

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

**FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE

**MASTER EN SALUD PÚBLICA con mención en:
Investigación de
Servicios y Sistemas de Salud**

**“ADSCRIPCIÓN POBLACIONAL A LA RED DEL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR”**

AUTOR: Marco Andrés Sotomayor Paredes

DIRECTOR: MHP José Sola

QUITO, abril 2014



AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA

"El mundo que queremos es uno donde quepan muchos mundos. La patria que construimos es una donde quepan todos los pueblos y sus lenguas, que todos los pasos la caminen, que todos la rían, que la amanezcan todos."

(Rafael Guillén Vicente, Subcomandante Insurgente Marcos)

Agradezco a mi esposa y a mis hijos que han tenido que acompañarme durante este proceso de formación, pero sobre todo porque me acompañan en este sueño, intentando crear un mundo más equitativo y por no seguir soñando que "un mundo mejor es posible"



ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. RESUMEN EJECUTIVO	1
2. PRESENTACIÓN.....	3
3. ANALISIS SITUACIONAL	4
4. INTRODUCCIÓN	8
5. HIPÓTESIS.....	18
6. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	18
7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	19
8. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	25
9. CONCLUSIONES	47
10. RECOMENDACIONES	48
11. BIBLIOGRAFIA.....	49
12. ANEXOS.....	51

1. RESUMEN EJECUTIVO

Con la finalidad de mejorar el acceso a los servicios de salud de la red del Ministerio de Salud Pública en el Ecuador, se implementó la estrategia de adscripción de la población a las unidades de salud del primer nivel de atención, la misma que permite garantizar la dotación de recursos necesarios para atender las necesidades y brindar una atención integral y de calidad.

Sin embargo, a los ocho meses de haber iniciado el proceso y con un porcentaje de adscripción del 28,4% de la población a los servicios de salud del primer nivel de atención, las autoridades decidieron no continuar con el proceso.

A través de este trabajo se identifica la problemática que no permitió realizar la adscripción poblacional a los establecimientos del Ministerio de Salud Pública, con el fin de que sirva como referencia para la toma de decisiones futuras en un proceso similar a nivel nacional o regional.

Para el desarrollo de este trabajo se realizó un estudio descriptivo que incluyó entrevistas, reuniones con grupos focales y encuestas dirigidas a informantes claves que estuvieron involucrados directa o indirectamente en el proceso, así como a usuarios de los servicios de salud. Al tener dicho proceso un alcance nacional, se definió una muestra del país.

Aunque la adscripción poblacional es un mecanismo utilizado en los países en donde el sistema de salud tiene una atención universal y la puerta de entrada al mismo es el primer nivel de atención, y donde además esta organización ha permitido garantizar los recursos de una manera adecuada, la falta de planificación, una inadecuada estrategia comunicacional y la falta de comprensión de los tomadores de decisiones no permitieron implementar esta estrategia en el Ecuador.

ABSTRACT

With the purpose of improve access to health services network of the Ministry of Public Health in Ecuador, the population secondment strategy was implemented in units of primary health care, the same which ensures the provision of resources to meet the needs and provide comprehensive and quality care.

However, eight months into the process and with a secondment percentage of 28.4% of the population to the health services from primary care, the authorities decided not to continue with the process.

Through this work the problem that did not allowed to perform population ascription to the facilities of the Ministry of Public Health, to serve as a reference for future decision making in a similar national or regional level process is identified.

For the development of this work, a descriptive study included interviews, focus group meetings and aimed surveys to key informants were involved directly or indirectly in the process, as well as users of health services was conducted. By having a national scope that process, a sample of the country was defined.

Although the population assignment is a mechanism used in countries where the health system has universal care and gateway to thereof is the first level of care, and further wherein the organization has ensured resources adequately, lack of planning,



inadequate communication strategy and lack of understanding of the decision makers are not allowed to implement this strategy in Ecuador.

2. PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), en el año 2011, con el fin de conseguir la organización del sistema de salud y optimizar los recursos del Estado, definió al primer nivel de atención como ordenador del sistema y puerta de entrada al mismo, para lo cual se estableció la adscripción poblacional a los servicios de salud como una de las estrategias para conseguir este propósito. Esta estrategia tuvo como objetivo conocer la población de responsabilidad y designar un equipo responsable de velar por el cuidado de la salud de su grupo de población adscrita. Para ello, unos demandaron la adscripción como obligatoria y otros hacerla de forma voluntaria; se definió como requisito obligatorio la cedula de ciudadanía como registro único del usuario.

El Ministerio de Salud Pública, en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), al acercar los servicios de salud a la población y establecer el primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema, estableció los lineamientos operativos para la implementación del MAIS (Costales P., Sotomayor A, Ríos P. 2012¹), tendientes a mejorar el acceso de la población a la salud, considerando las dimensiones de accesibilidad que requieren ser analizadas para su implementación (económica, geográfica, organizacional y cultural).

El MSP planteó el fortalecimiento del primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema de salud, fundamentada en los principios de la Atención Primaria de Salud (APS), la cual ha sido aplicada por países como Brasil, Paraguay, Reino Unido con grandes avances en cobertura. Un estudio de síntesis de Ventajas y desventajas de esta estrategia en Latinoamérica destaca su carácter accesible, la continua atención a las personas a lo largo de la vida (longitudinalidad), el reconocimiento de las necesidades bio-psico-sociales (integral), interrelaciona la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social (integrada); coordina las acciones y servicios necesarios para resolver necesidades que requieran atención especializada y está orientada a la comunidad con un enfoque familiar (Forti S. 2009²). Con ello se pretendió conseguir la optimización de recursos materiales, humanos y tecnológicos, mejoramiento de la accesibilidad, descongestión de pacientes en los hospitales, organización de los servicios, y desde el punto de vista de los usuarios un trato de calidad, personalizado, con enfoque preventivo y de promoción de la salud.

En el Ecuador, con la finalidad de mejorar el acceso socio-organizacional de la población a los servicios de salud, se implementó la estrategia de adscripción de la población del país a las unidades de salud del primer nivel de atención, entendiéndose por adscripción el proceso mediante el cual el usuario o usuaria se inscribe a una unidad de salud cercana a su domicilio, la cual debe asegurar la dotación de medicina, talento humano, infraestructura y equipamiento requerido para atender las necesidades de la población adscrita.

Más adelante, se realizó un análisis de la problemática que no permitió efectuar la adscripción poblacional a los establecimientos del MSP, iniciada en el año 2011, con el fin de que sirva como referencia para la toma de decisiones futuras en un proceso similar a nivel nacional o regional.

¹ Costales P., Sotomayor A, Ríos P. Fortalecimiento del Primer Nivel De Atención como puerta de entrada a las unidades del Ministerio de Salud Pública (MSP). 1.5 Mecanismos de acceso a salud MSP. 2012.

² Forti S. Eurosociedad Salud. Programa Regional para la cohesión social en América Latina. España 9- 12 febrero 2009. Encontrado en: <http://eurosociedad.es/files/docs/00420.pdf>.

3. ANALISIS SITUACIONAL

La Constitución del Ecuador (2008), en su Artículo 363, num. 2, establece que “*el Estado será responsable de universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura*”.

El sector de la salud en el Ecuador está constituido por una mezcla de financiadores y proveedores públicos y privados. Los proveedores del sector público son el Ministerio de Salud Pública (MSP) con el 51% de cobertura como el ente Nacional Regulador de la salud, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), con 24,1% de cobertura, las Fuerzas Armadas (1,6%) y la Policía Nacional (1,8%), además existen gobiernos regionales y locales que son prestadores de salud con un 4% de cobertura y los servicios privados con 17,5% de cobertura (Lucio et al. 2011, Vallejo C. MSP).

La Red del Ministerio de Salud Pública se encuentra conformada por Unidades Operativas en diferentes niveles de complejidad según acuerdo ministerial 1032³. El primer nivel de atención del MSP está compuesto por: puestos de salud, (I1), consultorio médico (I2), centros de salud rural 8 horas (I3) y centros de salud urbano 8h (I4) centro de salud urbano de 12 horas (I5) y centro de salud urbano de 24 horas (I6). En este nivel se cuenta con medicina general, medicina familiar, pediatría, gineco-obstétrico, psicología, enfermería y odontología general, de acuerdo a la categoría.

El nivel II del MSP cuenta con: Hospital Básico (II-4), Hospital General (II5). En este nivel se cuenta con profesionales de 4to nivel académico que ofrecen atención ambulatoria y hospitalaria en las 4 especialidades básicas: Medicina interna, gineco-obstetricia, pediatría, cirugía general.

Finalmente el nivel III del MSP, compuesto por Hospital Especializado (III-2) y Hospital de Especialidades (III-3), para la atención de la población local, regional y nacional; también realizan docencia e investigación en salud.

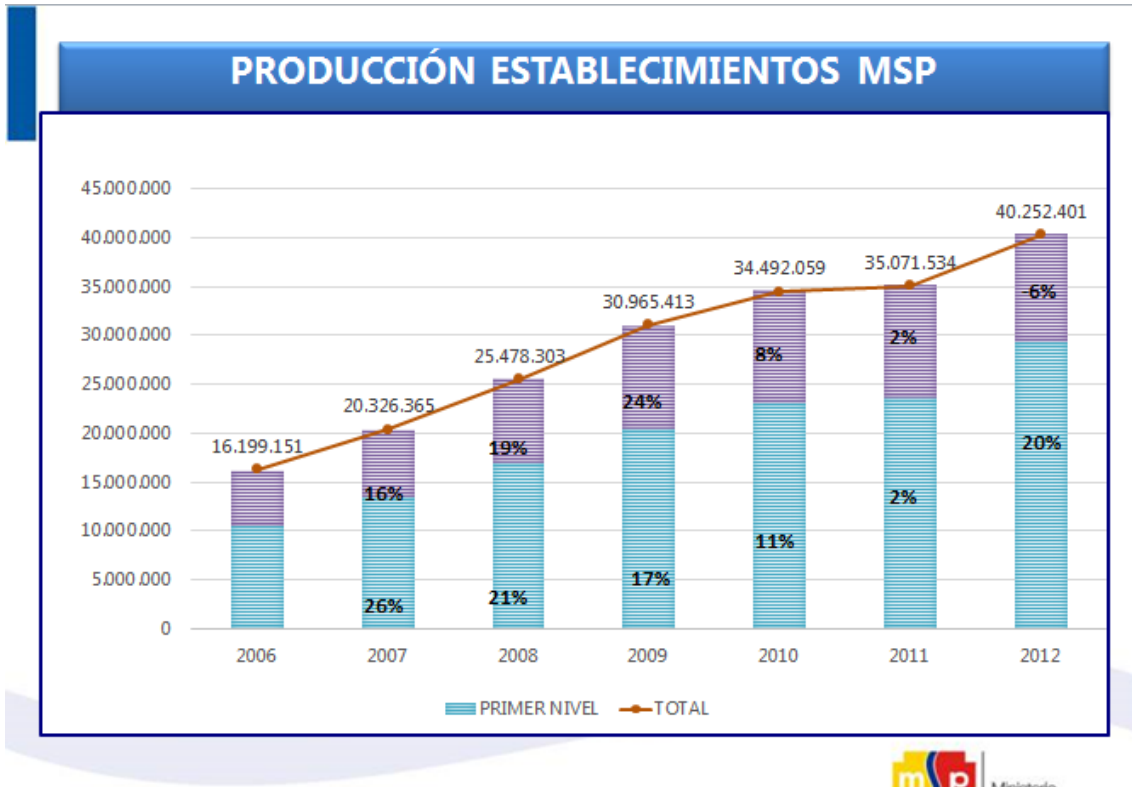
Con relación a la oferta de servicios del MSP, en el año 2006, se identificaron en el país 3.681 establecimientos de salud (2.999 públicos y 682 privados). De ese total, 683 (18,6%), eran con internación hospitalaria y 2.998 (81,4%) sin internación. En relación al MSP, el nivel I tenía 230 puestos de salud, 1.226 subcentros y 127 centros de salud; el nivel II tenía 82 hospitales básicos y 33 hospitales generales y el nivel III tenía 15 hospitales especializados (9 agudos y 6 crónicos) y 1 hospital de especialidad. El número de unidades operativas y administrativas era de 1.737.

