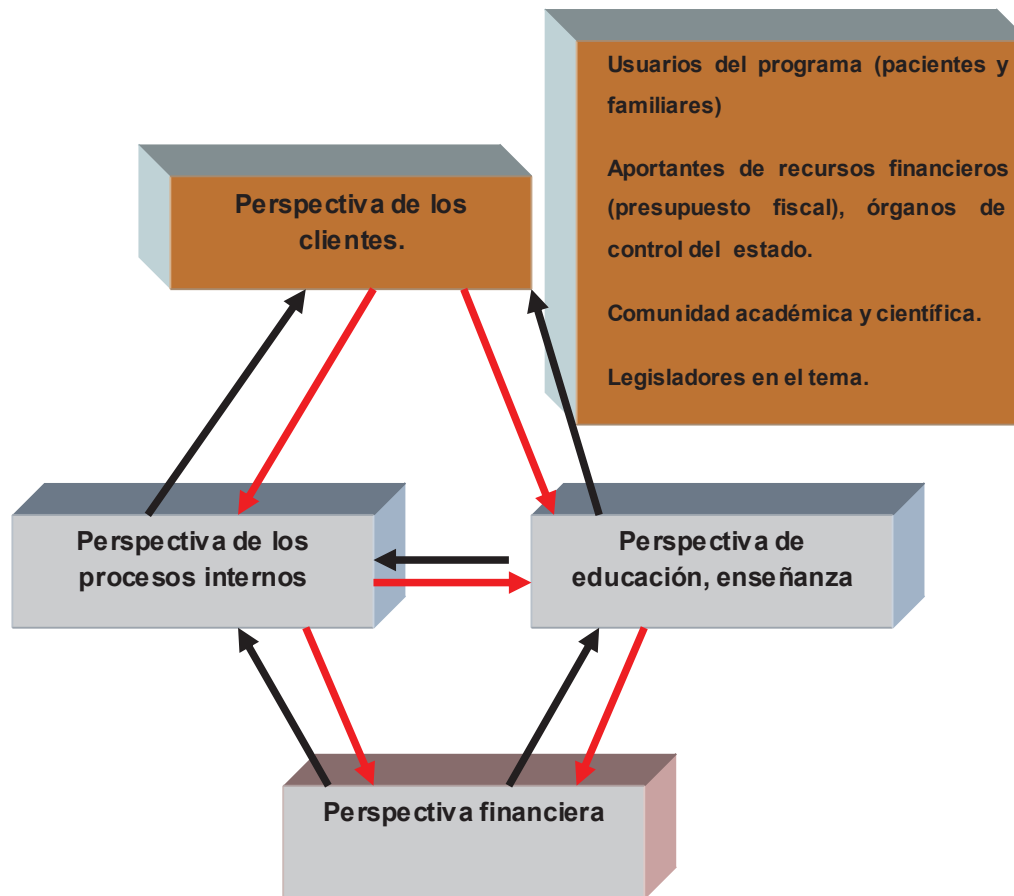
- Proponer el aumento racional de recursos humanos para efectivizar el desarrollo del programa y extenderlo a toda la comunidad interesada.

TERCERO: GRAFICAR EL ENLACE CAUSA-EFECTO ENTRE PERSPECTIVAS

Las perspectivas y su relación causa – efecto se resumen de la siguiente manera, en el siguiente grafico:

Gráfico N° 30

Relación causa – efecto



Elaborado por: Lic. Nancy Herrera

Obsérvese que se ha dispuesto en el mismo nivel a las perspectivas de procesos internos y aprendizaje con la finalidad de cumplir con la misión del programa y con la definición de que el la Salud Pública es gratuita donde la satisfacción del cliente depende directamente de las dos. Sin embargo existe una relación causa efecto entre ellas que corrobora el carácter sistémico del enfoque. Nótese que la satisfacción de los clientes es posible conseguirla por medio de dos vías.

La primera, a través de un mejoramiento en el desarrollo de las competencias profesionales de los recursos humanos que permitiría cumplir con los postulados de “Calidez, Eficacia y Eficiencia”

La segunda, permitiría mejorar y lograr calidad en los resultados de los procesos operativos, que desde luego también influye de manera poderosa en obtener la satisfacción del paciente.

A continuación se desarrolla la estructura genérica del mapa estratégico y las respectivas áreas de mejora (resultados que se pretenden lograr) que posibilita que se cumplan con las estrategias de crecimiento y productividad.

