

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

COLEGIO DE POSGRADOS

**Proyecto de mejoramiento de la disponibilidad y distribución
del personal médico y de enfermería, como parte de la garantía
de cobertura de los servicios de salud con enfoque a la
Atención Primaria en el Distrito 13D05 durante el año 2019**

Mary Gema Muñoz Quiroz

Jorge Albán Villacís, MD., PhD(c)

Director de Trabajo de Titulación

Trabajo de titulación de posgrado presentado como requisito
para la obtención del título de Especialista en Gerencia de Salud.

Quito, 25 de abril 2019

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**COLEGIO DE POSGRADOS****HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

Proyecto de mejoramiento de la disponibilidad y distribución del personal médico y de enfermería, como parte de la garantía de cobertura de los servicios de salud con enfoque a la Atención Primaria en el Distrito 13D05 durante el año 2019

Mary Gema Muñoz Quiroz

Firmas.

Jorge Albán Villacís, MD, PhD(c)

Director del Trabajo de Titulación

Ramiro Echeverría, MD, DSP.

Director Especialización de Gerencia en
Salud

Jaime Ocampo, Ph.D.

Decano de la Escuela de Salud Pública.

Hugo Burgos Ph.D

Decano del Colegio de Posgrados.

Quito, 25 abril de 2019

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante:

Nombre:

Mary Gema Muñoz Quiroz

Código de estudiante:

00203695

C. I.:

1724711617

Lugar, Fecha

Quito, 25 abril de 2019

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mis padres Sigifredo y Marilú, quienes siempre han promovido la mentalidad de educación como un verdadero motor del desarrollo humano a sus hijos, siendo estas actitudes la base de mis logros, y mi motivación diaria para continuar.

Así también a la gente cálida, amable y sencilla que habita en el cantón El Carmen, lugar donde me formé en mi infancia y adolescencia, al cual le deseo siempre prosperidad.

AGRADECIMIENTO

Siempre he sido atraída por todo lo que abarca el liderazgo, tomándolo como un significado personal de tener la capacidad para guiar, innovar, resolver y sobre todo inspirar a los demás. Esta actitud es heredada por mis padres, quienes han sido mi ejemplo diario de liderazgo y humildad, desarrollándolo así mismo con mis hermanos, y es por ello que agradezco eternamente a la fuerza magna por el núcleo familiar que se me designó. Gracias padres Sigifredo y Marilú, además a quienes admiro mucho, mis hermanos José y Diego.

Pese a que empecé a estudiar las habilidades de liderazgo en grupos de la universidad en mi pregrado, a mis 25 años recién egresada de la Facultad de Medicina quise intentar postular a este posgrado de Gerencia en Salud, pese a no tener casi nada de experiencia en el campo laboral, principalmente de atención primaria, sin embargo motivada por mi familia lo intenté. Desde entonces tomada la decisión, no dejé de aprender ningún instante algo nuevo y sobre todo necesario, por ejemplo la primera vez que rendí la prueba de actitud para ingreso me decepcioné ya que no la aprobé en primera instancia, y la diferencia fue muy mínima para lograrlo, entonces lo comenté con nuestra secretaria de posgrado, Grace, y ella amablemente me dijo que efectivamente era mínima la diferencia, pero que si hubiera alcanzado ese mínimo, aún así obtendría la nota más baja pese a pasar el examen. En ese momento entendí claramente la mentalidad conformista. Gracias Grace.

Luego de haber aprobado mi segunda prueba de aptitud, seguía el período de entrevista, en la cual claramente iba a tener que exponer la ausencia de mi experiencia en el campo laboral público y privado (con excepción de mi año de internado), sin embargo tuve el agrado de conocer a Fabia, una mujer muy inteligente, que denotaba bastante seguridad y confianza al momento de la entrevista, y en la cual resaltó que pese a que yo no tenía experiencia para compartir, irradiaba bastante motivación para iniciar el posgrado. Gracias Fabia por confiar en mí.

Y por supuesto no olvidaré una frase que me intimidó bastante el primer día de clases, de nuestro Director del Posgrado, Ramiro, en la cual exclamó que la base de todo el posgrado se debía no sólo al conocimiento impartido por los profesores, sino al brindado por la experiencia de cada estudiante, ya que un aula, comentaba, es como una biblioteca donde cada uno de los estudiantes somos como libros con diferentes opiniones, prácticas, hábitos, habilidades, experiencias y en los cuales se podía leer y seguir escribiendo. Mi libro está un poco (bastante) vacío, pensé, sin embargo es ahí donde un libro vacío daba la opinión a otros libros escritos ya con aciertos y errores, por si olvidaban que era el conocimiento desde “la nada”, un libro lleno de expectativas y esperanzas, de las cuales muchas veces las vamos borrando con el paso del tiempo, y con él, de decepciones y frustraciones. Gracias a todos mis compañeros por exponer durante el tiempo de toda la especialización sus libros personales de vida, de los cuales aprendí no sólo conocimiento práctico y científico, sino también la parte humana de un gerente.

Agradezco a mi tutor de tesis Jorge Albán Villacís por todas las recomendaciones y conocimientos brindados para la elaboración del presente proyecto, y por supuesto también al resto de maestros por ser tan auténticos, comprometidos y apasionados. Siempre me sorprendía como sentía que cada uno entregaba un nuevo conocimiento, pero envuelto con un carisma que los hacían inolvidables. Gracias Ramiro, Sebastián, Iván, Margarita, Jaime, Laura Elena, Bernardo, Marco, Carmita, Sandra, Enrique y Pablo.

Mary Gema Muñoz Quiroz

RESUMEN

La planificación de recursos humanos en salud es una tarea multifactorial que depende básicamente de la disponibilidad y distribución del personal de salud acorde al volumen poblacional para lograr la cobertura y acceso universal de los servicios de salud.

Esto sin embargo es una tarea aún más compleja en un país como el Ecuador sin un sistema de salud mayormente desarrollado, caracterizado, entre otras cosas, por una alta rotación de los recursos humanos en salud, particularmente en los niveles operativos.

El presente proyecto tiene como objetivo, determinar cuál es la relación entre el déficit de la disponibilidad y distribución de médicos y personal de enfermería, con la garantía de la cobertura de los servicios de salud en el Distrito de Salud 13D05. Para esto se partió de una exhaustiva revisión bibliográfica sobre el tema de investigación para caracterizar el ámbito geográfico de la investigación y, definir los problemas que implica una inadecuada distribución territorial con la cobertura de los servicios de salud, utilizando para el efecto la información proporcionada por las áreas de Estadísticas y Recursos Humanos del Distrito de Salud 13D05.

Finalmente, sobre la matriz del marco lógico con sus respectivos objetivos e indicadores, se exponen varias alternativas de solución, así como una propuesta de programación y de recursos económicos que serán necesarios invertir.

Palabras claves: Recursos humanos, distribución médicos, cobertura en salud, Ecuador, MSP.

SUMMARY

The planning of human resources in health is a multifactorial task that basically depends on the availability and distribution of health personnel according to the population volume to achieve coverage and universal access to health services.

This, however, is an even more complex task in a country like Ecuador without a largely developed health system, characterized, among other things, by a high turnover of human resources in health, particularly at the operational levels.

The objective of this project is to determine the relationship between the deficit in the availability and distribution of physicians and nursing personnel, with the guarantee of coverage of health services in District 13D05. For this, an exhaustive literature review on the subject of research was carried out to characterize the geographical scope of the research and to define the problems related to the availability and distribution of physicians and nursing personnel and their consequences in the coverage of health services. , using for this purpose the information provided by the Statistics and Human Resources areas of Health District 13D05.

Finally, on the matrix of the logical framework with its respective objectives and indicators, several solution alternatives are exposed, as well as a proposal for programming and economic resources that will be necessary to invest.

Keywords: human resources, distribution of doctors, health coverage, Ecuador, MSP.

Contenido

Dedicatoria	4
Agradecimiento	5
RESUMEN	8
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.1 ANTECEDENTES.....	14
1.1.1 Contexto y situación que motiva el Proyecto	14
1.1.2 Marco legal	16
1.1.3 Ámbito y beneficiarios del proyecto (directos e indirectos)	21
1.1.4 Justificación	24
1.2 Descripción y análisis del problema	25
1.2.1 Descripción general (Revisión de literatura)	25
1.2.2 Magnitud del problema	34
1.2.3 Formulación del problema.	41
1.2.4 Sistematización del problema.	41
1.2.5 Causas y efectos del problema. Árbol del problema.....	42
1.2.6 Árbol de objetivos (enfoque de solución).....	43
1.3 Análisis de alternativas.....	44
1.3.1 Selección y priorización de alternativas.....	44
1.3.2 Análisis de factibilidad (recursos) y viabilidad (criterios).....	46
2. OBJETIVOS DEL PROYECTO.....	47
2.1 Objetivo general.	47
2.2 Objetivos específicos.	47
3. MATRIZ DE MARCO LÓGICO	48

4. ESTRATEGIAS GENERALES (MODALIDAD DE IMPLEMENTACIÓN) ...	51
5. PLAN DE ACTIVIDADES Y CRONOGRAMA.....	52
6. ORGANIZACIÓN PARA LA GESTIÓN DEL PROYECTO (ROL DE ACTORES, COORDINACIÓN, INSTANCIAS DE GESTIÓN Y APOYO ADMINISTRATIVO).....	54
7. MONITOREO Y EVALUACIÓN	56
8. PRESUPUESTO.....	58
9. BIBLIOGRAFÍA.....	59
10. ANEXOS	62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Datos generales del cantón El Carmen.....	22
Tabla 2. Beneficiarios del proyecto	23
Tabla 3. Resultados monitoreados en Ecuador ante el Llamado a la acción de Toronto y las metas Regionales.	29
Tabla 4. Cantidad de personal de salud (médico, enfermería, obstetricia, odontología) en el Distrito de Salud 13D05.....	35
Tabla 5. Comparación de tasa ideal vs tasa actual de disponibilidad de Recursos Humanos.....	37
Tabla 6. Parámetros de la Matriz de Priorización de Alternativas.....	44
Tabla 7. Tabla de priorización de alternativas por método de Hanlon	45
Tabla 8. Tabla de factibilidad de alternativas por método de Hanlon.....	46
Tabla 9. Matriz de marco lógico	48
Tabla 10. Cronograma de actividades	52
Tabla 11. Rol de actores y funciones.....	54
Tabla 12. Presupuesto.....	58
Tabla 13. Distribución de médicos y enfermeras por tipo de contratos (rural, nombramiento/ocasional)	63

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Ubicación geográfica de los centros de salud en el Distrito 13D05.	23
Gráfico 2. Razón de mortalidad materna (por 10 000 nacimientos vivos) en Ecuador desde el año 1990 al 2014.....	27
Gráfico 3. Porcentaje de cobertura de salud alcanzada.....	37
Gráfico 4. Contrataciones del personal rural en los años 2016, 2017 y 2018.	40
Gráfico 5 Árbol del Problema	42
Gráfico 6. Árbol de objetivos	43
Gráfico 7. Estrategias de implementación.....	51

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES.