El Ministerio de Salud Pública cumpliendo con lo que establece el artículo 366 de la Constitución del Ecuador⁴ garantizó la gratuidad de las prestaciones de salud en los establecimientos de salud del MSP, lo que generó un aumento en la demanda de la población como se puede apreciar en el gráfico 1. El Ministerio de Salud Pública como autoridad del Sistema Nacional de Salud, con el fin de garantizar la sostenibilidad de la gratuidad de las prestaciones desarrolló el Modelo de Atención Integral en Salud a nivel Familiar, Comunitario e Intercultural, orientado en la Estrategia de Atención Primaria de Salud, para lo cual priorizó la atención en el primer nivel.

³ Reglamento Sustitutivo para la aplicación del proceso de licenciamiento en los establecimientos de servicios de salud. MSP. (31 octubre 2011).

⁴ Art. 366.- El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud. El Estado financiará a las instituciones estatales de salud y podrá apoyar financieramente a las autónomas y privadas siempre que no tengan fines de lucro, que garanticen gratuidad en las prestaciones, cumplan las políticas públicas y aseguren calidad, seguridad y respeto a los derechos. Estas instituciones estarán sujetas a control y regulación del Estado.(2008)

GRAFICO 1



Fuente y elaboración: MSP.

El MSP a través de la Secretaría de la Extensión para la Protección Social en Salud (SEPSS) con el fin de implementar el Modelo de Atención Integral de Salud orientado a garantizar la cobertura de servicios de salud esenciales a toda la población, profesionalizar la tarea del equipo integral de atención de salud que constituye la primera línea de atención, y a promover la participación social, propone una estrategia de fortalecimiento de las unidades del primer nivel que puede lograr como resultados, mayor adhesión y responsabilidad por parte del personal de salud, mayor eficacia en el alcance de metas sanitarias, mayor aceptabilidad de la población beneficiaria de los servicios de salud del MSP con un mayor empoderamiento de la población respecto del cuidado de la salud individual y colectiva⁵.

Para conseguir la cobertura universal en salud el MSP, dentro del MAIS definió las diferentes dimensiones de accesibilidad que requieren ser consideradas para su implementación (económica, geográfica, organizacional y cultural).

Accesibilidad Financiera:

La Constitución del 2008 del Ecuador⁶ favorece la accesibilidad financiera, al garantizar el acceso gratuito en todas las unidades de atención (Ley Orgánica de salud 67, Reg. Of. Supl. 423 del 22 de Diciembre del 2006, Art 7), esto promovió a reducir

⁵ Costales P., Sotomayor A, Ríos P. Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención como puerta de entrada a las unidades del Ministerio de Salud Pública (MSP). 2012.

⁶ Art. 366.- El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud. El Estado financiará a las instituciones estatales de salud y podrá apoyar financieramente a las autónomas y privadas siempre que no tengan fines de lucro, que garanticen gratuidad en las prestaciones, cumplan las políticas públicas y aseguren calidad, seguridad y respeto a los derechos. Estas instituciones estarán sujetas a control y regulación del Estado.

las barreras económicas, que aluden a la imposibilidad de acceso por motivos de falta de dinero.

Accesibilidad geográfica:

Involucra características relacionadas a la distancia y a los medios de transporte a utilizar para que reciban el cuidado. Varios análisis determinan que en Ecuador la accesibilidad geográfica es un grave problema para acceder a los servicios de salud (PAHO 2008).

- La asignación de los equipos de atención integral de Salud, un componente del MAIS que permitirá un mayor acceso geográfico, al asignar cada equipo a un promedio de población objetivo.

Accesibilidad socio-organizacional

Las barreras administrativas o funcionales, representan las múltiples dificultades que impone la organización de los servicios, por ejemplo con horarios de atención o los turnos.

Para ello se llevan a cabo estrategias que permitirán reducir estas barreras, como son:

- Adscripción de la población a Unidades del Primer Nivel de Atención mediante un Sistema de Adscripción del Primer Nivel (SAPN).
- Mejorar el sistema de referencia y contra-referencia (R-C) con mecanismos de seguimiento y mejora de las herramientas
- Apoyo al área de informática en la implementación de Software de entrega de citas (Call center) para el primer nivel y articulado con el segundo nivel, desarrollado por fases de acuerdo a necesidades identificadas.
- Apoyar la reorganización y fortalecimiento de los servicios de salud en base a la información de oferta y demanda (TH, infraestructura y equipamiento)
- Apoyar en la redistribución del TH por necesidades identificadas
- Apoyar en la creación de Servicios de Dg Integral para el primer nivel (laboratorio e imagenología)
- Apoyar en la generación de estrategias que mejoren la adquisición y distribución de insumos y medicamentos

Accesibilidad cultural

Las diferentes culturas entre el personal de los servicios y la población también pueden constituirse en una dificultad de acceso. Las estrategias planteadas para superar esta barrera constituyen:

- Trabajo conjunto con el equipo Integral de salud, especialmente TAPS quienes apoyarán en el seguimiento de los pacientes y la difusión de la estrategia
- Generar grupos de veedores que son parte de la comunidad y apoyen a garantizar el flujo de la red de servicios, dotándoles de herramientas e información necesaria.
- Estrategias comunicacionales para informar e incentivar la acogida de la estrategia por parte de la comunidad.

Para este documento realizaremos el análisis de la adscripción como "*...una estrategia para acercar los servicios de salud a la población y ordenar a nivel territorial la*

provisión de los servicios, fortaleciendo el primer nivel de atención como la puerta de entrada a la red de servicios de salud." (MAIS, 2012⁷).

Al implementar la adscripción poblacional a los establecimientos de salud del MSP como parte de la estrategia de fortalecimiento del primer nivel de atención, las autoridades esperaban conseguir los siguientes resultados:

1. Adscribir a la población a unidades del primer nivel de atención mediante un padrón activo y actualizado.
2. Conseguir que la puerta de entrada al Sistema de salud del MSP se lo realice por las unidades de atención de salud del I nivel.
3. Estructurar la Red de Servicios interinstitucional, y garantizar la continuidad de la atención inter e intra - episodios e inter-niveles.
4. Empoderamiento de la población respecto del cuidado de la salud individual y colectiva.

⁷ Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural MAIS-FCI. Quito; 2012.

4. INTRODUCCIÓN

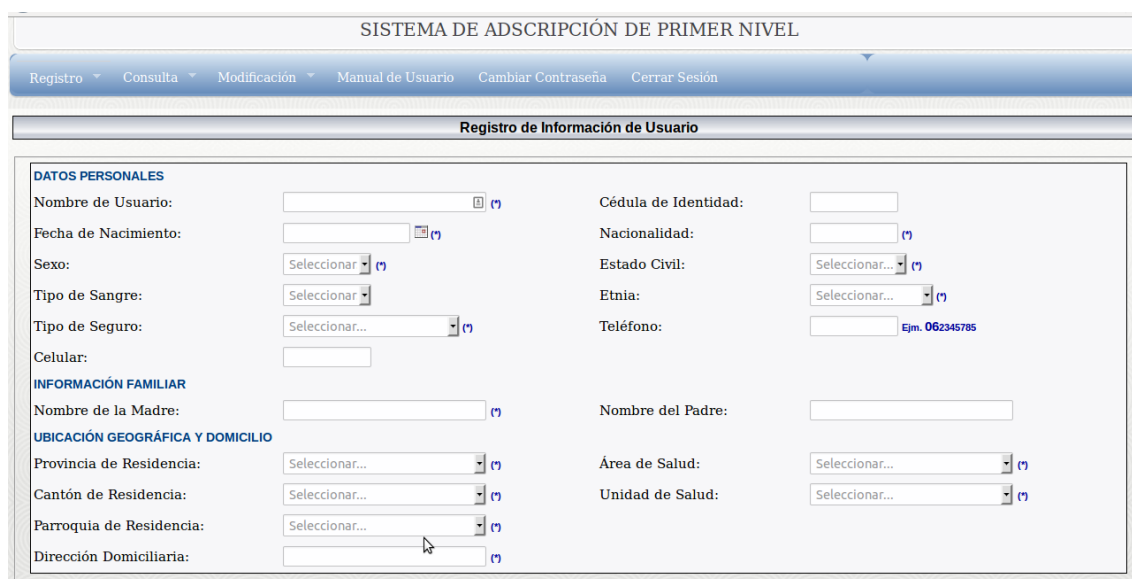
a. Contexto de la investigación.

El MSP a través de la Ex Subsecretaria de la Extensión para la Protección Social en Salud inició el proceso de adscripción, el cual consistía en registrar a la población a la unidad más cercana al lugar de residencia, con la finalidad de organizar los servicios de las unidades de salud del primer nivel de atención, eliminar las filas para la obtención de citas médicas, evitar duplicidad de acciones, resolver los problemas de salud y /o enfermedad de los usuarios y usuarias, planificar actividades de promoción con el individuo, la familia y la comunidad, descongestionar las unidades de salud hospitalarias y fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia. Además, se proponía asignar los recursos necesarios para garantizar el funcionamiento de las unidades de primer nivel en función de su población.

En octubre de 2011 el MSP inició el proceso de adscripción en dos provincias del austro ecuatoriano, Azuay y Cañar, y se definió la implementación progresiva en el resto del país hasta lograr la adscripción del 50% de la población ecuatoriana (población objetiva del MSP) a los establecimientos de salud del MSP, hasta el mes de junio de 2012.

Las áreas de salud fueron las unidades responsables de realizar la adscripción poblacional a los establecimientos de salud; para ello, el personal de la unidad de salud, como parte del proceso de adscripción, recopiló datos de filiación (número de cédula de ciudadanía, nombres y apellidos completos, fecha de nacimiento, lugar de residencia, sexo, nacionalidad, estado civil, auto identificación étnica, número de teléfono, seguro de salud, fecha de adscripción), información que se elevó al Sistema de Adscripción del Primer Nivel (SAPN)(Gráfico 2) manejado por el personal de las áreas de salud del Ministerio de Salud Pública y posteriormente con cada uno de los responsables provinciales por medio de claves de acceso.

GRÁFICO 2
Hoja de registro de Adscripción



The screenshot shows the 'SISTEMA DE ADSCRIPCIÓN DE PRIMER NIVEL' interface. At the top, there is a navigation bar with options: Registro, Consulta, Modificación, Manual de Usuario, Cambiar Contraseña, and Cerrar Sesión. Below this is a header for 'Registro de Información de Usuario'. The main form is divided into three sections: 'DATOS PERSONALES', 'INFORMACIÓN FAMILIAR', and 'UBICACIÓN GEOGRÁFICA Y DOMICILIO'. Each section contains various input fields, including text boxes, dropdown menus, and checkboxes, for recording user information such as name, birth date, sex, blood type, family details, and residential address.

Fuente: SAPN-MSP

Mediante el Acuerdo Ministerial 1034 del 1 de noviembre de 2011 se aprobó el nuevo estatuto orgánico, donde se creó la Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención en

Salud, quedando la misma como responsable de la implementación de la “puerta de entrada” y, por ende, de la estrategia de adscripción.