Tabla N° 32

Lineamientos de crecimiento y productividad

LINEAMIENTOS DE CRECIMIENTO		LINEAMIENTOS DE PRODUCTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proseguir la expansión de un tratamiento estrictamente supervisado, de calidad y si es posible mejorarlo. ▪ Posibilitar y promover al realización de investigaciones 		<p>Contribuir a fortalecer el sistema de salud pública.</p> <p>Involucrar a todo el personal de la salud.</p> <p>Empoderar a los afectados por la TB, a sus familiares y a la comunidad.</p> <p>Optimizar el uso de los recursos entregados por la Dirección de Salud de Pichincha.</p>
PERSPECTIVA DE CLIENTES	<i>Participación comunitaria</i>	<i>Fortalecimiento del sistema de salud para expansión de la Estrategia DOTS</i>
PERSPECTIVAS DE PROCESOS INTERNOS	<i>Concordancia de la TB con el VIH</i>	<i>Seguimiento y alcance de metas. Vigilancia epidemiológica y laboratorio</i>
PERSPECTIVA DE APRENDIZAJE, ENSEÑANZA		<i>Capacitación, supervisión, evaluación e investigación.</i>
PERSPECTIVA FINANCIERA		<i>Gestión de los recursos financieros y humanos</i>

Elaborado por: Lic. Nancy Herrera

Es necesario aclarar que el modelo al utilizar las áreas de mejora como referente para el encausamiento de los objetivos específicos no deja de lado que los objetivos estratégicos son exactamente los lineamientos antes señalados. En la siguiente tabla, se ordenan los objetivos y resultados planteados para el modelo de control gerencial.

Tabla N° 33

Matriz General de Resultados y objetivos

Perspectiva	Area de Mejora (ARM) / Objetivo estratégico:	Objetivos específicos
CLIENTES	<p><u>ARM: Participación comunitaria.</u></p> <p>OE/ C1: INCREMENTAR LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN EL TRATAMIENTO DE LA TB</p>	<p>C1.1. Fomentar la creatividad del personal para promover, presentar y proponer acciones de participación social-comunitaria sustentables.</p> <p>C1.2 Sistematizar la implementación de acciones de Infomación-Educación-Comunicación, considerando el lenguaje y el entorno cultural de la comunidad, a través de encuestas de auto-evaluación de tuberculosis para población mayor de 15 años y del apoyo al sector educativo con niños de 8 a 14 años.</p> <p>C.1.3 Consolidación y la ampliación de la estrategia DOTS a nivel comunitario.</p>

	<p>ARM: Fortalecimiento del sistema de salud para expansión de la Estrategia DOTS</p> <p>OE/C2: MEJORAR LAS ACCIONES PARA LA EXPANSION DE LA ESTRATEGIA DOTS EN TODOS LOS SECTORES INVOLUCRADOS</p>	<p>C2.1 Fortalecer el empoderamiento del Programa ante los administradores de la salud de manera interinstitucional bajo la premisa de que “la TB es prioridad”.</p> <p>C.2.2 Garantizar la cantidad adecuada de recursos financieros, de infraestructura y humanos para garantizar la disponibilidad de insumos y medicamentos.</p> <p>C.2.3 Fortalecer la participación de actores de otros Programas involucrados con la TB para el diseño de los planes de acción (VIH, Diabetes, entre otros).</p> <p>C.2.4 Implementar iniciativas específicas locales y nacionales para la búsqueda intencionada de casos entre grupos y áreas vulnerables de manera sistemática.</p> <p>C.2.5. Instrumentar estrategias humanísticas de sensibilización al paciente para garantizar la adherencia terapéutica.</p> <p>C.2.6 Fortalecer las acciones de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en niños</p>
--	--	--

PERSPECTIVAS DE PROCESOS INTERNOS	<p>ARM. Concordancia de la TB con el VIH</p> <p><i>OE/P1: DISMINUIR EL NIVEL DE RELACIONAMIENTO DE LAS PERSONAS CONTAGIADAS CON VIH Y TB O PERSONAS CONTAGIADAS CON TB Y EL VIH</i></p>	<p>P.1.1 Incrementar acciones tendientes a disminuir la carga de VIH en las personas que viven con TB y de ésta en las personas que viven con VIH.</p> <p>P.1.2 Implementar programas dinámicos para hacer frente al incremento de TB/MH mediante acciones que garanticen la curación de los casos ingresados al esquema primario con adherencia estricta hasta su curación, así como el fortalecimiento de las acciones de capacitación en la atención adecuada de los casos en condición de multidrogoresistencia</p>
	<p>ARM. Seguimiento y alcance de metas.</p> <p><i>OE/P2: IMPLEMENTAR UN SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACION DEL PROGRAMA</i></p>	<p>P.2.1 Consolidación de las metas globales propuestas por la OMS y la Alianza Alto a la tuberculosis proponen detener e iniciar la reducción de la Tuberculosis para el año 2015.</p> <p>Reducir la prevalencia de tuberculosis y la mortalidad por esta causa en el 50%.</p>
	<p>ARM: Vigilancia epidemiológica y laboratorio.</p>	<p>P3.1 Concensuar entre las instituciones de salud notificantes de casos, la necesidad del reporte</p>