1.1.1 Contexto y situación que motiva el Proyecto

“Los grandes cambios no se basan en un solo gran esfuerzo, sino en la determinación de pequeños, acertados, erróneos y constantes intentos diarios.”

Autora

A nivel mundial existe un considerable desequilibrio en cuanto a la distribución y disponibilidad de Recursos Humanos en Salud, siendo este uno de los principales retos de los Estados y específicamente de aquellos en vías de desarrollo, ya que en la mayoría de estos países, se carece de capacidad técnica para planificar los mismos para lograr un acercamiento más óptimo para garantizar la accesibilidad a los servicios de salud de la población. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2009)

Este problema de distribución y planificación de recursos en salud es también uno de los retos principales a nivel de Latinoamérica y del Ecuador, donde el déficit de datos completos, fiables y actualizados, y de definiciones e instrumentos de análisis consensuados, han obstaculizado aún más la determinación de déficit del personal sanitario en todos los ámbitos, ya que como alega el Manual de Seguimiento y evaluación de los Recursos Humanos en Salud (Organización Mundial de la Salud, 2009), **“es tristemente cierto**

que los países que más necesitan fortalecer sus RHS suelen ser también aquellos en los que la información y la información están más fragmentados y menos fiables”, p. 8.

De igual manera se debe tomar en consideración para la planificación de RHUS como desafío el desarrollo de carreras sanitarias consistente con los modelos de salud, siendo esta una herramienta importante en la planificación ya que genera estabilidad en la disponibilidad de los recursos humanos en salud (Albán, 2016)

En el ámbito nacional el informe de Salud en las Américas 2017 afirma que en Ecuador “en el 2014, la disponibilidad de médicos y enfermeras fue de 20,4 y 10,1 por 10 000 habitantes, respectivamente. A pesar de ello la disponibilidad de especialistas es baja y existe inequidad en su distribución (urbana, 29,0 rural, 5,4)” (Organización Panamericana de la Salud/Organización mundial de la Salud, 2017) p, 132.

El Carmen se considera el cuarto cantón de mayor volumen poblacional a nivel de la Provincia de Manabí, antecedido por Portoviejo, Manta y Chone. **Todo el territorio cantonal de El Carmen corresponde al Distrito de Salud 13D05, el cual comprende nueve Centros de Salud de Atención Primaria y un Hospital Básico.** (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010).

Sin embargo existe insatisfacción de los usuarios en cuanto a la accesibilidad a los servicios de salud que se ofrecen, ya que no se ha

manejado una dinámica adecuada con la población creciente, como lo afirma el GAD El Carmen en el Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del cantón (2014):

“El crecimiento poblacional del cantón El Carmen nos permite evidenciar la necesidad de fortalecer y dar un apropiado mejoramiento de las condiciones de las instalaciones de los establecimientos de salud y la optimización de la infraestructura física existente, así como, de fomentar nuevas construcciones,(...)se debe poner atención en la cobertura de salud ya que al existir mayor población debe tener mayor accesibilidad, siendo la realidad diferente, debiéndose establecer estrategias que permitan mejorar el porcentaje de la misma”, p. 204.

Es por ello que la motivación principal de este proyecto de intervención es mejorar la garantía de cobertura de los servicios de salud a la población mediante una planificación que relacione la disponibilidad y distribución de los Recursos Humanos en Salud en el Distrito 13D05, proponiendo para el efecto una serie de estrategias sostenibles y con estas la satisfacción del usuario.

1.1.2 **Marco legal**

a) Constitución de la República del Ecuador

La Constitución de la República del Ecuador aprobada por la Asamblea Nacional Constituyente de Montecristi (Manabí) en referéndum el 28 de septiembre de 2008, publicada en el Registro Oficial el 20 de octubre de 2008,

y cuenta con 444 artículos y 9 Títulos. De los cuales se destacan los siguientes relacionados con la salud.

Título I. *Son los Elementos Constitutivos del Estado:*

Art. 3. *Son deberes primordiales del Estado; en su literal 1: “Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes”.*

Título II. *Se encuentran detallados los derechos de los ciudadanos y entre ellos los referentes a la salud:*

Art. 32. *“La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.*

Título VII. *Contempla el Régimen del Buen Vivir (Sumak Kawsay), conteniendo en su Sección Segunda los artículos relacionados con la salud:*

Art. 358. *El Sistema Nacional de Salud, tendrá por finalidad “el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva y reconocerá la diversidad social y cultural. Se guiará por los principios generales de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional”.*

Art. 362. *La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. “Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes”.*

Art. 363. *El Estado será responsable de:*

Literal 1. *Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.*

Literal 2. *Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.*

Literal 7. *Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población.*

Literal 8. *Promover el desarrollo integral del personal de salud.*

b) Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021-Toda una vida

Eje 1: Derechos para Todos Durante Toda la Vida.

Panorama general.

“...aún está pendiente mejorar tanto la atención oportuna y de calidad para toda la población, como la implementación de una atención integral familiar y comunitaria, con lo que se pueda fortalecer el modelo preventivo en todo el territorio. Además, se debe garantizar los recursos económicos y contar con el talento humano necesario para responder a las necesidades emergentes del Sistema de Salud Pública.”

Objetivo 1. *Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas. “...En la provisión de servicio de salud, es de vital importancia adoptar un enfoque de equidad territorial y pertinencia cultural a través de un ordenamiento del territorio que asegure a todos las mismas condiciones de acceso, sin discriminación ni distinción de ninguna clase.”*

Política 1.6. *Garantizar el derecho a la salud, la educación y al cuidado integral durante el ciclo de vida, bajo criterios de accesibilidad, calidad y pertinencia territorial y cultural.*

Metas 2021. *Aumentar la cobertura, calidad y acceso a servicios de salud: incrementar la tasa de profesionales de la salud de 25,1 a 34,8 por cada 10 000 habitantes a 2021*

c) Ley Orgánica de Salud

Registro Oficial n° 423, el 22 de diciembre del año 2006, actualmente en plena vigencia.

En el Capítulo I, *que hace referencia al derecho a la salud y su protección, en varios de sus artículos.*

En el Capítulo II, *afirma a la Autoridad Sanitaria Nacional sus competencias y responsabilidades.*

Art. 4.- *La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.*

En el Capítulo III, expone sobre los derechos y deberes de las personas y del Estado en relación con la salud.

El art. 7 dice que toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos con respecto a la calidad en el apartado a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud

El Art. 8 describe que son deberes individuales y colectivos en relación con la salud en sus apartados de participar de manera individual y colectiva en todas las actividades de salud y vigilar la calidad de los servicios mediante la conformación de veedurías ciudadanas y contribuir al desarrollo de entornos saludables a nivel laboral, familiar y comunitario.

1.1.3 **Ámbito y beneficiarios del proyecto (directos e indirectos)**

El ámbito del proyecto lo constituye el Cantón El Carmen, ubicado en la región noreste de la provincia de Manabí, a ese nivel empieza a definirse la Región costanera, tiene una superficie de 1251,68 Km² (tabla 1) y de 300 - 400 metros sobre el nivel del mar. Su población censal es de 89.021 habitantes (Tabla 1). (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010). Sin embargo las proyecciones poblacionales hasta el año 2017 por parte del área de estadística del Distrito de Salud 13D05 (Tumbaco, 2018), es de 135.527 habitantes. **(Tabla 1)**

Sus límites incluyen al noreste la provincia de Santo Domingo, al sur la Provincia del Guayas, y al oeste los cantones Flavio Alfaro, Pedernales y Chone. El 52,08% de sus habitantes reside en el área urbana, mientras el 47,92% en el área rural, lo que determina su mayor territorio, el cual ha sido dividido políticamente en 150 comunidades rurales y 90 barrios urbanos, distribuidos en 81 en la cabecera cantonal y 9 en la parroquia urbana 4 de Diciembre (Gráfico 1). (GAD El Carmen, 2014)

Tabla 1. Datos generales del cantón El Carmen

Nombre del GAD	El Carmen
Fecha de creación del cantón	8 de junio de 1967
Población total (2014)	135.527 habitantes (60. 260 rural y 75. 267 urbano)
Extensión	1251,68 Km ²
Límites	NORTE y ESTE: La Provincia de Sto. Domingo de los Tsáchilas; SUR: La Provincia del Guayas; OESTE: El Carmen, Flavio Alfaro.
Región altitud	200-300 msnm.

Fuente: PDyOT Cantón El Carmen, 2012. Área de Estadísticas Distrito 13D05

Elaborado: Autora

Este proyecto tiene como beneficiarios directos la población urbana y rural que acude a los servicios de salud pública y como beneficiarios indirectos a las áreas de Provisión y Calidad de Servicios, Talento Humano y Dirección Distrital.

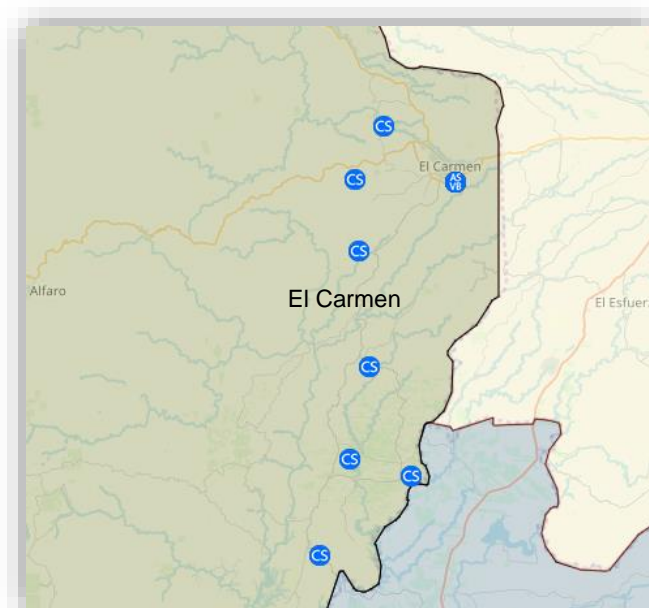


Gráfico 1. Ubicación geográfica de los centros de salud en el Distrito 13D05.