Adscripción Poblacional a los Servicios de Salud

La estrategia de fortalecimiento del primer nivel de atención definió la asignación de los equipos de atención integral a la población adscrita a los establecimientos de salud. Así, la adscripción es un componente del MAIS que permitirá un mayor acceso geográfico, temporal y cultural al asignar cada equipo de salud a una población objetiva.

Los criterios geográficos definidos por el MSP para realizar la adscripción poblacional fueron:

- Lugar de residencia y proximidad a un establecimiento de salud, dentro de un territorio definido (circuito, distrito, zona) de acuerdo a la planificación territorial definida por la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo del Ecuador (SENPLADES).
- El sitio de trabajo y la permanencia en el mismo y la proximidad a un establecimiento de salud, de acuerdo a la planificación territorial.

En cualquiera de los dos casos se pretendía garantizar el acceso a los servicios de salud y no generar barreras a causa del funcionamiento temporal de los establecimientos.

Los establecimientos de salud contarían con una población definida, y la asignación de la población a un equipo de atención integral de salud se realizó en función de la dispersión poblacional y el área de residencia; así en el área urbana se asignaron 4.000 personas por cada EAIS, y en rural se asignaron de 1.500 a 2.000 personas por cada EAIS.

GRAFICO 3

Adscripción Poblacional a los servicios de salud según organización territorial



b. Planteamiento del problema

En el mes de enero del año 2012 se emitió una disposición a las Direcciones Provinciales de Salud (DPS) la contratación de personal encargado de digitar la información en el Sistema de Adscripción del Primer Nivel por el período de tres meses a partir de enero, a fin de realizar la adscripción de la población, y como meta se estableció el 50% de la población ecuatoriana (población objetivo del MSP).

En abril del mismo año se realizó el análisis del desarrollo del proceso y en vista del bajo porcentaje de cumplimiento (9,14%) se amplió nuevamente la contratación del personal para digitar la información por un período de tres meses, a partir del mes de mayo, con la finalidad de alcanzar la meta establecida. Se envió una nueva directriz con el propósito de conseguir el 30% de la población ecuatoriana adscrita hasta el mes de junio, la misma que fue: *“que no se pida cédula de identidad para el proceso de adscripción a los ciudadanos que acuden a las unidades de salud de primer nivel de atención y se realice un proceso de “pre-adscripción” sin número de cédula y también sea posible adscribir con número de cédula de identidad a los ciudadanos que si posean el documento para garantizar estos datos”*⁸.

En junio se realizó un cambio de autoridades en el Viceministerio de Atención Integral, se efectuó una evaluación del proceso y se determinó haber alcanzado 28,4% de adscritos de la población total país. Al obtener este dato, se dispuso a la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención suspender el proceso de adscripción hasta realizar un análisis que justifique su implementación.

⁸ Memorando Nro. MSP-DNAPNS-0051-2012. DIRECTOR NACIONAL DE ATENCIÓN DEL PRIMER NIVEL EN SALUD. MSP. 2012.

Por medio del presente trabajo se pretende establecer las causas que no permitieron concluir con el proceso de adscripción poblacional a los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública y que esta información permita tomar decisiones a las autoridades del Ecuador o de otro país que estén realizando o pretendan realizar la adscripción poblacional a los establecimientos de salud.

c. Justificación

El proceso de adscripción se planteó como estrategia para mejorar la accesibilidad de los usuarios a las unidades y/o establecimientos de salud y fortalecer la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud, responsabilizando a los Equipos de Atención Integral de Salud⁹ (EAIS) -conformados por médico, enfermera y Técnicos de Atención Primaria en Salud¹⁰ (TAPS)- el cuidado de la salud de la población a su cargo, para que conjuntamente con ella realicen acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que incentiven el auto-cuidado del individuo, la familia y la comunidad, así como la planificación y gestión de los recursos necesarios para el funcionamiento y mantenimiento de la unidad operativa y, más aún, la continuidad de la atención.

Se definió que la información generada serviría para la planificación de actividades de los EAIS, así como para alcanzar las metas de gestión con una base real de población asignada, y una distribución de recursos humanos y materiales adecuada.

Se planteó que esta información serviría para asignación per cápita de recursos para cubrir el conjunto de prestaciones del primer nivel de atención de la Red Pública Integral de Salud¹¹ (RPIS) y aumentar la cobertura de atención de los usuarios.

Sin embargo, aunque se desarrollaron diferentes estrategias para fortalecer los servicios del Primer Nivel de Atención del MSP definidas en el Modelo de Atención Integral de Salud, no fue posible implementar la adscripción poblacional, razón por la cual se hace necesario conocer las causas que llevaron al incumplimiento de esta actividad.

d. Marco teórico

Atención Primaria en Salud

La conferencia de la OMS-Unicef de Alma-Ata (1978) estableció la siguiente definición de la APS:

Asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en

⁹ Los Equipos de Atención Integral de Salud constituyen el eje fundamental de la implementación del MAIS, son el conjunto de recursos profesionales de atención y gestión que permiten cumplir con los objetivos y metas. Un equipo es definido como aquel grupo de personas que realizan diferentes aportaciones, con una metodología compartida, de cara a un objetivo común. Cada miembro del equipo tiene claramente asumidas sus propias funciones. (MAIS-2012).

¹⁰ Técnicos de Atención Primaria en Salud-TAPS que apoyarán e integrarán el equipo integral de salud con personas de la comunidad, los mismos que desarrollarán actividades de promoción de la salud, prevención de las enfermedades o complicaciones y notificarán al equipo cuando determinen un riesgo potencial. Realizarán también actividades para el fortalecimiento de la participación comunitaria. (MAIS-2012).

¹¹ La Red Pública Integral de Salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y por otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad. (art.360 , Constitución del Ecuador 2008)

todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

La atención primaria es parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.¹²

En un estudio realizado por Barbara Starfield en 1994 se compararon doce países occidentales industrializados y se demostró que aquellos en los que el sistema sanitario estaba más fundamentado en la APS existían mejores niveles de salud en combinación con menores costos económicos¹³

El primer nivel de atención como puerta de entrada del sistema

El desarrollo del papel de puerta de entrada del sistema y de garante de la continuidad es responsabilidad del Primer Nivel de Atención a través de los Equipos de Atención Integral en Salud asistencial, los cuales contribuyen de forma clara a mejorar la eficiencia de los procesos de atención a partir de una disminución de costos asistenciales de cada enfermedad; además, la atención en el primer nivel de atención evita ingresos hospitalarios, así como la realización de exploraciones y la prescripción de tratamientos innecesarios y no exentos de riesgo.

El primer nivel de atención representa el nivel inicial de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con los servicios de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. Pero este primer contacto y sus respectivos profesionales no se pueden limitar a ejercer una función de filtro o puerta de entrada del sistema sanitario con pérdida de responsabilidades y posibilidades de actuación en fases posteriores de los procesos de atención realizados en otros ámbitos del sistema como por ejemplo el hospitalario. Para poder hablar de una verdadera Atención Integral en Salud es preciso mantener la longitudinalidad¹⁴ y la continuidad¹⁵ asistencial.

Al hablar de mejorar el acceso a los servicios de salud, se hace referencia al proceso mediante el cual las personas buscan atención y ésta se logra, y “la prueba de acceso es uso de servicios, no simplemente la presencia de una instalación” (Donabedian 1972). En consonancia con una organización eficiente de los servicios de salud por niveles de cuidado (primario, secundario y terciario), parece natural que haya una

¹² Organización Mundial de la Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud: Alma Ata; 1978.

¹³ Zurro M. y Solá J. Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. S.L. España: Elsevier; 2011.

¹⁴ La longitudinalidad significa el mantenimiento a lo largo del tiempo de una vinculación profesional con la persona, basada en la confianza mutua, el respeto y la corresponsabilidad y no está necesariamente relacionada con un problema médico o diagnóstico. (Zurro M., 2011).

¹⁵ La continuidad es la conexión entre las distintas actuaciones asistenciales relativas a un problema de salud, actuaciones que pueden ser realizadas por distintos profesionales y en diferentes ámbitos del sistema sanitario. (Zurro M., 2011)

puerta de entrada común para regular la atención médica (*gatekeeper*¹⁶ = función filtro). (Rubinstein 2003¹⁷)

Finalmente, para que los servicios del primer nivel de atención puedan constituirse en la puerta de entrada preferencial del sistema de salud, se deberá tomar en cuenta las barreras económicas, geográficas, (distancia) organizativas (funcionales), (horario, barreras para personas con discapacidad), culturales o emocionales (Donabedian 1972).

Equipos de Atención Integral en Salud

Los equipos de atención integral deberían constituirse en el primer contacto para la atención de todos los problemas de salud, excepto en circunstancias de urgencia o emergencia, y los otros profesionales deberían actuar como consultores, lo que no significa que no puedan y no deban trabajar en el centro de salud y allí compartir la mayoría de las actividades con el resto de los componentes de los equipos.

A fin de conseguir que los profesionales del equipo de atención puedan garantizar la longitudinalidad de la relación con sus pacientes y, al mismo tiempo, contribuyan de forma decisiva a una mejor coordinación de las actuaciones asistenciales, base de la continuidad, es necesario que la población esté adscrita a un establecimiento de salud.

Los profesionales de los equipos de atención integral en salud que prestan atención familiar y comunitaria han de actuar como verdaderos gestores de los procesos de interacción de sus pacientes adscritos con los distintos ámbitos del sistema de salud.

Adscripción Poblacional a los Servicios de Salud

Con el fin de brindar atención integral a la población, se la adscribe a un equipo de atención de salud. La Adscripción es un procedimiento de registro de la población que habita en un área geográfica asignada a la Unidad de Salud en donde debe recibir atención por razones de cercanía del domicilio o del lugar de trabajo, lo que permite identificar un equipo de salud, que se responsabilizará por la atención integral de un número determinado de usuarios a la vez.

La adscripción permite garantizar el acceso oportuno y la continuidad de la atención y de ser necesario referir a los usuarios a un nivel de mayor complejidad de una forma ordenada, con el fin de resolver su problema de salud.

Con la finalidad de garantizar la optimización de los recursos, los equipos de atención integral de salud cumplen la función de filtro (*gatekeeping*) para el acceso al especialista; este concepto, que se ha utilizado en algunos países para el control de costos, ha sido motivo de un debate que se ha reflejado en la literatura, sobre todo en las perspectivas norteamericana y europea sobre el *gatekeeping*.