	<p align="center">OE/P3: ESTABLECER LOS MECANISMOS ADECUADOS PARA ESTABLECER UN CONTROL EPIDEMIOLOGICO Y DE LABORATORIO DE LA ENFERMEDAD</p>	<p>inmediato de los pacientes en la búsqueda precoz de los contactos y su tratamiento gratuito.</p> <p>P.3.2 Fomentar el análisis de la información en basada en datos como elemento fundamental para la toma de decisiones en los diferentes niveles de atención</p>
<p align="center">PERSPECTIVA DE APRENDIZAJE, ENSEÑANZA</p>	<p>ARM: Capacitación, supervisión, evaluación e investigación</p> <p align="center">OE/AE: MEJORAR LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES DEL PERSONAL DE LA SALUD RESPONSABLE DEL PROGRAMA</p>	<p>AE.1 Sistematizar e innovar en la capacitación gerencial, técnica, humanística y de organización comunitaria de manera interinstitucional en el personal involucrado.</p> <p>AE.2 Mejorar los procesos de supervisión para lograr un impacto en el seguimiento de compromisos y toma de decisiones de acuerdo a las observaciones de cada vista.</p> <p>AE.3 Monitorear y supervisar los indicadores de proceso y resultado para su veracidad y confiabilidad.</p> <p>AE.4 Implementar estrategias e instrumentos para la medición de la satisfacción de los usuarios así como el monitoreo y evaluación del impacto de las intervenciones comunitarias.</p>

<p style="text-align: center;">PERSPECTIVA FINANCIERA</p>	<p style="text-align: center;">Gestión de los recursos financieros.</p> <p style="text-align: center;"><i>OE/F: Desarrollar el presupuesto del programa en base al análisis de datos.</i></p>	<p>F.1 Proponer el aumento y uso racional de recursos humanos y financieros para efectivizar el desarrollo del programa y extenderlo a toda la comunidad interesada.</p> <p>F.2 optimizar el uso de los recursos asignados al programa</p>
--	---	--

Elaborado por: Lic. Nancy Herrera

CUARTO: DEFINIR LOS INDICADORES QUE VAN A UTILIZARSE PARA EVALUAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS-

Con seguridad la gran cantidad de objetivos específicos pueden dificultar y entorpecer las labores de seguimiento y evaluación en el cumplimiento de los indicadores, por lo que se ha procedido a priorizarlos implementando una Matriz de Saaty ⁴⁴, situación que ayuda a simplificar la matriz resumen del modelo y son expuestos en la Tabla N° 34 de Objetivos Priorizados, esto no significa que los otros objetivos no vayan a implementarse, dependerá de la dirección.

⁴⁴ El “**Método Estructurado para Análisis Multicriterio**”, permite analizar y calificar el grado de correlación entre los distintos Objetivos Estratégicos, a través del empleo de la matriz bidimensional denominada “**Matriz de Saaty**” y a partir de ello, llegar a establecer el orden de prioridad para la atención de los objetivos.

Tabla N° 34

Matriz de objetivos específicos priorizados

PERSPECTIVAS	OBJETIVO ESTRATEGICO	OBJETIVO ESPECIFICO 1	OBJETIVO ESPECIFICO 2
CLIENTES	<i>Incrementar la participación comunitaria en el tratamiento de la TB</i>	Sistematizar la implementación de acciones de Información-Educación-Comunicación, considerando el lenguaje y el entorno cultural de la comunidad, a través de encuestas de auto-evaluación de tuberculosis para población mayor de 15 años y del apoyo al sector educativo con niños de 8 a 14 años.	Consolidación y la ampliación de la estrategia DOTS a nivel comunitario.
	<i>Mejorar las acciones para la expansión de la estrategia DOTS en todos los sectores involucrados</i>	Implementar iniciativas específicas locales y nacionales para la búsqueda intencionada de casos entre grupos y áreas vulnerables de manera sistemática.	Garantizar la cantidad adecuada de recursos financieros, de infraestructura y humanos para garantizar la disponibilidad de insumos y medicamentos
	<i>Disminuir el nivel de relacionamiento entre las personas contagiadas con</i>	Incrementar acciones tendientes a disminuir el contagio de tuberculosis	Implementar programas dinámicos para hacer frente al

PROCESOS INTERNOS	<i>VIH y viceversa.</i>	en pacientes con VIH.	incremento de TB/VIH mediante acciones que garanticen la curación de los casos ingresados al esquema primario con adherencia estricta hasta su curación, así como el fortalecimiento de las acciones de capacitación en la atención adecuada de los casos en condición de multidrogoresistencia
	<i>Establecer los mecanismos adecuados para desarrollar un control epidemiológico y de laboratorio de la enfermedad.</i>	Concensuar entre las instituciones de salud notificantes de casos, la necesidad de la clasificación final de éstos a más tardar 2 meses después de haber concluido el tratamiento.	Fomentar el análisis de la información en basada en datos como elemento fundamental para la toma de decisiones en los diferentes niveles de atención
APRENDIZAJE Y ENSEÑANZA	<i>Mejorar las competencias profesionales del personal de la salud responsable del programa</i>	Sistematizar e innovar en la capacitación gerencial, técnica, humanística y de organización comunitaria de manera interinstitucional en el personal involucrado	Implementar estrategias e instrumentos para la medición de la satisfacción de los usuarios así como el monitoreo y evaluación del impacto de las intervenciones

			comunitarias.
FINANCIERA.	<i>Desarrollar el presupuesto del programa en base al análisis de datos</i>	Obtener un aumento de recursos financieros para efectivizar el desarrollo del programa y extenderlo a toda la comunidad.	Optimizar el uso de recursos asignados al programa