Fuente; GEOSALUD 2018

Los beneficiarios directos e indirectos de la propuesta de mejoramiento para garantizar la cobertura de los servicios de salud se detallan a continuación:

Tabla 2. Beneficiarios del proyecto

INDIRECTOS		DIRECTOS
Tipología del establecimiento ¹	Nombre del establecimiento	Pacientes - usuarios
Hospital Básico	Hospital Básico de El Carmen	
Centro de salud tipo A	Unidad Anidada del Hospital Básico de El Carmen	
	Centro de Salud "Maicito"	
	Centro de Salud "Tigrillo"	
	Centro de Salud "San Pedro de Suma"	
	Centro de Salud "La Caoba"	
	Centro de Salud "La Catorce"	
	Centro de Salud "La Bramadora"	
	Centro de Salud "Santa María"	
Centro de Salud "Santa Teresa"		

Fuente: Distrito de Salud 13D05

Elaboración: Autora

¹ Clasificación según el Modelo de Atención Integral de Salud tiene un enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)

1.1.4 Justificación

La Atención Primaria de Salud (APS) es actualmente reconocida como elemento básico de los Sistemas de Salud (OMS, 1978); este reconocimiento se sustenta en la evidencia de su impacto sobre la salud y desarrollo de la población. Sin embargo, hasta la actualidad se han realizado varios intentos tanto a nivel latinoamericano como nacional, por reforzar la implementación de la estrategia de atención primaria para garantizar la cobertura y accesibilidad oportuna a la población lo cual sigue siendo uno de los principales retos en salud, así como el inadecuado desarrollo en la planificación y formación de Recursos Humanos en salud. (Sistema Nacional de Planificación y Desarrollo, 2017)

En este proyecto se describe principalmente como se relaciona la disponibilidad y distribución del personal sanitario, específicamente médicos y enfermeras, con la garantía de cobertura de servicios de salud para la población del cantón El Carmen.

Es por ello que se justifica la realización de este proyecto de intervención como una propuesta que refuerce las estrategias de reclutamiento de personal sanitario en área menos centralizadas y/o rurales, en el Distrito de Salud 13D05 aportando a mejorar la cobertura de los servicios de salud.

El proyecto será útil además para planificación por el personal administrativo del Distrito de Salud 13D05, así como para Distritos de Salud

con similares problemas de cobertura, densidad poblacional y fluctuaciones de personal.

En cuanto a su impacto, no sólo se espera que mejore la cobertura de servicios de salud, sino sirva para desarrollar un trabajo intersectorial que beneficie a la población del cantón.

1.2 Descripción y análisis del problema

1.2.1 Descripción general (Revisión de literatura)

Planificar es el proceso de preparar un conjunto de decisiones para la acción futura, dirigidos al logro de metas mediante estrategias convenientes que nos permiten el logro de estas. La Planificación de los Recursos Humanos en salud implica coordinar un proceso dinámico formando un conjunto de estrategias para mantener un equilibrio entre las necesidades de atención integral de salud de la comunidad con la disponibilidad y distribución del personal sanitario siguiendo un modelo de gestión sanitaria adecuado a las mismas.

La Constitución del Ecuador en su Artículo 32 establece que el Estado garantiza el derecho a la salud mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas, y ambientales, **así como el acceso permanente, oportuno y sin exclusiones** (...), rigiéndose a principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia (...). Sin

embargo, en este contexto el desafío que involucra la planificación de los Recursos Humanos, no solo a nivel nacional, sino regional y mundial, implica entre otras cosas estabilidad política y definición de políticas sanitarias de largo plazo.

Al garantizar la salud el Estado Ecuatoriano, se plantea como necesidad imperiosa la construcción de un Sistema de Salud, el cuál basado en la Atención Primaria de Salud como eje central convirtiéndose en este sentido la planificación de Recursos Humanos pilar fundamental para garantizar este derecho constitucional.

En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud en el informe de Metas Regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015 manifiesta:

“(.) El desarrollo exitoso de los recursos humanos para la salud requiere planificación y formulación de políticas que resulten del esfuerzo multisectorial, especialmente de la Salud, Educación, Trabajo y Finanzas y que promuevan la articulación de actores gubernamentales y no gubernamentales. (Organización Panamericana de la Salud/Organización de la Salud, 2007, pág. 7)

Es reconocido que la ausencia de una planificación de Recursos Humanos en Salud causan efecto negativos en la calidad, asistencia, capacidad para prevenir enfermedades, desempeño de los Sistemas de Salud, así como los evidenciados en los resultado de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Organización Panamericana de la Salud/Organización de la Salud, 2007). Lo que destaca en un estudio en la Universidad de Oxford, que concluyó que “la densidad de recursos humanos es importante para explicar la mortalidad materna, la mortalidad infantil y la tasa de menores de cinco años” (Lancet, 2004). Los resultado del Ecuador ante las metas propuestas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, no fueron logrados completamente, ya que sigue siendo un desafío la disminución de la mortalidad materna. Según el informe generado por la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo se redujo un total de 58,2%, siendo la meta planteada 75% (**gráfico 2**). Así también está pendiente lograr el acceso universal a la salud reproductiva y alcanzar el trabajo decente para todos. (SENPLADES, INEC, PNUD, SNU, 2014).

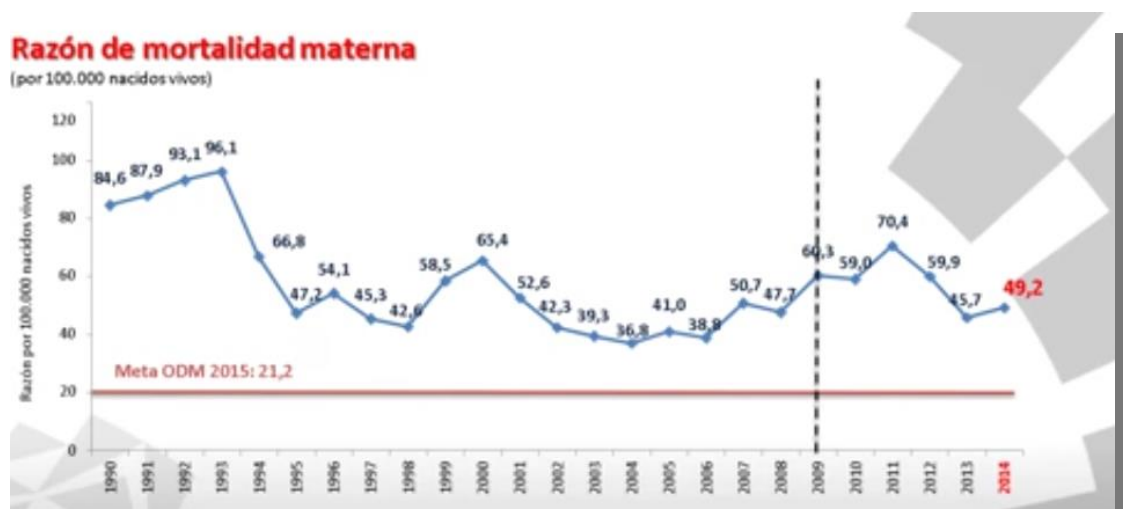


Gráfico 2. Razón de mortalidad materna (por 10 000 nacimientos vivos) en Ecuador desde el año 1990 al 2014.

Fuente: SENPLADES

En el año 1999 la OPS lanzó su primera iniciativa regional de *Observatorios de Recursos Humanos para la Salud* con el fin de vigilar la repercusión de las reformas del sector salud en la fuerza laboral de la región de las Américas. En el año 2005 se realizó una consulta a los países de la Región sobre los principales retos que enfrentan en el ámbito de los recursos humanos, de los cuales concluyeron cinco desafíos que posteriormente fueron la base para “**El llamado a la Acción de Toronto**” en el mismo año, una estrategia para que los países realicen planes de acción con perspectiva a 10 años. (Organización Panamericana de la Salud/Organización de la Salud, 2007)

Las **metas regionales 2007-2015**, consecuentes a los desafíos planteados en el Llamado de la acción en Toronto, incluían una gama de indicadores a cumplir para mejorar la situación de la fuerza laboral, de manera que se adapte a cambios en los Sistemas de Salud y desarrollar mejor la capacidad de elaboración de políticas dinámicas. (Organización Panamericana de la Salud/Organización de la Salud, 2007) Ante las mismas se desarrolló un *Manual de Medición Monitoreo* que clarifica términos y parámetros que estandarizaron sobre una línea base en todos los países, así como especificaba la metodología para alcanzar las metas idealmente propuestas. A continuación se detallan los datos publicados por el Observatorio de Recursos Humanos de Salud respecto a los presentados por Ecuador en su informe inicial e intermedio, no se reportan datos de la medición final.

Desafíos del llamado a la acción de Toronto y metas regionales 2007-2015, reporte Ecuador.

Tabla 3. Resultados monitoreados en Ecuador ante el Llamado a la acción de Toronto y las metas Regionales.

DESAFÍO 1. Definir políticas y planes a largo plazo para adaptar la fuerza laboral a los cambios previstos en el sistema de salud				
Descripción de la meta	Línea base 2007	Medición intermedia 2013	Medición Final	Valor meta ideal
Meta 1. Razón de densidad de recursos humanos de 25 profesionales por 10.000 habitantes	68%	73,2%	(SD)	25x10000 hab.
Meta 2. La proporción de médicos de atención primaria excederán el 40% de la fuerza laboral médica total	76%	72,5%	(SD)	40% Médicos de APS
Meta 3. Equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente a agentes sanitarios de la comunidad para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad	74%	52,5%	(SD)	70/70
Meta 4. Razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos de al menos 1:1 en toda la región	50%	73,3%	(SD)	1:1 Enfermeros/médicos
Meta 5. Establecer una unidad o dirección de recursos humanos para la salud responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores	72%	90%	(SD)	16/16

DESAFÍO 2. Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, consiguiendo una distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con diferentes necesidades de salud de la población				
Meta 6. La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en el 2015	20%	3.84%	SD	Reducción al 50% respecto a la línea de base
Meta 7. Al menos 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comparables	17.00 %	43%	(SD)	70% de competencias
Meta 8. El 75% de las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los técnicos de salud y los agentes sanitarios de la comunidad habrán perfeccionado sus aptitudes y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones	0%	0%	(SD)	80/80 (Cifras que provienen del puntaje obtenido al aplicar el Manual de Medición de las Metas Regionales en Recursos Humanos en Salud, versión marzo de 2013.)
Meta 9. El 30% del personal sanitario en los entornos de atención primaria se habrá reclutado de sus propias comunidades	0%	SD	(SD)	30% reclutados de sus propias comunidades
DESAFÍO 3. Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población				
Meta 10. Habrán adoptado un Código Internacional de Práctica o desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud	0%	100%	(SD)	20/20
Meta 11. Tendrán una política de auto-suficiencia para satisfacer sus propias necesidades de recursos humanos de salud	0%	100%	(SD)	10/10
Meta 12. Habrán formulado acuerdos mutuos e implantado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales capacitados en el extranjero	100%	100%	(SD)	SO