Sin embargo, si bien por un lado no hay suficientes pruebas de que el fortalecimiento del rol del equipo de atención integral de salud como filtro sirva para reducir los gastos en la atención a la salud, por otro, las evaluaciones internacionales muestran que los países donde los médicos generales disponen de una lista de pacientes y son el punto

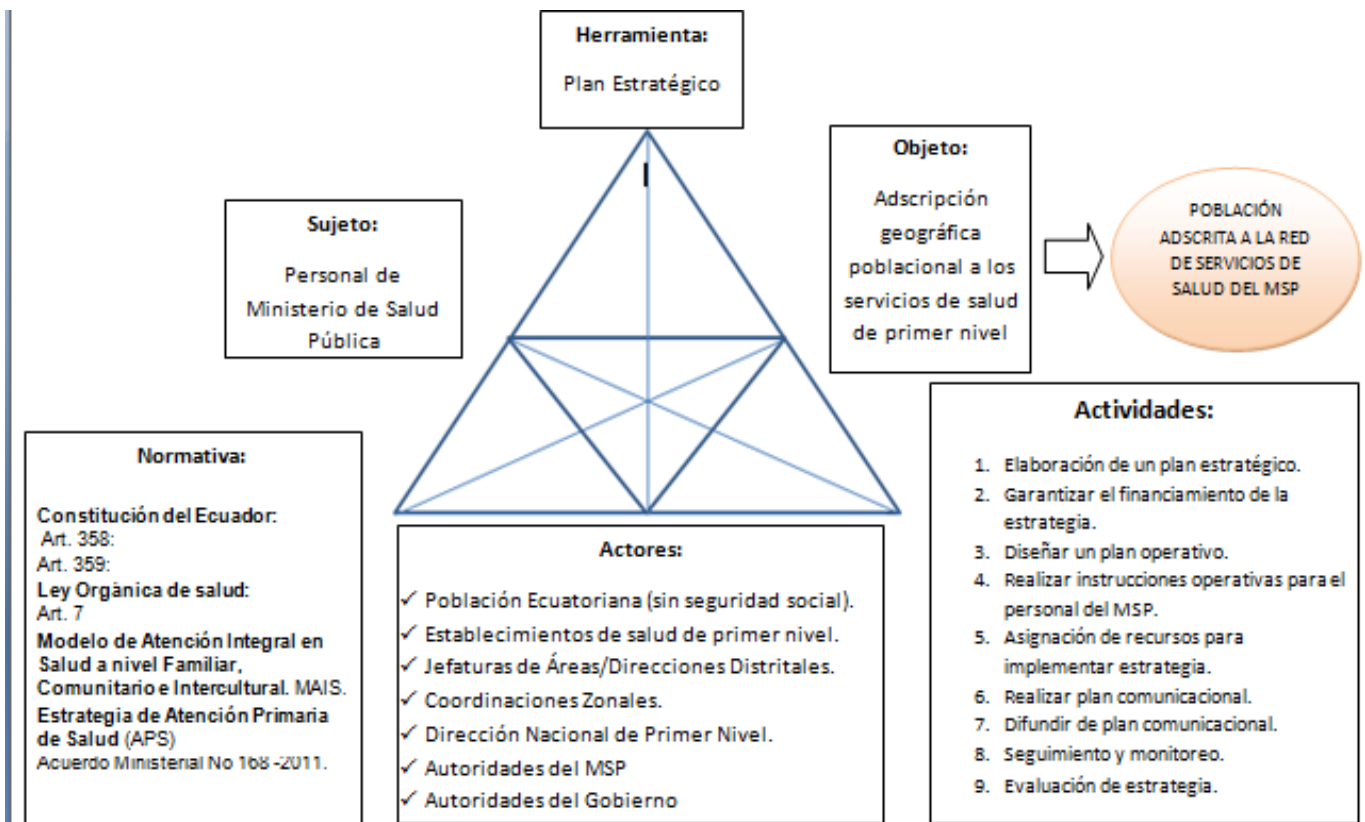
¹⁶ Gatekeeper elaborado por Kurt Lewin (1947) sobre las dinámicas interactivas en los grupos sociales. La secuencia de la información, el lapso o el bloqueo de la unidad a través de todo canal dependen en gran medida de lo que sucede en las "zonas de filtro", que deja pasar o bloquear la información.

¹⁷ Rubinstein A. EL MÉDICO DE FAMILIA COMO AGENTE DE CAMBIO EN LAS REFORMAS de los Servicios. Jefe del Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires. 2003. Encontrado en: <http://www.smu.org.uy/elsmu/organismos/ces/cuadernos/cuadernos4/art10.pdf>

de referencia para la consulta inicial en todo nuevo problema de salud, son más efectivos y eficientes que los que permiten una libre circulación de pacientes dentro del sistema¹⁸.

Posteriormente, la información generada por la adscripción poblacional a los servicios de salud será de suma utilidad para la Red Pública Integral de Salud, ya que esta permitirá conocer el tipo de cobertura de los usuarios y realizar la articulación de la RPIS con el cruce de cuentas por las prestaciones realizadas por los diferentes prestadores de la red (Ministerio de Salud Pública, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Policía Nacional, Fuerzas Armadas). Finalmente, el número de cédula como registro de cada usuario o usuaria será de suma importancia cuando se consolide la historia clínica única digital, que permitirá la continuidad de la información por niveles de atención, complejidad y establecimientos de los subsistemas de salud.

e. Modelo conceptual



Conocimientos o experiencia previa

Hay diferentes concepciones de la APS, pero, más allá de la diversidad de enfoques, existe en la actualidad un conjunto de evidencias a nivel internacional que sugiere que los sistemas de salud organizados sobre la base de una fuerte orientación hacia la

¹⁸ (Stardfield B. 1995; Boerma W., Van der Zee J. et al. 1997).

APS, y provistos de médicos generales o de familia en el primer nivel de atención, alcanzan mejores y más equitativos resultados. (Forti S. 2009¹⁹)

La mayoría de las evidencias sobre los impactos de la APS provienen de países con una APS sólida, pero que cuenten también con sistemas de protección social fuerte.

La operativización de la APS está dada, en primera instancia, por el modelo de protección social y por el sistema de salud en el que se encuentra inserta. Ese sistema es el que concreta la significación de dicha atención en el nivel de la organización sectorial.

Para el caso de Europa se observa una heterogeneidad organizativa de la APS. Sin embargo, de manera general, en los países escandinavos Finlandia, Suecia, Dinamarca, Noruega e Islandia así como en Gran Bretaña en los cuales existe un modelo sanitario fuerte, caracterizado por el papel predominante del sector público, con una financiación basada en impuestos, y por un acceso y cobertura universales. Además, la sanidad es uno de los pilares indispensables y parte integral del estado del bienestar de estos países, la APS juega el rol de puerta de entrada: se organiza en equipos multidisciplinarios en los servicios de primer nivel de atención como ordenadores del sistema de salud con el objetivo de prestar una atención integrada y trabajan sobre la base de una población adscrita, lo que facilita la longitudinalidad de la atención. Además, el rol y la posición institucional de los servicios de primer nivel de atención dentro del sistema sanitario están claramente diferenciados de la atención especializada ambulatoria. (Forti S. 2009²⁰)

En Europa continental, a excepción de Holanda, se observan sistemas de seguro social (SSS) donde la atención en el primer nivel de atención es prestada por profesionales independientes, concertados con el sector público. Esa situación dificulta la atención longitudinal y debilita el papel de los médicos generales de los servicios de primer nivel de atención como coordinadores de otros niveles de atención. Por otro lado, la libertad de acceso directo a la atención especializada, vía competencia entre los médicos generales de primer nivel de atención y especialistas, parece contribuir a expandir la cartera de servicios prestada desde los servicios de primer nivel de atención, y por tanto la integralidad de la atención.

En la región latinoamericana, desde hace casi tres décadas, los sistemas de salud han experimentado reformas que han dado lugar a diferentes modelos con distintas fuentes de financiamiento; solo un sistema es totalmente público, el de Cuba. La mayoría de los sistemas de salud latinoamericanos enfrentan la segmentación y fragmentación, que dificultan el fortalecimiento de la APS y la cohesión social.

Una de las características de los servicio de primer nivel de atención es ser el primer contacto, es decir la puerta de entrada al sistema de salud; se define también por el tipo de profesional que provee el servicio. En la mayoría de los países de Europa es el médico general el que se asocia al primer nivel.

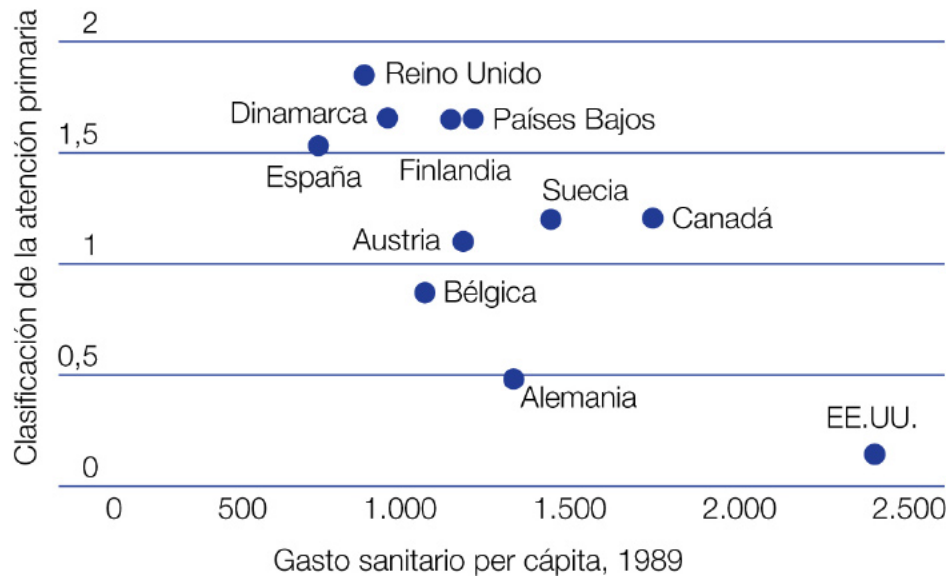
En general, países que alcanzan mejores niveles de salud tienen sistemas de salud orientados por la APS y muestran una distribución más equitativa de los recursos; tienen servicios de salud o de seguro provistos por el gobierno; tienen pocos o no tienen seguros de salud privados, y no tienen o son bajos los copagos de los servicios de salud.

¹⁹ Forti S. EUROsocial Salud. Programa Regional para la cohesión social en América Latina. España 9- 12 febrero 2009. Encontrado en: <http://eurosocialsalud.eu/files/docs/00420.pdf>.

²⁰ Forti S. EUROsocial Salud. Programa Regional para la cohesión social en América Latina. España 9- 12 febrero 2009. Encontrado en: <http://eurosocialsalud.eu/files/docs/00420.pdf>.

GRÁFICO 4

Relación entre la fuerza de la atención primaria y el gasto sanitario global



Elaborado por: Starfield, 2001

En los países en que los médicos generales tradicionalmente tienen la función de filtro para la atención especializada, habitualmente se adscribe la población a un equipo de atención del primer nivel o médico general y se utiliza una “lista de pacientes” o cupo, agrupados por familias y comunidades, que tienen un médico general de atención en el primer nivel.

En Latinoamérica en lo referente al desarrollo del primer nivel de atención como puerta de entrada, en Brasil, Chile, Costa Rica y Venezuela se trabaja con equipos multiprofesionales y se utilizan mecanismos de adscripción de la población. Los equipos se integran por el médico general y otros profesionales del área de salud y social; además, casi todos introdujeron un recurso humano para el enlace cultural, sea como traductor, intérprete o con liderazgo en la comunidad.

Los demás países latinoamericanos no tienen adscripción obligatoria de la población, excepto los seguros sociales que adscriben solo a la población asegurada, o los programas de atención materno-infantil, por ejemplo, donde se registra a los beneficiarios. La demanda es espontánea y algunos países presentan considerables porcentajes de población excluida de la atención a la salud debido a barreras de diferente índole.

Una ajustada definición de la población bajo responsabilidad por medio de la adscripción permite aumentar la efectividad y eficacia del sistema, así como mejorar los resultados en salud y la satisfacción tanto del usuario como del profesional. Todo ello se logra, por una parte, conformando un sistema en el que el equipo de profesionales de los centros se sienta responsable de la atención y de la promoción de la salud de una población determinada, es decir, de la atención integral de la población adscrita, y por otra parte, determinando la población de responsabilidad de los centros, unidades o equipos de profesionales del primer nivel y definiendo claramente los criterios sobre los que se organiza la población de responsabilidad en base a la realidad de la población existente, del sistema vigente y de las características particulares de los usuarios de los servicios.