Elaborado por: Lic. Nancy Herrera

Los criterios de valoración empleados se basan a la siguiente descripción:

- 1 = Igual de importante
- 2= Ligeramente más importante
- 3= Más importante
- 4= Bastante más importante
- 5= Mucho más importante

Esta matriz será elaborada para cada Objetivo estratégico.

C.1 Incrementar la participación comunitaria en el tratamiento de la TB

	C.1.1	C.1.2	C.1.3	Total	Peso %
C.1.1	2	2	1	3	20
C.1.2	3	3	2	5	33.33333
C.1.3	4	3	4	7	46.66667
				15	100

C.2 MEJORAR LAS DESTREZAS PARA LA EXPANSION DE LA ESTRATEGIA DOTS EN TODOS LOS SECTORES INVOLUCRADOS

	C.2.1	C.2.2	C.2.3	C.2.4	C.2.5	C.2.6	Total	Peso %
C.2.1		2	4	2	3	2	14	17.667
C.2.2	3		4	2	3	2	14	18.667
C.2.3	1	1		2	4	2	10	13.333
C.2.4	3	3	3		4	3	15	21
C.2.5	2	2	1	1		4	10	13.333
C.2.6	3	3	3	2	1		12	16
							75	100

P1.- Disminuir el Nivel de relación de las personas contagiadas con VIH y TB o personas contagiadas con TB y el VIH

Para este objetivo estratégico no es necesario realizar la matriz por cuanto solo tiene dos objetivos específicos.

P2.- Implementar un sistema de monitoreo y evaluación.

Criterio idéntico al anterior.

P3.- Establecer los mecanismos adecuados para implantar un control epidemiológico y de laboratorio de la enfermedad.

Criterio idéntico al anterior.

AE.- Mejorar las competencias profesionales del personal de la salud responsable del programa.

	AE1.1	A.1.2	A.1.3	A.1.4	Total	Peso %
A.E1.1		4	3	2	9	30
AE1.2	1		3	3	7	23.333
AE1.3	2	2		2	6	20
AE1.4	3	2	3		8	26.667
					30	100

F.- Optimizar el uso de los recursos asignados al programa.

Criterio idéntico al anterior.

Tabla N° 35
Indicadores para cumplimiento de objetivos estratégicos

PERSPECTIVAS	OBJETIVO ESTRATEGICO	OBJETIVO ESPECIFICO 1	INDICADORES	OBJETIVO ESPECIFICO 2	INDICADORES
<p align="center">CLIENTES</p>	<p align="center"><i>incrementar la participación comunitaria en el tratamiento de la TB</i></p>	<p>Sistematizar la implementación de acciones de Información-Educación-Comunicación, considerando el lenguaje y el entorno cultural de la comunidad, a través de encuestas de auto-evaluación de tuberculosis para población mayor de 15 años y del apoyo al sector educativo con niños de 8 a 14 años.</p>	<p>Porcentaje de usuarios externos informados satisfactoriamente</p>	<p>Consolidación y ampliación de la estrategia DOTS a nivel comunitario.</p>	<p>Existencia de Comités de Auditoría</p> <p>Porcentaje de conformidad de casos de eventos centinelas de la TB</p> <p>auditados a nivel local, regional y nacional</p>

	<p><i>Mejorar las acciones para la expansión de la estrategia DOTS en todos los sectores involucrados</i></p>	<p>Implementar iniciativas específicas locales y nacionales para la búsqueda intencionada de casos de TB entre grupos y áreas vulnerables de manera sistemática.</p>	<p>Porcentaje de iniciativas propuestas e implementadas</p>	<p>Garantizar la cantidad adecuada de recursos financieros, infraestructura y humanos para garantizar la disponibilidad de insumos y medicamentos</p>	<p>Porcentaje de recetas prescritas por el área y dispensadas totalmente</p> <p>Porcentaje de servicios que cuentan con equipos de laboratorio para TB</p>
	<p><i>Disminuir el nivel de relacionamiento entre las personas contagiadas con VIH y viceversa.</i></p>	<p>Incrementar acciones tendientes a disminuir la carga de VIH en las personas que viven con TB y de ésta en las personas que viven con VIH.</p>	<p>Porcentaje de usuarios externos informados satisfactoriamente</p>	<p>Implementar programas dinámicos para hacer frente al incremento de TB/VIH mediante acciones que garanticen la curación de los casos ingresados al esquema primario con adherencia estricta hasta su curación.</p>	<p>Programa de Curación formulados, desarrollados y evaluados</p>
<p><i>Establecer los mecanismos adecuados para desarrollar un control epidemiológico y</i></p>	<p>Concensuar entre las instituciones de salud notificantes de casos, la</p>	<p>estándares institucionales para el</p>	<p>Fomentar el análisis de la información en basada en datos como elemento fundamental para la</p>	<p>El área cuenta con Manual de</p>	