DESAFÍO 4. Generar relaciones laborales entre el personal y las organizaciones de salud con el fin de fomentar la creación de ambientes de trabajo saludables y que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población				
Meta 13. La proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud se habrá reducido a la mitad	50%	69,2%	(SD)	50% respecto a la línea de base de empleo cubierto por protección social o Seguro Social
Meta 14. Habrán implementado políticas de salud y seguridad para los trabajadores de la salud, incluyendo el apoyo a programas para reducir enfermedades y accidentes ocupacionales	100%	15%	(SD)	60/60*
Meta 15. Al menos 60% de los gerentes de servicios y programas de salud reunirán requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión, entre ellos las de carácter ético	100%	100%	(SD)	10/10*
Meta 16. Mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales, toda vez que se presenten	100%	100%	(SD)	100/100
DESAFÍO 5. Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud, para que sea posible adaptar la educación de los profesionales sanitarios a un modelo universal y equitativo de prestación de atención de buena calidad que satisfaga las necesidades de salud de toda la población				
Meta 17. El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria, y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional	8%	34,6%	SD	13/13*

Meta 18. El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones sub atendidas, haciendo hincapié cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas	0%	0%	SD	13/13*
Meta 19. Las tasas de abandono (deserción) de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20%	15%	12.5%	SD	Menos del 20% inician y no terminan su carrera
Meta 20. El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida	3%	100%	SD	70% acreditadas

Fuente: www.observatoriorh.org

Elaboración: *Autora*

Marco conceptual:

Disponible:

Dicho de una cosa que se puede disponer libremente de ella o que está lista para utilizarse. (Real Academia Española, 2018)

Distribuir:

1. tr. Dividir algo entre varias personas, designando lo que a cada una corresponde, según voluntad, conveniencia, regla o derecho. **2.** tr. Dar a algo su oportuna colocación o el destino conveniente (Real Academia Española, 2018)

Protección social:

Garantía de salud por medio de los poderes públicos, para que un individuo o un grupo de individuos, pueda satisfacer sus necesidades y demandas de

salud al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago constituya un factor restrictivo. (Organización Panamérica de la Salud, 2018)

Recursos humanos en salud:

Son todas las personas que realizan acciones cuya finalidad fundamental es mejorar la salud. Son personas con distintas profesiones y ocupaciones que se forman y trabajan en la salud, y que pertenecen a diversas categorías de formación, ámbito laboral y situación de empleo. (Organización Panamericana de la Salud, 2017)

Planificar:

Es el proceso de preparar un conjunto de decisiones para la acción futura, dirigidas al logro de objetivos por medios preferibles. (Dror, 1973)

Actores sociales:

Individuos se transforman de acuerdo a sus propias necesidades y las de su comunidad, adquiriendo un sentido de responsabilidad con respecto a su bienestar y el del grupo, y contribuyendo consciente y constructivamente al proceso de desarrollo. (Miranda, 2008)

Cobertura de Salud:

Es el aseguramiento de las personas para que reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos. (Organización Mundial de la Salud, 2012)

1.2.2 Magnitud del problema

En contexto del llamado a la Acción a Toronto, como guía de planificación de Recursos Humanos, este proyecto se enfoca en aproximar los esfuerzos entorno al **desafío 1 (meta 1)**: definir políticas y planes a largo plazo para adaptar la fuerza laboral a los cambios previstos en el sistema de salud, este desafío contiene como primera meta en que todos los países de la región **logren una razón de densidad de recursos humanos de 25 profesionales por cada 10.000 habitantes**, y así determinar déficit o excedente de profesionales a nivel territorial.; **y el desafío 2 (meta 6)**, reducir la brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales a la mitad en el 2015.

En Ecuador, la densidad por tasa es de 20.52 médicos y 12.03 enfermeras por cada 10.000 habitantes hasta el año 2016, y a nivel de Manabí de 18,71 y 12.02 respectivamente. No existe un registro público de la cantidad de TAPS a nivel nacional laborando actualmente. (INEC, 2010)

En nuestro país se considera a los médicos, enfermeras y TAPS (Técnicos de Atención Primaria en Salud) como el Equipo de Atención Integral de Salud (EAIS) básico para la población. (MSP, 2013).

El cantón El Carmen tiene una población de 135.527 de habitantes según los datos del área de Estadística del Distrito de Salud 13D05 (Tumbaco, 2018), según la última actualización del Área de Recursos Humanos

de Salud existen en el sector público 78 médicos entre especialistas, generales y rurales, con una tasa de 5.9 por cada 10.000 habitantes entre la zona rural y urbana, el total del personal de enfermería es de 54 entre licenciados con nombramiento y rurales, con una tasa de 4,1 por cada 10.000 habitantes. Así mismo, se contabilizan 5 TAPS dentro del Distrito con una tasa de 0,4 por cada 10.000 habitantes. Por definición el Modelo de Atención Integral, Familiar, Comunitario e Intercultural en la composición de los Equipos de Atención Integral de Salud (MSP, 2013) de acuerdo a las necesidades locales se pueden agregar a los Equipos, otros profesionales de la salud como odontólogos y obstetras (MSP, 2013). En el Distrito existen 19 odontólogos con una tasa de 1,4 por 10.000 habitantes y 3 obstetras con una tasa de 0,2 por cada 10.000 habitantes. (Andrade, 2018) **(Tabla 4)**

Tabla 4. Cantidad de personal de salud (médico, enfermería, obstetricia, odontología) en el Distrito de Salud 13D05

Personal Sanitario	Cantidad total	Tasa x 10.000 habitantes	Tasa total del personal sanitario básico según estándares de las Metas Regionales 2007-2015.*	Tasa total del personal sanitario que conforman EAIS**	Tasa total del personal sanitario de Atención Primaria Directa***
Personal Médico	78	5,9	10,2	10,4	12
Personal de Enfermería	54	4,1			
Personal de Obstetricia	3	0,2			
TAPS	5	0,4			
Personal de odontología	19	1,4			
Tasa total del personal sanitario de Atención Primaria contratado	159				

*La Según el informe a la Salud del mundo 2006: Colaboremos por la Salud de la OMS, personal sanitario básico corresponde a médicos, enfermeras y parteras, así como parámetro para la Meta Regional 1

**Según el MAIS-FCI los EAIS se conforman por médicos, enfermeras y TAPS.

*** Total de tasa de personal de salud de Atención Primaria directa

(Las tasas son calculadas por cada 10 000 habitantes)

Fuente: Área de Talento Humano del Distrito 13D05.

Elaboración: Autora

Sumados estos valores en cuanto a las tasas de recursos humanos, y comparando con los estándares dentro de la meta 1 de las regionales 2007-2015, contamos con una densidad de 10.15 entre médicos, enfermeras, y obstetras hasta el presente año 2018 en el Distrito 13D05 y una tasa de 12 entre los profesionales de salud que conforman el personal sanitario de Atención Primaria directa.

Por otro lado en el Manual del Modelo de Atención de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MSP, 2013, pág. 113) se expresa que los ***Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS)***, son conformados por 1 Médico/a, 1 enfermero/a y 1 TAPS, y que la distribución de estos corresponde:

- **A nivel urbano:** 1 médico/a, 1 enfermero/a, y 1 TAPS por cada 4000 habitantes.
- **A nivel rural:** 1 médico/a, 1 enfermero/a, y 1 TAPS por cada 2500-1500 habitantes.

Tomando como referencia esta última consideración del MAIS-FCI, se necesitaría a nivel urbano 57 y a nivel rural entre 90 a 120 entre médicos, enfermeras y TAPS, recalcando que estos datos corresponden solo a la atención ambulatoria brindada por los EAIS. (Revisar tabla 1de población urbana y rural)

De esta forma se concluye que el promedio de cobertura de salud alcanza un 41,6% tomando como referencia el 100% que correspondería a una tasa de 25 profesionales², recalcando que este valor según el estándar de la OMS es un valor generalizado que no discrimina niveles de atención.(Tabla 5 y gráfico 3). Sin embargo si tomamos como referencia la cantidad de médicos, enfermeras y TAPS (87 profesionales) para Atención Primaria directa contra los valores ideales propuestos para la conformación de EAIS (146 profesionales³), correspondería a una cobertura del 60%.

Tabla 5. Comparación de tasa ideal vs tasa actual de disponibilidad de Recursos Humanos

Población Total	Tasa ideal de profesionales de salud*	Total ideal de profesionales	Tasa actual de profesionales de salud	Total actual de profesionales	Porcentaje de cobertura actual
133,144	25	333	10.4	137	41,6%

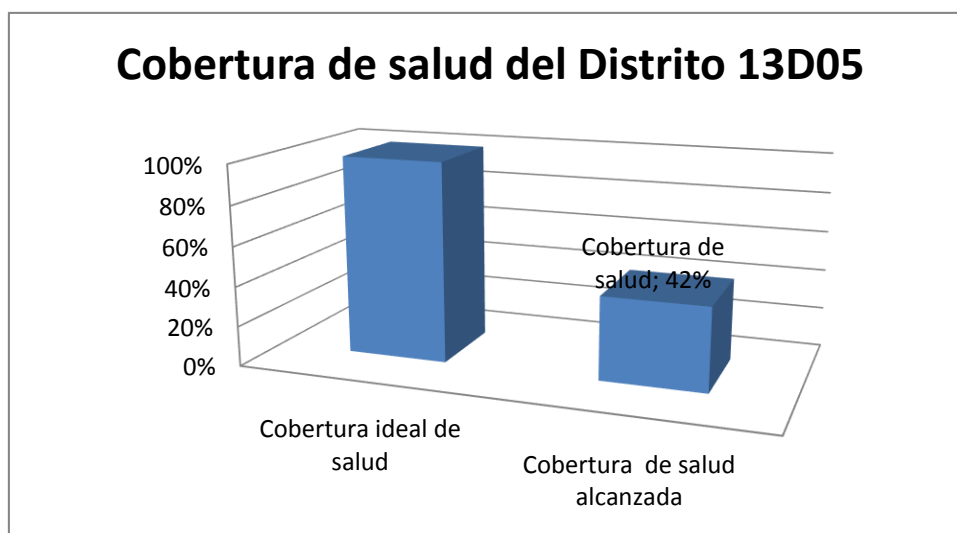


Gráfico 3. Porcentaje de cobertura de salud alcanzada.
Elaborado: Autora

² Según el MAIS-FCI se considera al equipo de salud

³ El cálculo es realizado entre el promedio del valor ideal de profesionales en el sector urbano y rural correspondiente a la población del Distrito 13D05.