La adscripción es un mecanismo que permite vincular a una población de responsabilidad con un servicio de salud y, de esta manera, conocer sus características, su demografía, género, edad, entre otros elementos que faciliten el objetivo de mejorar la calidad del servicio.

Asimismo, la adscripción permite disponer del conocimiento sobre la población beneficiaria de los servicios de salud y con ello llevar a cabo una ajustada planificación de la gestión de los servicios de salud sobre la base real de las características de la población de cobertura de los establecimientos de salud. De esta forma es fácil entender que las necesidades de salud que presenta una población con características propias (nivel socioeconómico, grupo poblacional, determinantes culturales, etc.) no son las mismas que las que puede presentar una población de tamaño similar pero con características distintas, en cuanto a las necesidades de profesionales de salud y servicios que demandará cada una de estas poblaciones.

En definitiva, la adscripción de la población facilita y permite determinar un equilibrio entre la población beneficiaria de los servicios y los recursos necesarios para llevar a cabo su atención de la forma más eficiente posible, es decir, entre la demanda de servicios de salud y la oferta.

La adscripción individual o colectiva a un médico, un equipo de profesionales y un establecimiento permite desarrollar la función de puerta de entrada (*gatekeeper*) al primer nivel de atención en salud para el acceso a los distintos niveles especializados, en aquellos sistemas con acceso universal a la atención y a la cobertura.

Estudios como los de Bárbara Starfield han demostrado que los países donde los médicos generales disponen de una lista de pacientes y son el punto de referencia para la consulta inicial de todo nuevo problema de salud, son más efectivos y eficientes que aquellos que permiten una libre circulación de pacientes dentro del sistema y un libre acceso a la atención especializada.²¹

Por lo tanto, la adscripción de una población a un establecimiento y un profesional del primer nivel de atención, es la primera condición necesaria para el desarrollo de una APS, tal como indican los distintos modelos de salud internacionales, latinoamericanos y europeos en su gran mayoría.

La adscripción es la razón básica para que un usuario o usuaria pueda utilizar los servicios necesarios en cada condición de salud, a fin de garantizar una atención integral y continua por servicios del primer nivel o especializados.

²¹ Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. Oxford University Press. Oxford. 1998 - See more at: http://www.foroaps.org/hitalba-pagina-articulo.php?cod_producto=662#sthash.KY6WCdbU.dpuf

5. HIPÓTESIS

El desconocimiento de la utilidad de la estrategia de adscripción poblacional para la organización de los servicios de salud del MSP en el Ecuador y el no contar con una planificación que garantice la sostenibilidad de la misma impidieron la realización de esta.

6. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL

Realizar un análisis de la problemática que no permitió institucionalizar la adscripción poblacional a los establecimientos del MSP, con el fin de que sirva como referencia para la toma de decisiones futuras en un proceso similar a nivel nacional o regional, y plantear cómo mejora el acceso de la población a los servicios de salud y se optimizan los recursos con la estrategia de adscripción.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar el conocimiento de los tomadores de decisiones del Ministerio de Salud Pública referentes al proceso de adscripción.
2. Conocer la percepción de los usuarios de los servicios de salud en relación a la adscripción poblacional, sus beneficios y el conocimiento de la organización de los servicios de salud.
3. Conocer desde la parte operativa las dificultades presentadas, así como las causas que no permitieron concluir con el proceso de adscripción poblacional a los servicios de salud del MSP.

7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación que aquí se presenta es de tipo descriptivo, ya que la modalidad del estudio es describir y explicar como es y la forma de cómo se manifiestan los fenómenos y sus componentes, es transversal, ya que se recolectan los datos en un solo momento en el tiempo, con el propósito de describir variables, dimensión e indicadores, analizando los datos que se registran en tiempo pasado.

Se realizó un estudio descriptivo, el cual busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis además permite medir y evaluar diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. En un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga. (Hernández S.²²)

Se desarrolló la investigación con enfoque cuantitativo y cualitativo; el enfoque cuantitativo usa la recolección de datos para obtener hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías, mientras que el enfoque cualitativo es una metodología que intenta acercarse al conocimiento de la realidad social a través de la observación de los hechos o el estudio de los discursos. Su objetivo no es centrarse únicamente en el acto de conocer sino que el centro de interés se desplaza con esta metodología a las formas de intervenir. (Hernández S.²³)

El estudio que se utilizó fue de tipo observacional, el cual basa su quehacer en la observación de eventos sin mayor participación en cuanto a la forma, cantidad y oportunidad en que las personas se relacionan o exponen a estos factores. El investigador que utiliza un enfoque observacional toma cuidadosa nota de lo que ocurre, sin intervenir de modo alguno en la decisión de los sujetos respecto de su exposición a factores determinados.

INSTRUCCIONES OPERATIVAS

A continuación se describen los elementos que se consideraron, para esta investigación así como los indicadores, técnica y fuente que se presentan en la investigación:

ACTORES	ELEMENTO	INDICADOR	FUENTE	TECNICA	INSTRUMENTO
Autoridades del MSP	Conocimiento conceptual de la adscripción y su uso	Conocimiento del tema	Autoridades del MSP (viceministros, subsecretario de provisión de servicios y de gobernanza de la salud, directores nacionales de: Primer nivel de atención, calidad de atención,	Entrevista	Guía semi-estructurada

²² Hernandez Sampieri R., Fernandez Collado C., Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. México: Editorial Mc Graw Hil (1998).

²³ Hernandez Sampieri R., Fernandez Collado C., Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. México: Editorial Mc Graw Hil (1998).

			hospitales, articulación de la red)		
Direcciones Provinciales de Salud del MSP	Evaluación del proceso de adscripción	Evaluación del proceso de adscripción	Responsables de las Direcciones Provinciales de Salud del MSP respecto de la estrategia de adscripción	Encuesta /Revisión documental	Cuestionario / revisión de evaluación del proceso
Usuarios de los establecimientos de salud del MSP	Conocimiento de la organización de los servicios de salud, estrategia de adscripción poblacional, beneficios y aceptación de la misma	Conocimiento del tema y aceptación	Usuarios de los establecimientos de salud del MSP	Encuesta/ Grupo focal	Cuestionario/ Guía semi-estructurada

Para el estudio cualitativo se realizaron entrevistas a informantes claves de nivel directivo (4) dentro de la estructura orgánica del nivel central del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, que estuvieron directamente relacionados con el proceso de adscripción poblacional.

Se realizó una entrevista individual la cual se refiere a un diálogo conversacional entre dos personas, entrevistador y entrevistado. Es una herramienta sencilla y fácil de usar, es confidencial y permite lograr una profundidad mayor en las preguntas. y semi estructurada, en la cual si bien hay una guía para las preguntas, las respuestas son libres, y su ventaja radica en que permiten obtener información complementaria, para lo cual se desarrolló una guía, que fue aplicada a personas que estaban relacionadas con el proceso de adscripción o conocían los objetivos de la misma y se comprometieron a proporcionar información para este estudio, para lo cual se acordó mantener el anonimato y la confidencialidad de la información. La entrevista es utilizada con el fin de recoger información sobre los acontecimientos de los cuales el entrevistado fue testigo directo. (Grawitz, 1984). La temática utilizada está relacionada con la planificación y el desarrollo de la adscripción.

El tiempo de aplicación de la entrevista de manera individual fue en promedio de 30 minutos, y el tiempo transcurrido para la aplicación de la misma a todas las personas que facilitaron el espacio fue de 3 meses.

La actitud de los entrevistados en general fue positiva para el desarrollo de la entrevista, sin embargo en algunas preguntas que fueron sensibles para ellos se generó una reacción incómoda, que se ve expresada en las contestaciones.

Las respuestas de las preguntas fueron recogidas durante la entrevista y los resultados se sistematizaron en un documento; se entregó una copia al entrevistado solicitándole su confirmación de las respuestas y en ocasiones se realizaron algunas correcciones de estas.

Para el análisis de las respuestas se empleó el libro *Lectura y Producción de Mensajes (1)- Análisis y Producción de Mensajes Radiofónicos* de Daniel Prieto Castillo y Rosario Amable, con el fin de realizar una interpretación del discurso utilizado por los diferentes actores entrevistados y visualizar la corresponsabilidad, la percepción y evaluación de las autoridades y rescatar la memoria del proceso.

Se hizo un análisis de los elementos fundamentales del discurso de las personas entrevistadas, con el fin de conocer la intencionalidad de sus expresiones.

Como parte de los elementos del discurso se identificaron las ideas núcleo, que se refieren al o los temas de un discurso y lo que de el o ellos se dice fundamentalmente, con la finalidad de identificar las implicaciones de lo que se está diciendo.

Otro aspecto que se consideró es el "grado de referencialidad", que se relaciona con la predicación del sujeto en torno del discurso, la misma que puede ser alta, baja o distorsionante. Se habla de alta referencialidad cuando el discurso se acerca lo más posible a las características del sujeto fuera del discurso. La baja referencialidad ofrece apenas algunas de esas características y la distorsionante habla de características que no corresponden al sujeto fuera del discurso.

Se realizó un análisis ideológico del discurso emitido por los entrevistados, que, como todo mensaje es una versión y toda versión implica un punto de vista, una perspectiva, y como todo punto de vista significa la enfatización de tales predicados en detrimento de otros, de tales modos de vida en preferencia de otros, de tales relaciones sociales y modos de resolver la vida diaria, en definitiva, de una compleja trama de aceptaciones y oposiciones y rechazos, de esquemas positivos y negativos, de posiciones y oposiciones; no hay mensaje que no posea un carácter ideológico.

Cuando se hace referencia al análisis ideológico del discurso es necesario identificar la uniacentualidad significativa, la cual por medio de redundancias y enfatizaciones busca dejar en el perceptor una y solo una interpretación de determinado tema. La uniacentualidad se logra también por el todo expresado, el cual hace referencia a que el mensaje se cierra sobre sí mismo; dice y redice para que el perceptor no tenga que buscar otra información, otro tipo de versión.

Otro recurso que se utiliza para enfatizar el discurso es la inferencia inmediata, que es un recurso muy cercano siempre al estereotipo, al intento de juzgar algo complejo de una manera simple, es una reducción, en definitiva.

También se realizó la técnica de grupo focal, que se enmarca dentro de la investigación sociocualitativa, entendiéndola a esta como un proceso de producción de significados que apunta a la indagación e interpretación de sentido común de un grupo. Esta técnica cualitativa de recolección de información se desarrolló mediante una entrevista colectiva y semiestructurada, realizada a un grupo homogéneo de usuarios de los servicios de salud.

El propósito de realizar un grupo focal fue conocer la percepción de las/los usuarios de los servicios de salud en relación a la adscripción poblacional, sus beneficios y el conocimiento de la organización de los servicios de salud, para triangular esta información con las encuestas realizadas a usuarios de los servicios.

Para la conformación del grupo focal se escogió a 10 personas, procurando que sea un grupo homogéneo; se seleccionó a personas mayores de edad, usuarios de los servicios de salud por más de dos años y residentes en el cantón (Santo Domingo de los Tsáchilas). Los participantes fueron seleccionados específicamente porque tenían

La experiencia en común de ser usuarios frecuentes de los servicios médicos en el Centro de Salud de Los Rosales.

El investigador de este tema fue moderador del grupo focal designado por tener dominio en el tema y estar en capacidad de generar controversia en las respuestas de los entrevistados. Para el desarrollo de esta técnica se utilizó una guía previamente diseñada, que permitió realizar las preguntas adecuadas a las/los participantes del grupo focal.