<p>PROCESOS INTERNOS</p>	<p>de laboratorio de la enfermedad.</p>	<p>necesidad de la clasificación final de éstos a más tardar 2 meses después de haber concluido el tratamiento.</p>	<p>seguimiento de la enfermedad</p>	<p>toma de decisiones en los diferentes niveles de atención</p>	<p>Referencia y Contrarreferencia para la TB</p>
<p>APRENDIZAJE Y ENSEÑANZA</p>	<p><i>Mejorar las competencias profesionales del personal de la salud responsable del programa</i></p>	<p>Sistematizar e innovar en la capacitación gerencial, técnica, humanística y de organización comunitaria de manera interinstitucional en el personal involucrado</p>	<p>Disponibilidad de protocolos para los procesos de atención de la TB</p> <p>Porcentaje de usuarios internos que conoce de la existencia de protocolos de prevención y manejo de la TB</p>	<p>Implementar estrategias e instrumentos para la medición de la satisfacción de los usuarios así como el monitoreo y evaluación del impacto de las intervenciones comunitarias.</p>	<p>Proporción de usuarios externos que perciben trato adecuado por el proveedor de servicios en la prestación de la TB.</p>
	<p>Desarrollar el</p>	<p>Obtener un aumento de recursos</p>	<p>Porcentaje de</p>	<p>Optimizar el uso de recursos asignados al</p>	<p>Porcentaje de gastos</p>

FINANCIERA.	<i>presupuesto del programa en base al análisis de datos</i>	financieros para efectivizar el desarrollo del programa y extenderlo a toda la comunidad.	incremento en el presupuesto del programa	programa	administrativos operativos del programa
-------------	--	---	---	----------	---

QUINTO: ESPECIFICAR LAS METAS, ES DECIR DEFINIR EL VALOR DEL INDICADOR EN UN MOMENTO DE TIEMPO DADO.

Tabla N° 36
Especificación de metas

PERSPECTIVAS	OBJETIVO ESPECIFICO 1	INDICADORES	METAS	OBJETIVO ESPECIFICO 2	INDICADORES	METAS
CLIENTES	Sistematizar la implementación de acciones de Información-Educación-Comunicación, considerando el lenguaje y el entorno cultural de la comunidad, a través de encuestas de auto-evaluación de tuberculosis para población mayor de 15 años y del apoyo al sector educativo con niños de 8 a 14 años.	Porcentaje de usuarios externos informados satisfactoriamente		Consolidación y la ampliación de la estrategia DOTS a nivel comunitario.	Existencia de Comités de Auditoría	
	Implementar iniciativas específicas locales y nacionales para la	Porcentaje de iniciativas propuestas e implementadas		Garantizar la cantidad adecuada de recursos financieros, de	Porcentaje de recetas prescritas por el área y	

	búsqueda intencionada de casos de TB entre grupos y áreas vulnerables de manera sistemática.			infraestructura humana para garantizar disponibilidad de insumos y medicamentos	y para la de y	dispensadas totalmente Porcentaje de servicios que cuentan con equipos de laboratorio para TB	
	Incrementar acciones tendientes a disminuir la carga de VIH en las personas que viven con TB y de ésta en las personas que viven con VIH.	Porcentaje de usuarios externos informados satisfactoriamente		Implementar programas dinámicos para hacer frente al incremento de TB/VIH mediante acciones que garanticen la curación de los casos ingresados al esquema primario con adherencia estricta hasta su curación.	Programa de Curación formulados, desarrollados y evaluados		
PROCESOS	Concensuar entre las instituciones de salud notificantes de casos, la necesidad de la clasificación final de	estándares institucionales para el seguimiento de la		Fomentar el análisis de la información en basada en datos como elemento fundamental para la toma de decisiones en los	El área cuenta con Manual de Referencia y Contrarreferencia		