Línea de causas proximales

- **Ineficaz planificación de elementos estructurales y de sostenibilidad para la permanencia del personal.** Debido a que el cantón El Carmen no es favorecido para permanencia del personal debido a su ubicación geográfica descentralizada, así como el inadecuado mantenimiento de los centros de salud, principalmente en los rurales, donde el personal muchas veces debe rentar vivienda y pagar alimentación local.
- **Inadecuada planificación territorial de recursos humanos de acuerdo a las necesidades de la población.** Uno de los principales inconvenientes sumados a la deficiencia de personal operativo, es que no se realiza planificaciones territoriales. Según el Manual de seguimiento de Recursos Humanos en Salud para planificar es sustancial mejorar los sistemas de información prestando atención a aspectos relacionados la capacitación, distribución, remuneración y desarrollo de los recursos humanos.
- **Déficit de contrataciones permanentes,** debido a que el registro realizado por el Área de Talento Humano se concluyó que el 33% del Recurso Humano en salud que brinda atención directa es rural, un 27% del personal tiene contrato ocasional y 8% contrato indefinido, 7% contratos colectivos, el 25 % restante del personal se divide en contratos de nombramientos provisional (16%) y definitivo (9%). Es decir,

dividiendo al personal rural del restante, estos corresponderían a un 1/3 del total de Recursos Humanos contratados, y además si se agrega los contratos ocasionales, colectivos, e indefinidos correspondería 3/4 partes del total del personal existente, que durante el año de contrato corren el riesgo de no recontratarse (incluyendo los rurales), el otro 1/4 mantiene un mayor aseguramiento de su empleo mediante nombramientos definitivo y provisional. Sin embargo la LOSEP⁴ expide que “el tipo de contratos ocasionales no deben superar el 20% del total de contratos (...)” y que “por su naturaleza, de ninguna manera representará estabilidad laboral en el mismo, ni derecho adquirido para la emisión de un nombramiento permanente, pudiendo darse por terminado en cualquier momento, lo cual podrá constar del texto de los respectivos contratos”. (Asamblea Constituyente, 2010).

Esta tasa de rotación de personal alta perjudica la continuidad a los procesos planificados. En el **gráfico 4** se observa la distribución de los distintos tipos de contratos. Cabe recalcar que en las tasas de rotación alta del personal rural, el Distrito de Salud en los últimos 3 años ha realizado contrataciones fluctuantes enfocadas a disminuir este porcentaje mediante estrategias para descentralizar los lugares urbanos de los rurales, percibiéndose una leve disminución del personal rural contratado (**Gráfico 5**), sin embargo aún se posiciona como la tercera parte del total del personal laborante, y además se haya desprotegida la zona urbana, donde veremos más adelante contiene apenas el 50% de cobertura de la tasa ideal. (**Anexo 1**)

⁴ LOSEP, Ley Orgánica del Servicio Público

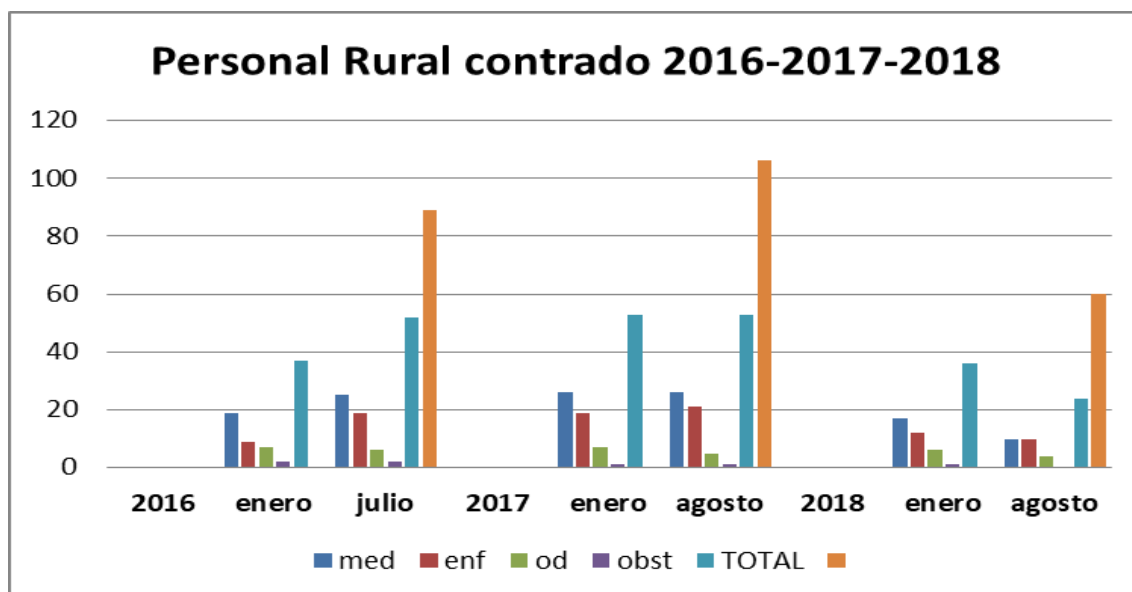


Gráfico 4. Contrataciones del personal rural en los años 2016, 2017 y 2018.

Fuente. Área de Talento Humano Distrito 13D05

- **Déficit de mantenimiento de instalaciones y disponibilidad de equipamiento médico, y de programas de educación continua,** la ausencia de planificación sobre mantenimiento de instalaciones, muchas veces requiere mayores montos, que el mantenimiento preventivo y/o correctivo correspondiente. Esto también es un condicionante para mejorar las condiciones de trabajo y por ende la calidad laboral y de vida del personal de salud.

Línea de causas estructurales:

- **Falta de visión presupuestal,** que no es específica sólo a las contrataciones del personal, sino además al costo efectividad por no realizar un mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones y equipos médicos, lo que causa insatisfacción del personal. Por otro lado

la planificación operativa anual (POA) tiene un déficit en cuanto a la incorporación del plan de requerimiento de recursos humanos, según las necesidades poblacionales actualizadas, así como de la realización periódica de mantenimientos.

- **Rotación del personal administrativo**, que no permite realizar una planificación adecuada y/o seguimiento de las propuestas ya elaboradas. Esto hace un desbalance en cualquier institución de diversas índoles, en este caso sanitarias.

1.2.3 **Formulación del problema.**

¿Cómo se relaciona la disponibilidad y distribución de médicos y personal de enfermería, con la garantía de la cobertura de los servicios de salud en el Distrito de Salud 13D05 durante el año 2019?

1.2.4 **Sistematización del problema.**

- ¿Cuál es el número óptimo de médicos y personal de enfermería para atender las necesidades de la población del Distrito de Salud 13D05?
- ¿Cuáles estrategias fortalecen la gestión interinstitucional entre los actores del campo de salud en el Distrito de Salud 13D05?
- ¿Cuáles son los elementos estructurales y funcionales que debería tener una propuesta de planificación estratégica orientada a mejorar la cobertura de los servicios salud a la población?

1.2.5 **Causas y efectos del problema. Árbol del problema.**

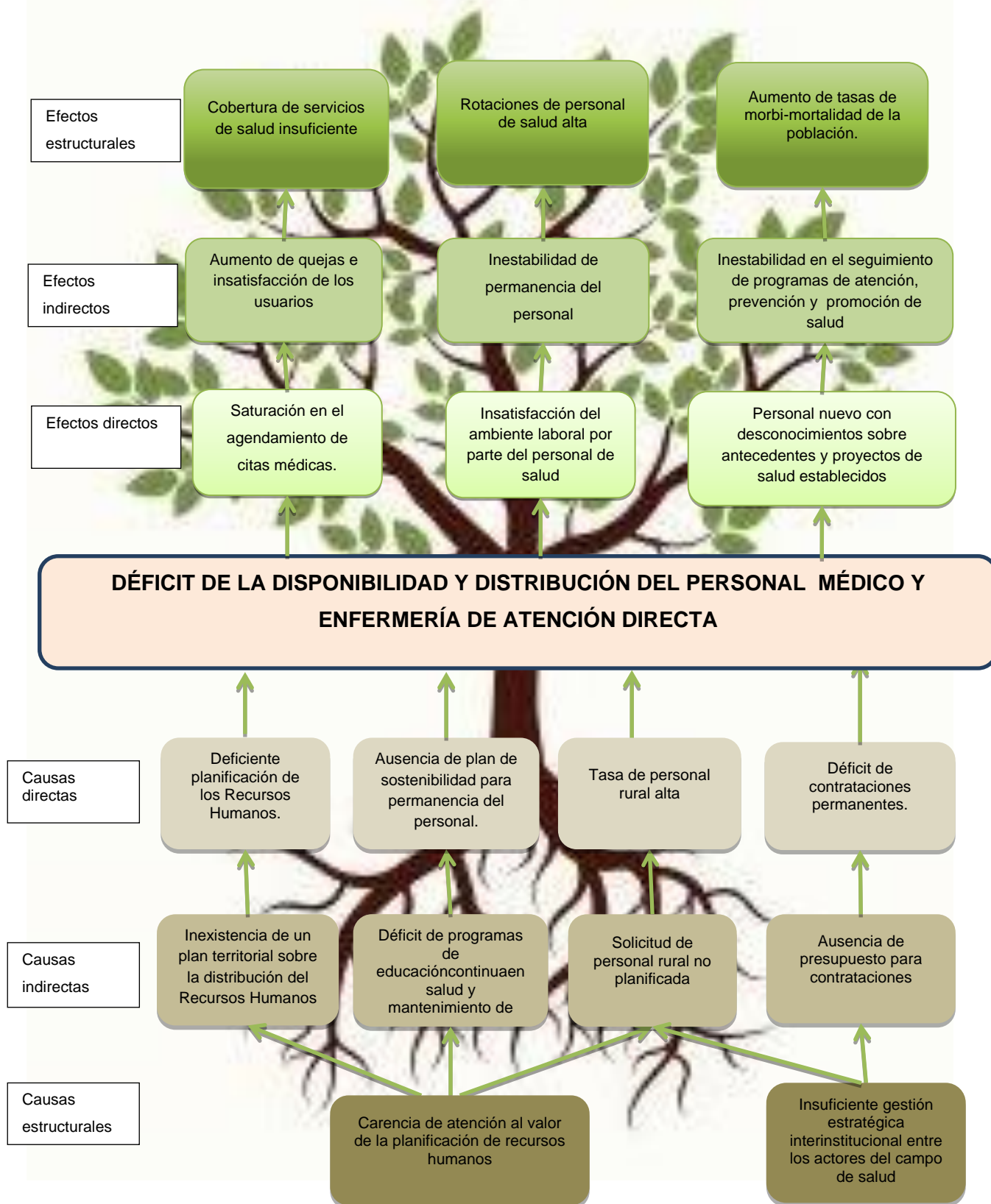


Gráfico 5 Árbol del Problema

Elaboración: *Autora*

1.2.6 Árbol de objetivos (enfoque de solución).