En cuanto a la selección del sitio de la reunión, se procuró dentro de las posibilidades del centro de salud, un lugar privado con acceso solo para las/los participantes y el equipo de investigadores, con ventilación suficiente, buena iluminación, cómodo y aislado de ruidos. En el lugar se distribuyó a los usuarios colocando las sillas en forma de "U" con el moderador en el centro para garantizar la participación de todos.

Para la logística del evento se contó con la colaboración del equipo de la Dirección Distrital y del Centro de Salud, cuyos integrantes se encargaron de reclutar a la gente, organizaron el evento y finalmente ofrecieron bebidas y alimentos como agradecimiento por su participación. Se extendió la invitación para participar en este grupo focal a los usuarios de la unidad de salud con 30 días de anticipación.

A fin de recolectar la información y no interrumpir la dinámica del grupo se utilizó una filmadora y con el apoyo de una colega se realizaron algunos apuntes. El video y las notas tomadas durante el evento sirvieron para hacer un análisis sistemático de las conversaciones e interacciones de los participantes. La información se clasificó utilizando las siguientes temáticas:

1. Conocimiento sobre la "adscripción" en los establecimientos de salud del MSP.
2. Beneficios de las personas adscritas a los centros de salud.
3. Organización de los servicios de salud.

Los resultados de la investigación se presentan en este trabajo y se utilizan las citas directas de los participantes como evidencia.

La participación del grupo focal se planificó para aproximadamente 2 horas, de las cuales se utilizaron 90 minutos para la discusión de las respuestas dadas y el resto del tiempo sirvió para conocer a los integrantes y la motivación de su participación.

Para el estudio cuantitativo se realizó una encuesta dirigida al personal técnico que está dentro de la estructura de las Direcciones Provinciales, cuyos integrantes fueron responsables del proceso de adscripción en los niveles desconcentrados del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Esta encuesta tuvo la finalidad de conocer desde las Direcciones Provinciales las dificultades presentadas, así como las causas que no permitieron concluir con el proceso de adscripción poblacional a los servicios de salud del MSP.

Las 24 personas a las que se aplicó esta encuesta corresponden al total del universo de los responsables de realizar el proceso de adscripción en las Direcciones Provinciales de Salud; se pretendió a través de este medio diseñar instrumentos que permitan explorar su percepción frente al proceso de adscripción.

El cuestionario de la encuesta se desarrolló con el objetivo de captar la información y conocimiento de los responsables del proceso de adscripción en las provincias en referencia a las siguientes categorías:

- Condiciones para el proceso de adscripción en las áreas de salud.
- Lugares utilizados para realizar la adscripción.
- Capacitación del personal que realizó la adscripción.
- Quiénes apoyaron a realizar la adscripción.
- Principales problemas identificados en el proceso.

Las preguntas que se definieron fueron cerradas y abiertas, se utilizó un lenguaje claro, sencillo y directo. Las preguntas se interrelacionaron, lo que permitió realizar un análisis más profundo de la problemática.

Para determinar la población a la que se aplicó la encuesta se realizó un muestreo por cuotas, para lo cual primero se calculó el tamaño de la muestra con un intervalo de confianza del 95% con un margen de error del 5%, y así se determinó un total de 384 personas a ser encuestadas.

Se pretendía tener una muestra representativa de la población ecuatoriana, y se realizó la encuesta con 30 entrevistadores a quienes se les asignó un número de entrevistas a personas que reunieran ciertas características predeterminadas, es decir: usuarios de los servicios de salud, entre 20 y 50 años de edad y que residieran cerca a la unidad de salud en la que se aplicó la encuesta.

Las unidades sanitarias seleccionadas correspondieron a seis áreas de salud de la Sierra, Costa y Amazonía.

A fin de comprobar que la encuesta se podía aplicar, se seleccionó un grupo de 10 personas que representaron diferentes sectores sociales como muestra inicial y se aplicó la entrevista con el cuestionario inicial para validar las preguntas y su contenido.

Una vez aplicada la encuesta se realizó el análisis estadístico, para conocer la posición que los encuestados respecto a la adscripción, en las siguientes categorías:

- Qué se entiende por adscripción.
- Razones por las que los usuarios debieran adscribirse.
- Beneficios de la adscripción.
- Aceptación de la población a la adscripción.
- Alternativas para mejorar los servicios y garantizar atención en ellos.
- Conocimiento de la organización de los servicios.

Se seleccionaron 6 provincias considerando la representatividad de la costa, sierra y Amazonía así como la inclusión de áreas urbanas y rurales. El nivel de respuesta de la población fue muy alto, de las personas posibles de entrevistar el 100% participaron en el estudio. En el siguiente cuadro aparece el desglose de la muestra de personas y cuántos participaron por provincias:

Muestra planificada y muestra real de encuestas de adscripción por provincias

PROVINCIA	PERSONA PLANIFICADA	PERSONA ENTREVISTADA	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN
Esmeraldas	60	60	100
Morona Santiago	60	60	100
Pichincha	74	74	100
Santo Domingo de los Tsáchilas	60	60	100

Sucumbíos	60	60	100
Tungurahua	70	70	100
Total	384	384	100

Fuente: Encuesta de usuarios de servicios de salud sobre adscripción, 2013.

Elaboración: Andrés Sotomayor.

Para el procesamiento de los datos generados por la encuesta a usuarios y usuarias de servicios de salud sobre adscripción se utilizaron herramientas principalmente de dos softwares *Exel 2007* y *Epi Info 7*.

8. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CONOCIMIENTO CONCEPTUAL DE LA ADSCRIPCIÓN Y SU USO

Para abordar este tema se realizó una entrevista a informantes claves del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, de nivel político, tomadores de decisiones y personal técnico que estuvieron directamente relacionados con el proceso de adscripción poblacional. Se consultó a las autoridades sobre la planificación y ejecución de la estrategia de adscripción poblacional en los establecimientos de salud de primer nivel de atención del MSP, quienes manifestaron lo que a continuación se expone en varias temáticas relacionadas.

1. Plan de acción o proyecto para la adscripción

La pregunta que se realizó fue: ¿Conoce usted si existió un plan de acción o proyecto para la adscripción poblacional?

(1) "Sí, se creó un plan de intervención para iniciar el proceso como estrategia de fortalecimiento del primer nivel, y el equipo responsable fue el de la Dirección Nacional de primer nivel; sin embargo, no se consideró a la familia para este proceso y se realizó la adscripción individual."

(2) "Sí, el Ministerio de Salud definió un plan de adscripción poblacional."

(3) "En octubre de 2011 las autoridades del MSP aprobaron la estrategia de adscripción poblacional a los servicios de salud, la misma que se financió a través del Proyecto de Extensión a la Protección Social en Salud."

(4) "Sí, se creó la estrategia de adscripción a los establecimientos de salud de primer nivel."

La idea núcleo en este acápite es que se realizó la planificación para el proceso de adscripción poblacional a los servicios de salud del MSP, con un grado de baja referencialidad, con un discurso común del todo expresado en las respuestas de las autoridades entrevistadas.

2. Asignación de recursos a las Direcciones Provinciales de Salud para la contratación de personal en las áreas de salud.

La pregunta que se formuló fue: ¿Cómo se realizó la asignación de recursos a las Direcciones Provinciales de Salud para la contratación de personal en las áreas de salud, para la ejecución de la estrategia de adscripción poblacional a los establecimientos de salud de primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública?

(1) "Se estandarizó en 2 personas por cada área de salud para que apoyen en la adscripción de la población; la poca planificación de los recursos generó la incapacidad de cumplir con la meta desde el inicio."

(2) "No estoy al tanto si se definió un estudio previo, sin embargo se asignaron los recursos de manera equitativa."

(3) "La asignación de los recursos para la contratación del talento humano que apoyaría la implementación de la estrategia de adscripción poblacional se la realizó mediante una estimación del número de datos que ingresaría cada área de salud, para lo cual se definió un estándar de dos personas financiadas desde la planta central del

MSP, más las que cada área de salud en función de sus particularidades consideraba necesario."

(4) "No conozco la planificación que se utilizó para implementar la estrategia de adscripción."

La idea núcleo de este tema es que se realizó la estandarización de dos técnicos para la adscripción por área de salud para efectuar la adscripción, con un grado de baja referencialidad y con un discurso que destaca inferencia inmediata en el entrevistado, casos (1) y (2)

3. Asignación de presupuesto para la ejecución de la estrategia de adscripción poblacional.

La pregunta que se hizo fue: ¿Conoce usted cómo se realizó el cálculo del presupuesto para la ejecución de la estrategia de adscripción?

(1) "Se calculó el total de áreas por la provincia y se asignó el presupuesto para dos personas por área de salud."

(2) "La asignación de los recursos la realizamos de manera planificada a cada una de las provincias, lo que garantizó la distribución equitativa y organizada para talento humano; para los gastos adicionales las áreas de salud gestionaron los recursos con las Direcciones Provinciales."

(3) "Para la asignación del presupuesto para la contratación de personal de apoyo, realizamos una planificación para cubrir el año 2011, y al iniciar el año 2012 se realizó un análisis del cumplimiento de las metas y como conclusión y para garantizar la adscripción se proyectó inicialmente la contratación por tres meses más al talento humano y posteriormente por tres más con la finalidad de incluir definitivamente a este personal a las áreas de salud como personal administrativo, garantizando la dotación de recursos necesarios. El resto de recursos, para movilización y campañas de difusión y recursos tecnológicos y de conectividad, lo asumió cada área de salud."

(4) "Tengo entendido que se asignó desde el MSP recursos a las provincias para la contratación de equipos para la adscripción."

La idea núcleo de esta temática es la asignación de recursos a las áreas de salud para la contratación de talento humano y otros gastos relacionados con la adscripción, con un grado alto de referencialidad y con uniacentralidad significativa, sobre todo en los entrevistados (2) y (3).

4. Contratación del personal para el proceso de adscripción.

La pregunta que se realizó fue: ¿Considera que la contratación del personal apoyó para el proceso de adscripción?

(1) "Sí, sin embargo no fue suficiente; si hubieran hecho un cálculo considerando diferentes variables, como acceso a los servicios, se pudiera haber hecho una mejor planificación."

(2) "Sí, se evidenció un apoyo importante para las áreas de salud porque ellas cuentan con un recurso humano limitado."

(3) "Sí, la contratación apoyó a la estrategia de adscripción, porque se garantizaron los recursos mínimos para realizar el proceso al mismo tiempo en todo el país."

(4) "La contratación del personal apoyó a las provincias para organizar e implementar esta estrategia de una manera más ordenada y en el corto plazo."

La idea núcleo de esta temática es la contratación del talento humano para garantizar el proceso de la adscripción, con un grado de baja referencialidad y un discurso de inferencia inmediata por parte del entrevistado (1) y unacentualidad significativa en los entrevistados (2) y (3).

5. Plan comunicacional para el proceso de adscripción.

La pregunta que se realizó fue: ¿ Conoce usted si existió un plan comunicacional para la difusión del proceso de adscripción?

(1) "Revisamos algunas propuestas, sin embargo no se difundió ninguna por falta de precisión en el contenido de las mismas."

(2) "Sí trabajamos en un plan comunicacional con la intención de difundir el proceso de adscripción, sin embargo no se aprobó desde instancias superiores del Ministerio de Salud Pública por falta de claridad en los contenidos."

(3) "Sí, desde el inicio de la implementación de la estrategia, tanto las autoridades provinciales como el equipo que trabajamos en este proceso solicitamos un plan comunicacional. Trabajamos en conjunto con las autoridades del MSP varios *spots* publicitarios para incentivar y comunicar a la población sobre la adscripción poblacional."

(4) "No conozco si existió un plan comunicacional."