INTERNOS	éstos a más tardar 2 meses después de haber concluido el tratamiento.	enfermedad		diferentes niveles de atención	para la TB	
APRENDIZAJE Y ENSEÑANZA	Sistematizar e innovar en la capacitación gerencial, técnica, humanística y de organización comunitaria de manera interinstitucional en el personal involucrado	Disponibilidad de protocolos para los procesos de atención de la TB Porcentaje de usuarios internos que conoce de la existencia de protocolos de prevención y manejo de la TB		Implementar estrategias e instrumentos para la medición de la satisfacción de los usuarios así como el monitoreo y evaluación del impacto de las intervenciones comunitarias.	Proporción de usuarios externos que perciben trato adecuado por el proveedor de servicios en la prestación de la TB.	
FINANCIERA.	Obtener un aumento de recursos financieros para efectivizar el	Porcentaje de incremento en el		Optimizar el uso de recursos asignados al programa	Porcentaje de gastos administrativos y	

	desarrollo del programa y extenderlo a toda la comunidad.	presupuesto del programa		operativos del programa	
--	---	--------------------------	--	-------------------------	--

SEXTO: en el mapa de enlaces se identifican los caminos de la estrategia a lo cual se denominarán vectores estratégicos y que definen de manera clara la relación causa efecto. **VER ANEXO 1. HOJA EXCEL**

SÉPTIMO: identificar las iniciativas, programas o proyectos que van a permitir el logro de las metas, Tabla N° 37. Parte de la efectividad del programa exige el planteamiento de iniciativas del personal involucrado en la presentación de propuestas de mejoramiento, las mismas que deben ser tratadas con la máxima importancia e interés e implementadas si el caso lo amerita, estas propuesta son el resultado de la realización de un Plan Operativo o estratégico del área.

Tabla N° 37

Iniciativas personales

PROGRAMA	SUB PROGRAMA PROYECTO, PLAN	RESPONSABLE	CODIGO
A	A1 A2		

Elaborado por: Lic. Nancy Herrera

5.3 MATRIZ RESÚMEN DEL MODELO DE GESTIÓN

5.3.1 INTEGRACIÓN DEL MODELO

La Matriz de Integración de Agentes Facilitadores al Mapa Estratégico relaciona el nivel de alineamiento que tiene cada uno de los principios de la Norma ISO 9001 con relación a cada perspectiva del BSC.

Puede observarse como los principios de la norma ISO 9001 afectan a una o varias perspectivas. Esto ayudará a que la Dirección del Programa ponga énfasis la aplicación de ciertas herramientas administrativas de gestión que fortalecen y le dan sostenibilidad al modelo. Esta matriz se presenta en la Tabla N° 39.

Seguimiento y monitoreo.- En cada objetivo estratégico se han definido los Indicadores clave que lo miden, las Metas que marcarán los hitos dentro del Plan y los Responsables de evaluar su logro y en base a esto se hace el monitoreo y evaluación, tal como se puede apreciar en la Tabla N° 40, **de monitoreo y evaluación.**

Tabla N° 39

MATRIZ DE AGENTES FACILITADORES AL MAPA ESTRATEGICO

Perspectivas	CLIENTES		APRENDIZAJE	PROCESOS INTERNOS		FINANCIERA
	Incrementar la participación comunitaria en el tratamiento de la TB	Mejorar las acciones para la expansión de la estrategia DOTS en todos los sectores involucrados		Disminuir el nivel de relacionamiento entre personas contagiadas con VIH y TB o viceversa	Desarrollar los mecanismos adecuados para establecer un control epidemiológico y de laboratorio de la enfermedad	
ISO 9001						
Liderazgo						
Enfoque al cliente						
Mejoramiento continuo						
Participación del personal						
Enfoque basado en procesos						

Enfoque basado en hechos							
Enfoque sistémico							

Elaborado por: Lic. Nancy Herrera

Tabla N° 40
Matriz de monitoreo y evaluación de iniciativas

MATRIZ DE MONITOREO Y SEGUIMIENTO		PROYECTO/PROGRAMA:				RESPONSABLE DE LA MEDICION FECHA:		
INDICADOR	Valor de referencia	Fuente de verificación/datos requeridos	Métodos de Obtención de datos	Momento y Frecuencia de obtención de datos	Responsable	Tiempo requerido	Utilización de datos	Riesgos

Elaborado por: Lic. Nancy Herrera

5.3.2 ALINEACION CON INICIATIVAS ESTRATEGICAS

Es necesario que la dirección del Programa identifique los indicadores que estarían afectados por la implementación de las iniciativas. A continuación se propone una matriz de integración de programas para satisfacer los objetivos, que forma parte de la matriz principal del modelo de gestión propuesto.

Tabla N° 41

Alineación con iniciativas estratégicas

Objetivos Estratégicos	Programa 1	Programa 2	Programa n	Indicadores del BSC

Elaborado por: Lic. Nancy Herrera

5.3.3 ESQUEMA DE SEGUIMIENTO INTEGRADO DEL MODELO

Para realizar el seguimiento del modelo deberían cumplirse las siguientes actividades:

- A. Seguimiento del mapa estratégico, es decir verificar el cumplimiento de los objetivos e indicadores.
- B. Seguimiento de las iniciativas estratégicas, verificar cuantas han sido propuestas e implementadas.
- C. Auto evaluación periódica del modelo.