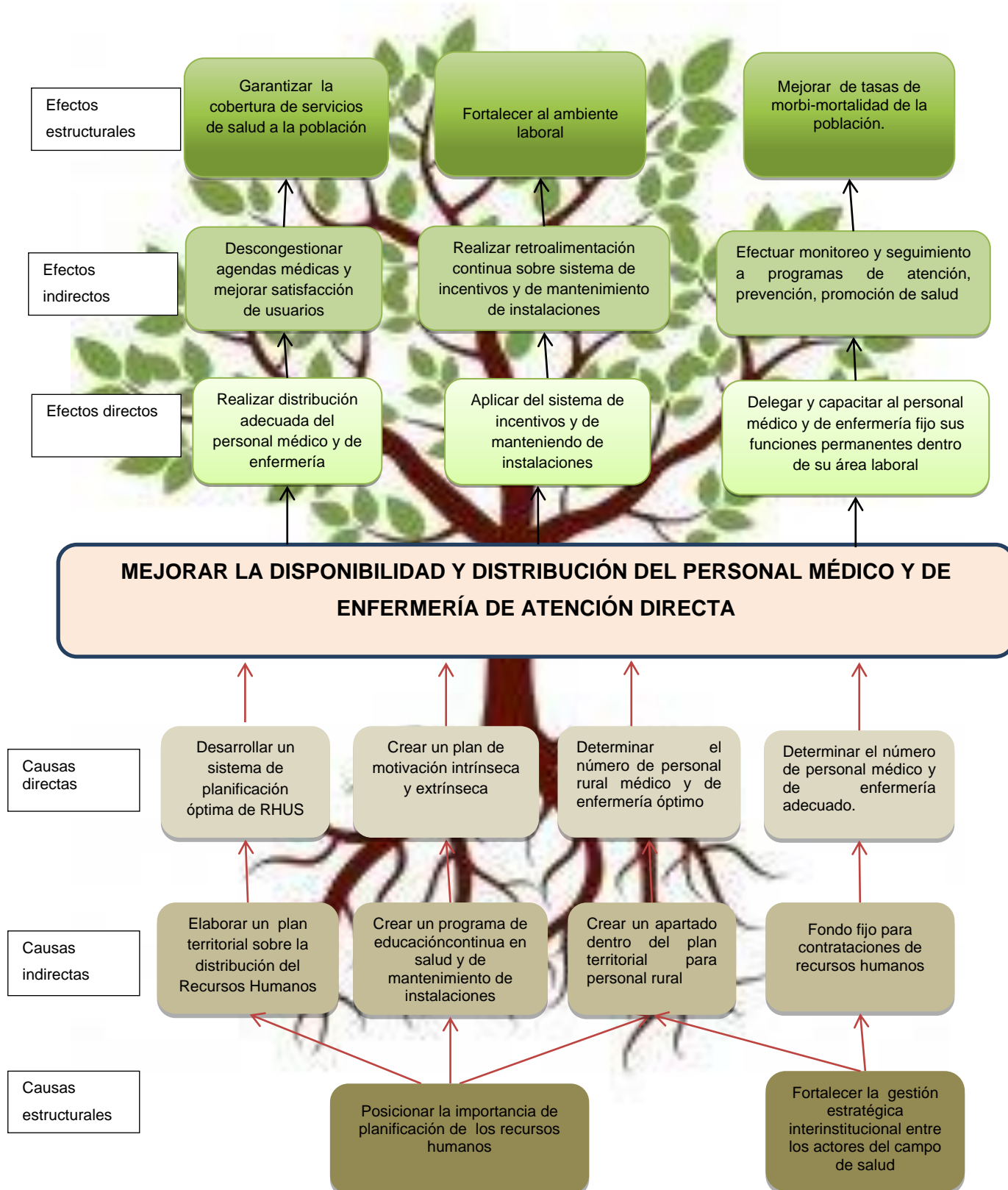


Gráfico 6. Árbol de objetivos

Elaboración: *Autora*

1.3 Análisis de alternativas

1.3.1 Selección y priorización de alternativas

En base al análisis realizado de los árboles de problema y objetivos, se detallan a continuación las probables alternativas de solución, con su priorización mediante el Método de Hanlon.

Tabla 6. Parámetros de la Matriz de Priorización de Alternativas

CRITERIO	DEFINICIÓN	ESCALA
Magnitud	Importancia cuantitativa del problema. Reflejo de la relevancia social del proyecto	0-10
Severidad	Gravedad, trascendencia y repercusiones del problema. Implicaciones de la no resolución del problema	0-10
Eficacia	Posibilidad de la solución / Capacidad de actuación y resolución sobre el problema	0.5-1.5
Factibilidad	Viabilidad de la intervención*	0-1
Puntaje	$P = (M+S) \times E \times F$	-

* Pertinencia, Factibilidad económica, Disponibilidad económica, Legalidad, Aceptabilidad.
Fuente: Vizmanos, Bernal, López, Olivares y Valadez, 2009

Tabla 7. Tabla de priorización de alternativas por método de Hanlon

Objetivo específico 1. Definir el número óptimo de personal médico y de enfermería para atender las necesidades de la población del Distrito de Salud 13D05						
Nro.	Alternativas	Magnitud	Severidad	Eficacia	Factibilidad	Puntaje
1	Realizar el cálculo de médicos por tasa de cada 10 000 habitantes y de enfermería (1 x cada médico)	10	7	1.5	1	25.1
2	Realizar el cálculo del total de personal médico y de enfermería en el cual la tasa de rurales sea máxima del 50%	8	6	1.5	1	21
Objetivo específico 2. Definir estrategias para fortalecer la gestión interinstitucional entre los actores del campo de salud en el Distrito de Salud 13D05						
1	Elaborar un plan de itinerancia interno para coberturas de salud en casos requeridos.	8	6	1,5	1	21
2	Presentar un plan de contrataciones de Recursos Humanos a la Dirección Zonal con un informe justificado sobre requerimientos de los mismos según ajustes poblacionales	10	6	1,0	1	16
3	Subir la cobertura de contrataciones del 24 al 40% sobre una cobertura ideal del 100%	10	6	0.5	0	0
4	Realizar vinculación con el Gobierno Autónomo Descentralizado de El Carmen para fortalecer las contrataciones, con el personal laborante en el Patronato Local los cuales son encargados de brindar servicios de salud	6	7	0,5	1	0
Objetivo específico 3. Definir los elementos estructurales y funcionales de una propuesta de planificación estratégica orientada a mejorar cobertura de los servicios de salud a la población						
1	Realizar una planificación territorial de la distribución del personal médico y de enfermería	10	7	1	1	17
2	Formalizar una planificación de trabajo intra-extramural de los equipos de salud disponibles	10	7	1,5	1	25,5
3	Hacer un cronograma de actividades por unidades operativas de promoción y prevención de salud	10	7	1,5	1	25,5
4	Realizar un cronograma de educación continua para personal de salud	6	8	1,5	1	21
5	Evaluar personal administrativo de cada unidad operativa	4	6	1.0	0	10
6	Planificar proyectos de salud en vinculación a instituciones de educación, deporte, social	10	8	1.0	0	0

Elaborado: *Autora*

1.3.2 Análisis de factibilidad (recursos) y viabilidad (criterios)

El cuarto componente del método de Hanlon califica la factibilidad del problema o de la intervención y concentra factores que no están directamente relacionadas con la eficacia pero determinan si un programa o una actividad particular pueden ser aplicados. Toma en cuenta los siguientes elementos P= pertinencia E= factibilidad económica A= aceptabilidad. R= disponibilidad de recursos L= legalidad. A continuación se detallan las alternativas presentadas anteriormente con su respectiva calificación de factibilidad:

Tabla 8. Tabla de factibilidad de alternativas por método de Hanlon

Objetivo específico 1. Definir el número óptimo de personal médico y de enfermería para atender las necesidades de la población del Distrito de Salud 13D05							
FACTIBILIDAD							
Nro.	Alternativas	Pertinencia	Factibilidad económica	Aceptabilidad	Disponibilidad de recursos	Legalidad	PUNTAJE
1	Realizar el cálculo de médicos por tasa de cada 10 000 habitantes y de enfermería (1 x cada médico)	1	1	1	1	1	1
2	Realizar el cálculo del total de personal médico y de enfermería en el cual la tasa de rurales sea máxima del 50% del total de contratos correspondientes a estos perfiles.	1	1	1	1	1	1
Objetivo específico 2. Definir estrategias para fortalecer la gestión interinstitucional entre los actores del campo de salud en el Distrito de Salud 13D05.							
1	Elaborar un plan de itinerancia interno para coberturas de salud en casos requeridos.	1	1	1	1	1	1
2	Presentar un plan de contrataciones de Recursos Humanos a la Dirección Zonal con un informe justificado sobre requerimientos de los mismos según ajustes poblacionales.	1	1	1	1	1	1
3	Subir la cobertura de contrataciones del 24 al 40% sobre una cobertura ideal del 100%	0	1	1	1	1	0
4	Realizar vinculación con el Gobierno Autónomo Descentralizado de El Carmen para fortalecer las contrataciones, con el personal laborante en el Patronato Local los cuales son encargados de brindar servicios de salud.	1	1	0	1	1	0

Objetivo específico 3. Definir los elementos estructurales y funcionales de una propuesta de planificación estratégica orientada a mejorar cobertura de los servicios de salud a la población							
1	Realizar una planificación territorial de la distribución del personal médico y de enfermería	1	1	1	1	1	1
2	Formalizar una planificación de trabajo intra-extramural de los equipos de salud disponibles	1	1	1	1	1	1
3	Hacer un cronograma de actividades por unidades operativas de promoción y prevención de salud	1	1	1	1	1	1
4	Realizar un cronograma de educación continua para personal de salud	1	1	1	1	1	1
5	Evaluar personal administrativo de cada unidad operativa	1	1	1	1	1	1
6	Planificar proyectos de salud en vinculación a instituciones de educación, deporte, social.	1	1	0	1	1	0

Elaboración: *Autora*

2. Objetivos del proyecto

2.1 Objetivo general

Determinar la relación entre la disponibilidad y distribución de médicos y personal de enfermería, con la garantía de la cobertura de los servicios de salud en el distrito de salud 13d05 durante el año 2019

2.2 Objetivos específicos

- Determinar el número óptimo de médicos y personal de enfermería para atender las necesidades de la población del Distrito de Salud 13D05
- Definir estrategias para fortalecer la gestión interinstitucional entre los actores del campo de salud en el Distrito de Salud 13D05
- Definir los elementos estructurales y funcionales que debería tener una propuesta de planificación estratégica orientada a mejorar la cobertura de los servicios salud a la población