La idea núcleo de esta temática es la difusión de la adscripción a través de un plan comunicacional, con un grado de alta referencialidad con un discurso con unacentualidad significativa en los entrevistados (1) y (2).

6. Difusión del plan comunicacional para la adscripción.

La pregunta que se realizó fue: ¿Cuál o cuáles considera usted que fueron las razones por las que no se difundió el plan comunicacional de la adscripción?

(1) "El plan comunicacional no fue aprobado por las autoridades, como autoridad competente no aprobé personalmente el plan por no tener todos los elementos para garantizar el proceso de adscripción."

(2) "No se aprobó el plan comunicacional por no contar con todos los recursos por parte del MSP para garantizar la adscripción."

(3) "Los procesos burocráticos propios de las instituciones públicas generaron retraso en el lanzamiento de la publicidad de la adscripción y a su vez la falta de decisión de nuestras autoridades en la aprobación del material generado. Sin embargo, en muchas provincias se crearon *spots* publicitarios y material impreso y se lo difundió a la población."

(4) "No conozco."

La idea núcleo de esta temática es la difusión del plan comunicacional, con un grado de alta referencialidad con un discurso del todo expresado en los entrevistados (1), (2) y (3).

7. Responsables de realizar el seguimiento y monitoreo de la adscripción.

La pregunta que se realizó fue: ¿Quién o quiénes fueron los responsables de realizar el seguimiento y monitoreo de la adscripción?

- (1) "El equipo técnico de la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención."
- (2) "La Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención y el equipo de informática del Ministerio de Salud Pública."
- (3) "Dentro de la dirección técnica de la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención se creó un equipo responsable del seguimiento y monitoreo de la adscripción, sin embargo las autoridades también realizábamos un seguimiento permanente y acompañamiento incluso en el territorio cuando detectábamos dificultades puntuales en el proceso o cumplimiento de metas."
- (4) "La implementación de esta estrategia estaba bajo la responsabilidad del Viceministerio de Atención Integral de Salud, a través de la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención."

La idea núcleo es la definición de los responsables de la adscripción, con un grado de alta referencialidad por parte del entrevistado (3), con un discurso del todo expresado.

8. Mecanismos de soporte técnico y línea de ayuda para la adscripción.

La pregunta que se realizó fue: ¿Conoce usted si se definió alguna línea de ayuda para dar soporte en la resolución de problemas para el proceso de adscripción en el nivel central?

- (1) "Sí se definió un equipo técnico de la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención y de la Dirección de Informática."
- (2) "No estoy segura si existió una línea dedicada a brindar soporte y ayuda, sin embargo, todas las inquietudes que se realizaban a esta subsecretaría fueron canalizadas a la Dirección de Primer Nivel para responder adecuadamente, al ser el equipo de esa dirección el responsable del proceso."
- (3) "Sí, a los directores provinciales se les comunicó que un técnico de la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención era responsable en el apoyo para la implementación de la estrategia, así como el acompañamiento permanente con el fin de solucionar los inconvenientes presentados en cada provincia que no permitieran el cumplimiento de metas."
- (4) "No estoy al tanto."

La idea núcleo se refiere a la línea de ayuda y soporte técnico para la adscripción, con un grado de baja referencialidad.

9. Experiencia del personal encargado de la adscripción a nivel nacional.

La pregunta que se realizó fue: ¿Conoce usted si el personal encargado de brindar soporte a nivel nacional tuvo experiencia previa con un proceso similar y/o domina el tema para satisfacer dudas o inquietudes de los responsables de la adscripción a nivel provincial o local?

(1) "Considero que no tenían suficiente experiencia, razón por la cual no se realizó una investigación previa para generar una estrategia para garantizar la adscripción y por tal razón no se cumplió el objetivo."

(2) "Conozco que venían trabajando con este tema desde hace varios meses, y las estrategias adoptadas por el equipo se tomaron considerando experiencias positivas de otros lugares y eso les permitió tomar medidas al equipo para superar las dificultades presentadas en el proceso."

(3) "El personal que nos acompañó trabajó con la experiencia de registro de beneficiarios del programa del "AUS", además de CNT fueron designados funcionarios que habían realizado procesos similares en España, esta experiencia nos permitió trabajar de una manera organizada."

(4) "No conozco a profundidad la capacidad o experiencia del equipo que desarrolló la estrategia."

La idea núcleo es la experiencia sobre la adscripción, con un grado de baja referencialidad y con un discurso de inferencia inmediata por parte del entrevistado (1) y uniacentualidad significativa en los entrevistados (2) y (3).

10. Herramienta para el proceso de adscripción a los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública.

La pregunta que se realizó fue: ¿Conoce usted qué herramienta se definió para llevar a cabo el proceso de adscripción de la población a los establecimientos de salud de primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública?

(1) "Una herramienta informática desarrollada por la Dirección Nacional de Informática, para registrar a la población."

(2) "La herramienta generada para este fin se desarrolló en el MSP."

(3) "Se desarrolló una herramienta preliminar que se incorporaría o se adaptaría a la Historia Clínica Única, la misma que contiene los datos de filiación que constan en la cédula de identidad y dirección domiciliaria, atada a las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública más cercanas al lugar de domicilio."

(4) "Una herramienta informática que tomaba los datos de la cédula de identidad."

La idea núcleo de esta temática es la creación de una herramienta para la adscripción, con un grado de baja referencialidad.

11. Uso de la herramienta para la adscripción de los usuarios a los establecimientos de salud de primer nivel de atención.

La pregunta que se realizó fue: ¿Conoce usted para qué sirve la herramienta de adscripción de los usuarios a los establecimientos de salud de primer nivel de atención?

(1) "Para registrar los datos de la cédula de identidad y dirección domiciliaria."

(2) "Para registrar a los usuarios de los servicios de salud según lugar de residencia."

(3) "Para asignar un único establecimiento de salud a los usuarios, cercano al lugar de domicilio, y tener un registro real y actualizado del número de usuarios de los establecimientos de salud."

(4) "Para asignar una unidad de salud de primer nivel de atención a una población geográficamente ubicada."

La idea núcleo es el uso de la herramienta para la adscripción, con un grado de baja referencialidad y un discurso de uniacentualidad significativa en los entrevistados (1), (2) y (3).

12. Inconvenientes presentados con la herramienta de adscripción poblacional.

La pregunta que se realizó fue: ¿Conoce usted si existieron problemas con la herramienta para la adscripción poblacional? ¿Cuáles son?

(1) "Esta herramienta, al no registrar a las familias sino solo a los usuarios de manera individual, no era la más adecuada para este proceso, toda vez que no iba a servir a futuro."

(2) "No se me informó si presentó algún problema la herramienta."

(3) "Al ser una herramienta provisional no permitió realizar correcciones de formato en el corto tiempo, se saturaba la capacidad de almacenar datos al estar interconectada a nivel país."

(4) "Existió un malentendido por parte del equipo técnico de la adscripción sobre las directrices emitidas por las autoridades del gobierno para registrar a los usuarios."

La idea núcleo es la dificultad de la adscripción, con un grado de baja referencialidad y un discurso de inferencia inmediata por parte de los entrevistados (1) y (3).

13. Dificultades presentadas con la estrategia de adscripción poblacional a los establecimientos de salud.

La pregunta que se realizó fue: ¿Qué problemas adicionales en referencia a la adscripción podría usted indicar?

(1) "Primero se definió realizar la adscripción individual, y no se consideró a la familia como núcleo para la planificación territorial. Como requisito para la adscripción se solicitó la cédula de identidad, sin embargo se definió por parte de las autoridades de la presidencia que este requisito no se mantenga, lo que generó información no útil por no ser validada en la cédula de identidad, esto ocasionó que se perdiera la objetividad de la estrategia de adscripción y su fracaso."

(2) "El principal problema que presentó el proceso de adscripción estuvo relacionado con la solicitud de las autoridades de no requerir cédula de identidad para registrar a los usuarios de la adscripción.. Otra dificultad es que la herramienta no se articulaba o realizaba un "*match*" con otras instituciones públicas de salud."

(3) "Creo que el problema principal fue el que las autoridades del Ministerio de Salud Pública y del gobierno central no tenían clara la importancia de contar con un registro actualizado y real de los usuarios por cada una de las unidades de salud."

Por otra parte, al tener inconformidad de la gente por no poder acceder a los servicios porque no todos los funcionarios de los establecimientos de salud entendieron que la

cédula de identidad era obligatoria para el registro pero no para la atención, esto generó malestar en algunos ciudadanos, que se quejaron con autoridades del gobierno central, quienes dispusieron, sin derecho a explicar las razones de las quejas, la suspensión del requisito de presentar la cédula de ciudadanía para adscribir a la población, lo que nos generó mucha información duplicada, no correcta, generando conflicto al momento de querer usar esta información.

Además [sucedió] que las nuevas autoridades del Ministerio de Salud cuestionaron mucho el trabajo que venía realizando el equipo y dispusieron suspender el proceso de adscripción hasta revisar y ajustar a las fichas del Registro Social que realizaba por otra parte el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social."

(4) "Falta de continuidad de la estrategia de la adscripción, por trabas generadas por ciertas autoridades y técnicos con poca claridad en la importancia del proceso de adscripción.

Falta de compromiso del equipo técnico para concluir con el proceso de adscripción."

La idea núcleo en este tema es la problemática que generaron las autoridades en la adscripción, con un grado de baja referencialidad y un discurso de inferencia inmediata por parte de los entrevistados.

IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE ADSCRIPCIÓN

Se realizó una evaluación de la estrategia de adscripción de la población a los establecimientos de salud del primer nivel de atención del MSP, mediante encuestas efectuadas a los responsables de las Direcciones Provinciales de Salud del MSP sobre la implementación de la estrategia en el territorio, en la que se abordaron los siguientes temas:

Condiciones para el proceso de adscripción en las áreas de salud del MSP.

Con el fin de garantizar la contratación de personal para el registro de los usuarios adscritos al sistema, se asignaron recursos a cada área de salud del país para contratar a 2 personas por área de salud.

Como se puede observar en la Tabla 1, se crearon diferentes puntos de adscripción por cada área de salud en función del acceso geográfico de cada una y la gestión realizada por los jefes de las áreas de salud para crear condiciones y aumentar los puntos de adscripción con el fin de conseguir la meta planteada.

Al ser los centros de salud los establecimientos a donde los usuarios acuden mayoritariamente para el control de las personas o en busca de tratamiento ante una condición de salud, se definieron como puntos para la adscripción en la mayoría de los casos.

TABLA 1

Sitios de adscripción en las áreas de salud				
Temática	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
¿Cuántos puntos de adscripción se crearon por área de salud?	2	11	45,83%	45,83%
	3	8	33,33%	79,17%
	4	4	16,67%	95,83%
	6	1	4,17%	100,00%
¿Los Centros de Salud fueron puntos de adscripción?	NO	11	45,83%	45,83%
	SÍ	13	54,17%	100,00%
¿Se crearon puntos de adscripción adicionales a las unidades de salud?	NO	2	8,33%	8,33%
	SÍ	22	91,67%	100,00%
¿En qué lugares adicionales se realizó la adscripción?	Escuelas	7	31,82%	31,82%
	Instituciones públicas	3	13,64%	45,45%
	Mercados o plazas	12	54,55%	100,00%

Fuente: Encuesta Provincial a responsables de adscripción 2013.
Elaboración: Andrés Sotomayor.

Con el fin de alcanzar la meta de adscripción se crearon otros puntos adicionales a los establecimientos de salud, que estuvieron ubicados en plazas, mercados, ferias, etc. Se articuló además con otras instituciones públicas, educativas, agentes comunitarios y autoridades locales en casi todas las provincias del país.