Y sus resultados serían:

- Realimentación de la estrategia.
- Aprendizaje continuo.
- Gestión del conocimiento.

5.3.4 SOSTENIBILIDAD DEL MODELO

Para lograr la sostenibilidad, en la Tabla N° 42, a largo plazo al modelo propuesto se ha elaborado un Cuadro de Madurez, matriz del conocimiento del modelo, de la evolución en cinco niveles; cabe recordar que esta herramienta es parte del modelo y no de la Matriz resumen:

- I. Previo.
- II. Inicial.
- III. Gestión.
- IV. Avanzado.
- V. Optimizado.

El cumplimiento de estos niveles va en función de la evaluación continua del modelo, del compromiso y capacidad de liderazgo de la dirección.

5.3.5 SISTEMA DE INFORMACIÓN

Como se podrá observar en la matriz resumen, para recoger la información se utiliza una serie de fuentes de datos que deberán ser definidas previamente que evidenciarán la ejecución de las actividades a través de los indicadores. Por medio de la evaluación se podrá obtener conclusiones, recomendaciones y las mejores lecciones aprendidas.

Intenciones del Sistema de Información:

- Útil para la Reflexión: como herramienta para mejorar continuamente la calidad del trabajo.
- Genera Conocimiento; satisface las demandas de información internas y externas, para orientar la buena gestión de las iniciativas puestas en práctica.
- Sirve para demostrar el uso correcto de los fondos del estado y la transparencia con la que se ejecutan las actividades.
- Efectivo para controlar el progreso y la calidad de las diferentes acciones desarrolladas en las iniciativas propuestas por los recursos humanos.

5.3.6 Madurez del Modelo

Se pasa del enfoque descriptivo y global general del BSC a una implantación estratégica basada en un enfoque prescriptivo permitiendo que las energías económicas y humanas de la organización, siempre escasas, se alineen dirigiéndose en la misma dirección que es la que finalmente lleva a la consecución de los objetivos comunes de la organización. Llegar a la excelencia a través del modelo implica que este vaya madurando en el tiempo a medida que se van cumpliendo ciertos preceptos definidos en la siguiente matriz. Es fundamental el continuo monitoreo y evaluación de los indicadores.

Tabla N° 42
Matriz de Conocimiento del Modelo

	Nivel 0.-	Nivel 1.- Preliminar	Nivel 2.- Gestión	Nivel 3.- Avanzado	Nivel 4.- Optimizado
Marco estratégico.	Principios filosóficos claros	Planificación estratégica estructurada en el área	Diseño estratégico definido Visión Estratégica en cada proceso	Análisis estratégico completo: interno y externo. FODA Análisis de Riesgos-HAZOP.	Análisis avanzado de tendencias, tecnológicas, científicas y sociales.
Mapa estratégico.	Definición de estándares	Mapa Estratégico del área realizado. Integración de Procesos Clave. Responsables de cumplimiento de Objetivos	Mapas Estratégicos de los procesos y primer nivel de sub procesos más importantes Integración y despliegue de los mismos	Profundización en los Mapas Estratégicos de los procesos y sub procesos	Mapas Estratégicos a todos los niveles
Indicadores	Indicadores agrupados en perspectivas	Indicadores estratégicos asociados a los objetivos Responsables de indicadores	Indicadores estratégicos y operativos integrados. Indicadores ABC de costes	Indicadores multidimensionales. Optimización de los Indicadores y de las fuentes de información	Análisis estadístico de las relaciones causa-efecto. Control estadístico de procesos.

Metas	Metas anuales	Metas anuales y trimestrales Responsables	Metas mensuales y trimestrales Escenarios básicos	Escenarios avanzados (análisis de sensibilidad) y Gestión de Riesgos	Escenarios avanzados (análisis de sensibilidad) con herramientas estadísticas
--------------	---------------	---	---	--	---

Iniciativas	Acciones orientadas con el Mapa Estratégico	Iniciativas, Acciones y Tareas alineadas estratégicamente	Impacto equilibrado de las Iniciativas.	Gestión integrada de las Iniciativas a todos los niveles y unidades
Alineamiento de Presupuesto y RRRH	Alineamiento de la Alta Dirección vía objetivos	Cuadros personales Priorización de Iniciativas. Presupuestos orientados estratégicamente. Motivación	Estructura de acuerdo con la Estrategia Alineamiento avanzado RRRH Presupuestos Base Cero y Basados en Actividades	Gestión de Riesgos con análisis de sensibilidad estadístico avanzado
Seguimiento Integrado	Reportes de cumplimiento de indicadores de los	Evaluaciones críticas de la información Informes a la Dirección Auditorías internas	Software para la medición Gestión de Proyectos. Gestión del Cambio	Gestión del Conocimiento estratégico. Gestión del Cambio avanzada.