3. MATRIZ DE MARCO LÓGICO

Tabla 9. Matriz de marco lógico

Proyecto de mejoramiento de la disponibilidad y distribución del personal médico y de enfermería, como parte de la garantía de cobertura de los servicios de salud en el Distrito 13D05 durante el año 2019			
RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN			
Contribuir al desarrollo de los Recursos Humanos.	Número de contrataciones en el año vigente vs/ número de contrataciones del año anterior	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Listado de Recursos Humanos 	Estabilidad de personal administrativo Distrital
PROPÓSITO (Objetivo general)			
Proponer un proyecto de mejoramiento de la disponibilidad y distribución del personal médico y de enfermería como parte de la garantía de cobertura de los servicios de salud con enfoque a la Atención Primaria en el Distrito 13D05 durante el año 2019	<p>➤ Incremento de la cobertura de los servicios de salud a un 60%.</p> $\frac{\text{Tasa de profesionales disponibles} \times 100}{\text{Tasa ideal de profesionales } 25}$	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informe de Cobertura de Salud Distrito 13D05 	Cumplimiento de proyecto de sobre mejoramiento de la disponibilidad y distribución del personal médico y de enfermería como parte de la garantía de cobertura de los servicios de salud con enfoque a la atención primaria
COMPONENTES (Objetivos específicos)			
1. Determinación del número óptimo de médicos y personal de enfermería para atención directa de las necesidades de la población del Distrito de Salud 13D05	1.1 Aumento del 20% del personal disponible, siguiendo de guía la distribución: <i>1:1 x 2000 habitantes (Sector rural)</i> <i>1:1x 4000 habitantes (Sector urbano)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informe técnico elaborado por área de Provisión de Servicios 	Presupuesto financiero para contrataciones de Recursos Humanos
	1.2 N° médicos/as y enfermeros/as rurales $\leq 50\%$ sus homólogos de contrato.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informe de Provisión de Servicios y Recursos Humanos 	

<p>2. Estrategias de gestión interinstitucionales entre los actores del campo de salud que fortalecen el número de contrataciones</p>	<p>2.1 Reuniones realizadas con integrantes de la Red Pública Integral de Salud, Municipio y actores sociales. (Mínimo 1 trimestral)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informe Distrital de reuniones 	<p>Participación de principales Instituciones sociales y Municipio pertenecientes al Distrito.</p>
<p>3. Informe técnico de los elementos estructurales y funcionales de una propuesta de planificación estratégica orientada a mejorar la cobertura de los servicios salud a la población</p>	<p>3.1 Plan territorial semestral urbano-rural de distribución de médicos y enfermeras según estándares propuestos por el MAIS-FCI</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informes técnicos (2) por parte Provisión de Servicios y Recursos Humano anuales 	<p>Normatización sobre distribución y disponibilidad de Recursos Humanos.</p> <p>Cumplimiento de desempeño laboral.</p>
	<p>3.2 Informes de planificación de trabajo mensual intra-extramural de los equipos de salud disponibles</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informes mensuales elaborados por Áreas de Planificación y Promoción de la Salud 	
	<p>3.3 Proyectos de promoción y prevención de la salud por cada Unidad Operativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informes mensuales elaborados por Áreas de Planificación y Promoción de la Salud 	
	<p>3.4 Capacitaciones en salud realizadas en cada Unidad Operativa y Hospital básico (4 capacitaciones mensuales)</p>		
	<p>3.5 Evaluación de personal administrativo de cada unidad operativa (EVAL)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluaciones de desempeño por parte de área de Recursos Humanos 	
	<p>3.6 Proyectos de salud en vinculación a instituciones de educación, deporte, social (Mínimo 1 proyecto anual con cada institución de las siguientes: Ministerio de Educación, MIES, Ministerio de Deportes, Municipio.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Documentos elaborados 	

ACTIVIDADES			
1.1 Enviar planificación de Recursos Humanos rurales (Médicos y enfermeros/as) justificado a la Coordinación Zonal según la planificación territorial realizada.	1.1.1 Estudio territorial de población. Recursos humanos, internet.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informe de Área de estadísticas del Distrito de Salud. ▪ QUIPUX 	Presupuesto financiero para contrataciones de Recursos Humanos
2.2 Coordinar reuniones intersectoriales entre los principales actores sociales del Distrito	2.2.1 Propuesta de planificación de proyectos conjuntos para mejorar la cobertura de salud	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Calendario de planificación Área de Promoción de la Salud. ▪ Listado de asistencias 	Participación de principales Instituciones sociales y Municipio pertenecientes al Distrito.
3.1 Actualizar reporte posicional de área de Talento Humano según contrataciones y realizar cálculo de concentración de personal de salud para población	3.1.1 Listado de recursos humanos actualizado.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informe de área de Recursos Humanos 	Normatización sobre distribución y disponibilidad de Recursos Humanos.
3.2 Realizar planificación de trabajo intra-extramural de los equipos de salud disponibles semanalmente.	3.2.1 Cronograma de actividades con distribución territorial.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan territorial de Provisión de Servicios. ▪ 	Desempeño laboral
3.3 Elaborar un plan estratégico de planificación de cobertura de salud para la optimización del personal disponible dentro del MSP como a nivel Municipal	3.3.1 Convocatoria para reuniones para elaboración del plan estratégico de cobertura de salud	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informe del Área de estadísticas del Distrito de Salud. ▪ QUIPUX 	Participación de principales Instituciones sociales y Municipio pertenecientes al Distrito

Elaborado: *Autora*

4. ESTRATEGIAS GENERALES (MODALIDAD DE IMPLEMENTACIÓN)

Una vez establecido el análisis del problema, definición de objetivos y concordancia de los mismos en el marco lógico, se realizan las siguientes estrategias para la implementación del proyecto:

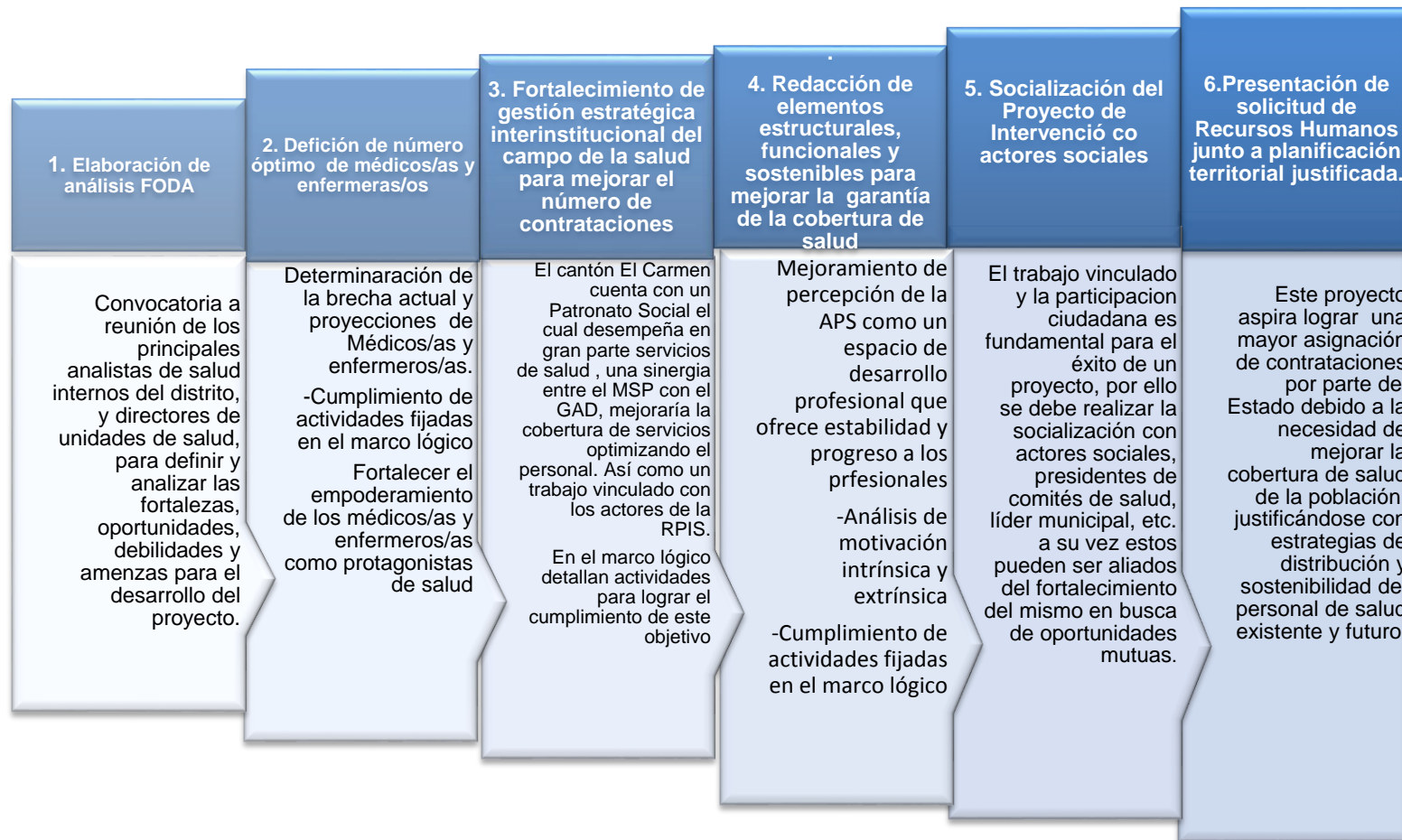


Gráfico 7. Estrategias de implementación

5. PLAN DE ACTIVIDADES Y CRONOGRAMA

Tabla 10. Cronograma de actividades

PROYECTO	MEJORAMIENTO DE LA DISPONIBILIDAD Y DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA, COMO PARTE DE LA GARANTÍA DE COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON ENFOQUE A LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL DISTRITO 13D05 DURANTE EL AÑO 2019																											
	FECHA DE INICIO: 1/06/2019														FECHA DE FIN: 31/11/2019													
ACTIVIDADES	FECHAS																											
	JUNIO				JULIO					AGOSTO					SEPTIEMBRE					OCTUBRE					NOVIEMBRE			
	1ra	2da	3ra	4ta	1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra	4ta	5ta	1ra	2da	3ra	4ta
Socialización con autoridades y negociación	X																											
Elaboración de análisis FODA		X																										
Designación de funciones		X																										
Socialización con instituciones externas y participación ciudadana.			X																									
Presentación de propuesta de vinculación al GAD			X																									
Reunión para solicitud de RRHH a coordinación zonal				X																								
Actualización de reporte posicional de RRHH.					X																							
Realizar redistribución de RR. HH						X																						

6. ORGANIZACIÓN PARA LA GESTIÓN DEL PROYECTO (ROL DE ACTORES, COORDINACIÓN, INSTANCIAS DE GESTIÓN Y APOYO ADMINISTRATIVO)

La gestión del proyecto está principalmente dirigida por la Dirección Distrital, con apoyo de las áreas de Recursos Humanos, Planificación, Estadística y Provisión de Servicios. La asignación de funciones es una estrategia clave para el desarrollo integral del proyecto. A continuación se detallan los roles que ejercen cada actor:

Tabla 11. Rol de actores y funciones

ACTIVIDADES	NIVEL EJECUTOR	NIVEL COORDINADOR
1. DEFINICIÓN NÚMERO DE MÉDICOS Y ENFERMERAS RURALES ADECUADOS DETERMINACIÓN DEL NÚMERO ÓPTIMO DE MÉDICOS Y PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA ATENCIÓN DIRECTA DE LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN DEL DISTRITO DE SALUD 13D05.		
1.1 Enviar planificación de Recursos Humanos rurales (Médicos y enfermeros/as) justificado a la Coordinación Zonal según la planificación territorial realizada.	Responsable distrital de provisión y calidad de los servicios de salud Responsable Distrital de Planificación Estratégica	Director distrital de salud Responsable distrital de talento humano

2. ESTRATEGIAS DE GESTIÓN INTERINSTITUCIONALES ENTRE LOS ACTORES DEL CAMPO DE SALUD QUE FORTALECEN EL NÚMERO DE CONTRATACIONES		
2.1 Solicitar reforzamiento en la planificación de recursos humanos en salud al GAD-EI Carmen y Red Pública Integral de Salud	Responsable distrital de provisión y calidad de los servicios de salud Responsable de Comunicación	Director distrital de salud Líderes de Instituciones Externas Líderes de Comités de Participación Ciudadana en Salud
2.2 Elaborar un plan estratégico de planificación de cobertura de salud para la optimización del personal disponible dentro del MSP como a nivel Municipal	Responsable Distrital de Planificación Estratégica	Director distrital de salud Líderes de Instituciones Externas Líderes de Comités de Participación Ciudadana en Salud
3. INFORME TÉCNICO DE LOS ELEMENTOS ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES DE UNA PROPUESTA DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA ORIENTADA A MEJORAR LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS SALUD A LA POBLACIÓN		
3.1 Actualizar reporte posicional de área de Talento Humano según contrataciones y realizar cálculo de concentración de personal de salud para población	Responsable Distrital de Talento Humano	Director Distrital de Salud
3.2 Realizar planificaciones de trabajo intra-extramural de los equipos de salud disponibles semanalmente	Directores del Establecimientos de Salud	Responsable Distrital de Provisión y Calidad de los servicios de salud
3.3 Coordinar reuniones intersectoriales entre los principales actores sociales del Distrito	Responsable de Promoción de la Salud Responsable de Comunicación	Director Distrital de Salud

Elaborado: Autora

7. MONITOREO Y EVALUACIÓN

El seguimiento del desarrollo del proyecto se realizará considerando los indicadores descritos en la matriz del marco lógico, los cuales se demostraran a través de los supuestos descritos, fuentes de verificación.

La monitorización debe ser un proceso continuo vigilado por los Directores, la evaluación se realiza semestralmente a través de herramientas de desempeño. Con inclusión de los avances del proyecto que estamos interviniendo.

Entre los principales indicadores tenemos:

- Elevación Incremento de la cobertura de los servicios de salud a un 60%.

$$\frac{\textit{Tasa de profesionales disponibles} \times 100}{\textit{Tasa ideal de profesionales} 25}$$

- Plan territorial semestral urbano-rural de distribución de médicos y enfermeras según estándares propuestos por el MAIS-FCI
- Proyectos de promoción y prevención de la salud por cada Unidad Operativa
- Capacitaciones en salud realizadas en cada Unidad Operativa y Hospital básico (*4 capacitaciones mensuales*)
- Evaluación de personal administrativo de cada unidad operativa (EVAL)
- Proyectos de salud en vinculación a instituciones de educación, deporte, social (*Mínimo 1 proyecto anual con cada institución de las siguientes: Ministerio de Educación, MIES, Ministerio de Deportes, Municipio.*)
- Aumento del 20% del personal disponible, siguiendo de guía la distribución: *1:1 x 2000 habitantes (Sector rural)*

1:1x 4000 habitantes (Sector urbano)

- *Nº médicos/as y enfermeros/as rurales ≤50% sus homólogos de contrato*
- Reuniones realizadas con integrantes de la Red Pública Integral de Salud, Municipio y actores sociales. (Mínimo 1 trimestral)

8. PRESUPUESTO

Tabla 12. Presupuesto

Componentes		Actividad	Recursos humanos requeridos	Recursos de papelería y otros	Infraestructura	Valor unitario	Valor total (Gasto mensual)
1	Definición número de médicos y enfermeras rurales adecuados determinación del número óptimo de médicos y personal de enfermería para atención directa de las necesidades de la población del Distrito de salud 13D05.	Actualización de listado de Recursos Humanos Elaboración de plan territorial del personal	Analista de Talento Humano Analista de Provisión de servicios	Informe digital	Disponible	\$1676	\$3352
2	Estrategias de gestión interinstitucionales entre los actores del campo de salud	Reuniones con actores sociales		60 Trípticos 60 Coffe-breaks	Disponible	\$0,30 \$1,50	\$18 \$90
3	Informe técnico de estrategias estructurales, funcionales y sostenibles para la garantía de los servicios de salud	Realización de actividades de Promoción de la salud Realización de cronograma de actividades intra y extra murales Reunión para optimización de recursos humanos con el GAD El Carmen	Analista de Promoción de salud	Informes digitales Impresiones	Disponible	\$1676 \$10	\$1676 \$10
TOTAL REQUERDIO							\$5146

9. BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). *Manual de seguimiento y evaluación de los Recursos Humanos en Salud*.
- Albán, J. (2016). Planificación de los Recursos Humanos en Salud.
- Ander, E. (1999). *Introducción a la planificación*.
- Andrade, F. (2018). *Tabla Posicional de Recursos Humanos*. El Carmen.
- Asamblea Constituyente. (2010). *LOSEP*.
- (2008). *Constitución del Ecuador*. Montecristi.
- Dror, Y. (1973). The Planing Process a Facet Deing. En Y. Dror.
- GAD El Carmen. (2014). *Informe de Desarrollo y Ordamiento Territorial del cantón El Carmen*. El Carmen.
- INEC. (2010). *Censo poblacional*. Ecuador.
- INEC. (2010). *CENSO POBLACIONAL*.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2010). *Censo de población y vivienda*.
- Lancet. (2004). Human resources and health outcomes: cross-country econometric study.
- (2012). *Ley Orgánica de Salud*.
- Miranda, Y. (2008). *MEDISUR*. Obtenido de <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/viewArticle/411/563>
- MSP. (2013). *Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural*.
- MSP. (2013). *Modelo de Atención Integral, Familiar, Comunitario e Intercultural*.
- MSP. (2013). *Modelo de Atención Integral, Familiar, Comunitario e Intercultural*.
- Naciones Unidas. (2000). *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. New York.

- OMS. (2009). *Manual de seguimiento y evaluación de los Recursos Humanos en Salud*.
- OMS. (2009). *Manual de Seguimiento y Evaluación de los Recursos Humanos en salud*.
- OMS, O. U. (1978). *Declaración de Almá Atá*.
- OPS. (2005). *Llamado de la acción de Toronto*. Canadá.
- OPS. (2011, Mayo). *Manual de Medición y Monitoreo. Indicador de las metas Regionales de Recursos Humanos*. Retrieved noviembre, 2018
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Manual de Seguimiento y Evaluación de los Recursos Humanos en salud*.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Obtenido de https://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/es/
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Servicios de Salud y Acceso*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Recursos Humanos para la Salud Universal*.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización de la Salud. (2007). *Metas Regionales en Materia de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015. 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana*.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización mundial de la Salud. (2017). *Salud en las Américas*. Washintong.
- (2013). *Plan del Buen Vivir*. Quito.
- Real Academia Española. (2018). *Diccionario de la Real Academia Española*. Obtenido de <https://dle.rae.es/?w=diccionario>
- SENPLADES, INEC, PNUD, SNU. (2014). *Objetivos del milenio Balance Ecuador*. Quito.
- Sistema Nacional de Planificación y Desarrollo. (2017). *Plan Naciona de Desarrollo Toda una Vida*.

Tumbaco, X. (2018). *Base de Datos Estadísticos del Distrito de Salud 13D05*. El Carmen.

10. ANEXOS

10.1 Tabla de médicos/as enfermeras/os disponibles más el número ideal para subir las coberturas al 60%
ATENCIÓN PRIMARIA

Centro de salud	Total población	Número ideal de médicos, enfermeras y TAPS	Total ideal	MEDICOS disponibles	ENFERMERAS disponibles	TAPS disponibles	Total disponible	Personal médico agregado	Personal de enfermería agregado	Total proyectado
El Maicito (Wilfrido Looor Moreira)	5639	3 a 4	9 a 12	3	3	1	7	1	0	1
La Bramadora	16174	8 a 11	24 a 33	9	6	1	16	3	2	5
San Pedro de Suma	8228	4 a 5	12 a 15	4	3		7	2	2	4
La Caoba	1492	1	3	2	2		4	0	0	0
Santa María	10655	5 a 7	15 a 21	5	3		8	2	2	4
Santa Teresa	2905	1 a 2	3 a 6	2	1		3	0	0	0
El Paraíso La Catorce	11009	6 a 7	18 a 21	7	6	1	14	1	1	2
Tigrillo	4157	2 a 3	6 a 9	3	1		4	1	0	1
Unidad Anidada Hospital Básico de El Carmen	75267	19	57	15	7	2	24	10	10	20
TOTAL	135526		147 a 177	50	32	5	87	20	17	37
PROYECCIÓN DEL PERSONAL TOTAL							124			
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN										
(HOSPITAL BÁSICO)				28	22		50			
TOTAL DE PERSONAL				78	54	5	137			

Elaborado: Autora

Fuente: Investigación

10.2 Anexo 2 Distribución de médicos y enfermeras por el tipo de contratos (rural, ocasiona/nombramiento)

Tabla 13. Distribución de médicos y enfermeras por tipo de contratos (rural, nombramiento/ocasional)

PERSONAL EXISTENTE			
	Total contratos	Total rurales	TOTAL
Enfermeras totales	6	28	34
Médicos totales	12	37	49
			83
PROYECCIONES DE CONTRATOS			
	Contratos ocasionales /nombramientos	Contrato rural	TOTAL
Médicos	9	8	17
Enfermeras	11	9	20
DISTRIBUCIÓN IDEAL DE CONTRATOS 60%: 40%			
	Contratos ocasionales /nombramientos	Contrato rural	TOTAL
Médicos			
Enfermeras	31	20	51
	41	28	69
			120 ⁵

Elaborado: Autora

Fuente: Investigación

⁵No se contabiliza en la suma los TAPS existente ya que el proyecto está enfocado en personal médico y de enfermería