	POA y PE	según principios de ISO 9001-2008	Estrategia Gestión del Cambio básica	nivel intermedio	
--	----------	-----------------------------------	--	------------------	--

Elaborado por: Lic. Nancy Herrera

5.4 IMPLEMENTACION DEL MODELO

Fases:

- A. Socializar el Conocimiento del Modelo y el Cuadro de madurez entre los usuarios internos y externos
- B. Desarrollar planes de mejoramiento de la calidad
- C. Realizar monitoreo y evaluación como elementos fundamentales para la implementación y permanencia del modelo gerencial propuesto, estos medirán la calidad de las actividades realizadas en beneficio de los usuarios.
- D. Implantar de manera equilibrada el nuevo modelo gerencial

Sin embargo deberán implementarse otras actividades complementarias de manera adecuada para conseguir el éxito del proyecto de implementación, estas son:

- Se deberá informar y capacitar a la dirección y a otros empleados que trabajarán en el proyecto de implementación del modelo sobre las técnicas de implementación del mismo y de todos sus componentes.
- Realizar un diagnóstico total para averiguar qué hace el programa que actualmente estaría en conformidad con el modelo propuesto y qué requisitos necesitarán ser atendidos para lo cual tendrá que utilizar una lista de control previamente elaborada.
- El paso siguiente es el diseño y documentación de los procesos.
- El último paso de preparación es poner en funcionamiento un programa de auditoría interna. Se deberá capacitar a un equipo de auditoría interna para que realice las evaluaciones del modelo.

5.5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

Una vez analizado los lineamientos estratégicos generales del programa y los escenarios o áreas donde podrían existir las mejores oportunidades de mejoramiento. Estos elementos forman la base del BSC como herramienta de control para la gestión del programa. Podemos concluir que es necesario hacer un enfoque en los clientes, procesos, innovación o capacitación, área financiera, por lo cual diseñamos matrices que brindarán alto contenido de eficiencia y eficacia al ser aplicados.

RECOMENDACIONES:

Con insumos de calidad la propuesta de un modelo de gestión logrará el desarrollo de un programa sólido.

Proseguir la expansión de un Tratamiento Estrictamente Supervisado, de calidad y mejorarlo,

Contribuir a fortalecer el sistema de salud público-

BIBLIOGRAFÍA

1. Chiavenato Idalberto, *Introducción a la Teoría General de la Administración*, Bogotá, McGraw-Hill Interamericana edit., S.A. 1998.
2. Caminero, L. José. *Guía de la tuberculosis para médicos Especialistas*, Ed. Boulevard Saint Michel. París 2003
3. Evans James R., *Administración y control de la calidad*, México, Editorial COSEGRAF, 2008.
4. Instituto Ecuatoriana de Estadística y censos Anuario Estadístico.2003 Quito.
5. Laudon Kenneth, *Sistemas de Información Gerencial – Administración de la empresa digital*, México, Prentice Hall Hispanoamericana S.A., 2008.
6. López Fernando, *Reseña sobre la evolución de la administración en el Ecuador*, Quito, Sin editor, 2007.
7. Londoño Gustavo Dr, Galán Moreira Ricardo Dr. *Administración Hospitalaria* 1ª. Ed. Bogotá, 1997.
8. Ministerio de Salud Pública, *Manual de Normas y procedimientos para el control de la tuberculosis*. Quito, 2009.
9. Ministerio de Salud Pública. *Manual de Normas Técnicas, métodos y Procedimientos para el Control de la TB*, Ecuador, Junio, 2002, 1ra edición.
10. Ministerio de Salud Pública. *Manual de Normas Técnicas, métodos y Procedimientos para el Control de la TB*, Ecuador, 1974, 2002.
11. Ministerio de Salud Pública, *Roles y competencias del Estado de Salud por Niveles de Gestión - Anexo 2*, Ecuador, 1991.
12. Molina Fran, *Sistema de Gestión de Calidad con enfoque a la Salud*, Quito, sin editor, 2009.
13. Morgan Gareth, *Imágenes de la organización*, México, Alfaomega Ed, 1990.
14. Organización Panamericana de la Salud, *Plan regional de tuberculosis 2006-2015*, Washington.2006.
15. Robbins Sthepen P., *Comportamiento Organizacional*, México, Pearson Educación Edit, 2004.
16. Rojas, R. Armijo. *Epidemiología básica en atención primaria*,ed.DIAS de santos, S A, 1994.

17. Silva Francisco, *Administración Pública Local, Quito, ISBN ediciones, 2005.*
18. Stoner James, *Administración, México, Prentice Hall Hispanoamericana S.A., 1996.*
19. Trejo Saul, *Teoría de la Organización, Celaya, Ponencia presentada en el Instituto Tecnológico de Celaya. 2008. En <http://www.gestiopolis.com/administración-estratégica/teoría-estructuralista-de-la-administración.htm>.*
20. Weinert Ansfried B., *Manual de Psicología de la organización. La conducta humana en las organizaciones, Barcelona, Herder Edit, 1985.*