Se realizó la asignación presupuestaria en todas las provincias para la contratación de dos personas por cada área de salud, con el fin de que garanticen la introducción de los datos en el sistema creado para la adscripción poblacional. En el 50% de las provincias se contrató más personal para ingresar los datos en el sistema con el fin de cumplir las metas establecidas .

TABLA 2

Se crearon condiciones para el proceso de adscripción.				
Temática	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
¿Se contó con recursos para contratación de personal para digitar?	SÍ	24	100,00%	100,00%
	TOTAL	24	100,00%	100,00%
¿Se consiguió llenar el cupo de personal para la adscripción?	SÍ	24	100,00%	100,00%
	TOTAL	24	100,00%	100,00%
¿Se contrató más personal para la adscripción?	NO	12	50,00%	50,00%
	SÍ	12	50,00%	100,00%
	TOTAL	24	100,00%	100,00%

Fuente: Encuesta provincial a responsables de adscripción, 2013.
Elaboración: Andrés Sotomayor.

Las áreas de salud con el objetivo de conseguir la meta planteada desarrollaron diferentes estrategias, una de estas se aprecia en la tabla 3, la misma que fue realizar la adscripción con otros actores, como ocurrió en el 66,67% de las provincias.

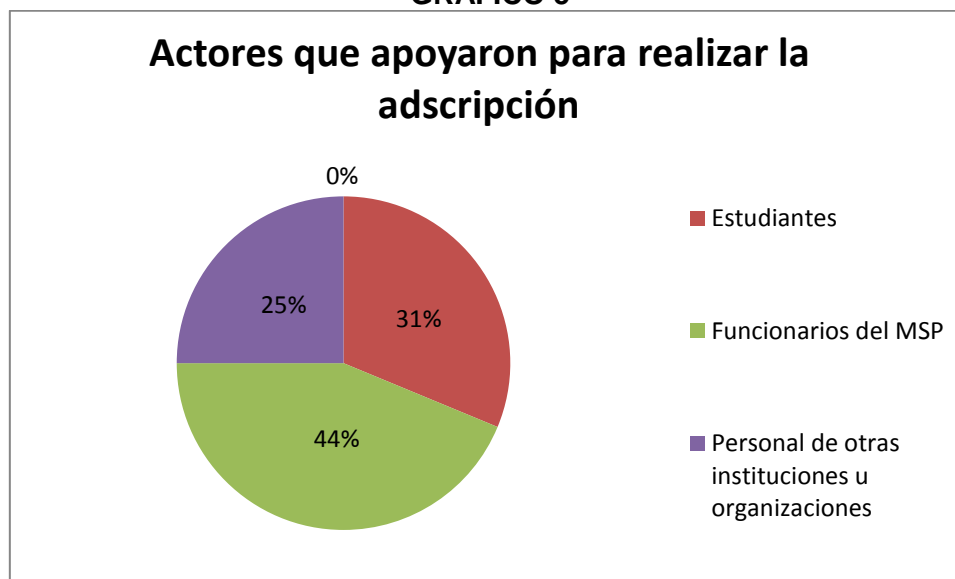
TABLA 3

Coordinación con otros actores para la adscripción				
Temática	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
¿Se realizó la adscripción con otros actores?	NO	8	33,33%	33,33%
	SÍ	16	66,67%	100,00%
	TOTAL	24	100,00%	100,00%

Fuente: Encuesta provincial a responsables de adscripción, 2013.
Elaboración: Andrés Sotomayor.

Como se aprecia en el gráfico 5, adicionalmente a la estrategia de contratar más personal para la adscripción, se la realizó con otros actores de las áreas de salud, como fueron los/las trabajadores sociales, el personal que realiza el agendamiento en los centros de salud e incluso los equipos de atención integral de salud, así como estudiantes de colegios y universidades y se trabajó también con personal de otras instituciones, principalmente funcionarios de los gobiernos autónomos descentralizados.

GRÁFICO 5



Fuente: Encuesta provincial a responsables de adscripción, 2013.
Elaboración: Andrés Sotomayor.

En la Tabla 4 se puede apreciar que en el 59 % de las provincias se asignaron recursos específicos para dotar de equipos informáticos a las personas responsables de la adscripción; y pese al no contar con recursos específicos para estos, el 82% de las provincias (22 en total) garantizaron equipos informáticos específicos para la adscripción.

TABLA 4

Todo el personal contratado para adscribir fue dotado de un equipo informático

		Se asignaron recursos para dotar de equipos informáticos para la adscripción			
		SI	NO		
NO	9	2	11		
	81,82 % 40,91 %	18,18 % 100,00 %	100,00 % 45,83 %		
SI	13	0	13		
	100,00 % 59,09 %	0,00 % 0,00 %	100,00 % 54,17 %		
		22	2	24	
		91,67 % 100,00 %	8,33 % 100,00 %	100,00 % 100,00 %	

Fuente: Encuesta Provincial a responsables de adscripción, 2013.
Elaboración: Andrés Sotomayor.

El Ministerio de Salud Pública implementó el "call center" o centro de llamadas, el cual es una oficina en donde se reciben llamadas para agendar citas médicas para los establecimientos de salud del primer nivel de atención, ofertado por la Empresa Nacional de Telecomunicaciones (CNT), y como consta en la tabla 5 se puede apreciar que en el 21% de las provincias utilizó este mecanismo como estrategia adicional para la adscripción poblacional, al momento que los usuarios solicitaban una cita médica.

TABLA 5

Recursos tecnológicos para adscripción				
Temática	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
¿El <i>call center</i> se utilizó para adscripción?	NO	19	79,17%	79,17%
	SÍ	5	20,83%	100,00%
	TOTAL	24	100,00%	100,00%

Fuente: Encuesta provincial a responsables de adscripción, 2013.
Elaboración: Andrés Sotomayor.

Para desarrollar la estrategia de adscripción poblacional se realizó un proceso de sensibilización de y capacitación desde el nivel central del MSP a los Directores Provinciales, Jefes de áreas de salud y Directores de hospitales, así como a los responsables de la estrategia de adscripción que la provincia definió, según los datos referidos por los responsables provinciales existió dificultad para realizar la réplica de la capacitación en el 42% de las provincias, como se aprecia en la Tabla 6. Nótese que la dificultad no superada en las provincias trajo como consecuencia que solo en el 58% de ellas se realice la capacitación y sensibilización.

TABLA 6

Existió dificultad en la capacitación

		Existió dificultad en la capacitación		
		NO	SI	
Se realizó capacitación y sensibilización al personal administrativo sobre adscripción	SI	8 80,00 % 80,00 %	2 20,00 % 14,29 %	10 100,00 % 41,67 %
	NO	2 14,29 % 20,00 %	12 85,71 % 85,71 %	14 100,00 % 58,33 %
		10 41,67 % 100,00 %	14 58,33 % 100,00 %	24 100,00 % 100,00 %

Fuente: Encuesta provincial a responsables de adscripción, 2013.
Elaboración: Andrés Sotomayor.

Las Direcciones Provinciales de Salud definieron un responsable del proceso de adscripción, de los el 66,67% fueron profesionales de salud y el 33,33% fueron ingenieros informáticos, según consta en la tabla 7.

TABLA 7

Personal para la adscripción				
Temática	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Responsable provincial de la adscripción	Ingeniero en sistemas	8	33,33%	33,33%
	Profesional de salud	16	66,67%	100,00%
	TOTAL	24	100,00%	100,00%

Fuente: Encuesta provincial a responsables de adscripción, 2013.
Elaboración: Andrés Sotomayor.

Capacitación al personal de las áreas de salud del MSP para implementar la estrategia de adscripción poblacional.

En lo referente a la capacitación del personal de las áreas de salud sobre el proceso de adscripción se puede observar en la tabla 8 que solo el 63% del personal capacitado entendió el objetivo de la adscripción y el 71% se motivó, el 75% del personal comprendió la metodología debido básicamente a que el proceso es sistémico y se puede aplicar en una institución como el Ministerio de Salud Pública, que, de acuerdo a la definición de Mintzberg, cuenta con una estructura burocrática profesional, la cual se apoya en la estandarización de conocimientos y habilidades, más que en procesos.

TABLA 8

Capacitación del personal para la adscripción				
Temática	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
¿Se entendió el objetivo?	NO	9	37,50%	37,50%
	SÍ	15	62,50%	100,00%
¿Se entendió la metodología?	NO	6	25,00%	25,00%
	SÍ	18	75,00%	100,00%
¿Se logró motivar al personal de salud?	NO	7	29,17%	29,17%
	SÍ	17	70,83%	100,00%

Fuente: Encuesta Provincial a responsables de adscripción, 2013.

Elaboración: Andrés Sotomayor.

En lo referente al proceso de adscripción, todas las provincias indicaron que el mismo estuvo normado, y en el transcurso de la implementación solo el 29% de las provincias garantizaron las condiciones logísticas necesarias en las Áreas y establecimientos de salud de para realizar la adscripción.(Tabla 9).

TABLA 9

Procedimiento de adscripción				
Temática	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
¿Estuvo normado el procedimiento para realizar el proceso de adscripción?	SÍ	24	100,00%	100,00%
¿Se garantizó todas las condiciones logísticas en el territorio?	NO	17	70,83%	70,83%
	SÍ	7	29,17%	100,00%
¿Se realizó pilotaje?	NO	24	100,00%	100,00%

Fuente: Encuesta provincial a responsables de adscripción, 2013.

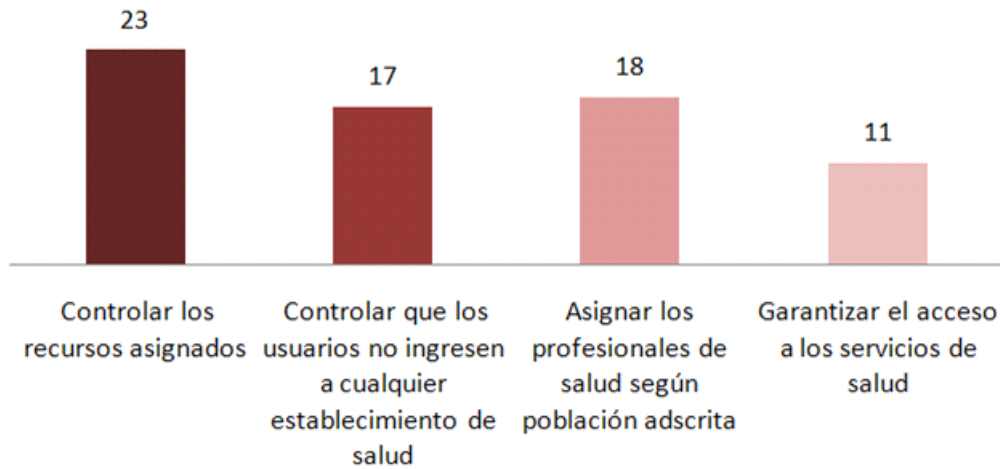
Elaboración: Andrés Sotomayor.

No se hizo pilotaje del proceso; se inició en una primera fase de un mes en dos provincias, Cañar y Azuay, y a un mes de iniciado el proceso se realizó en todo el país.

Según los responsables provinciales de la adscripción, al consultarles sobre la finalidad de la misma, la mayoría coincide en que es para el control de los recursos y la organización de los servicios al controlar el ingreso de los usuarios a estos, con una mirada desde el provisor de servicios de salud, y solo el 54% de los responsables de las provincias (11) consideraron que el proceso servía para garantizar el acceso a los servicios de salud, como se aprecia en el gráfico 6.

GRÁFICO 6

La finalidad de realizar la adscripción según los responsables provinciales



Fuente: Encuesta provincial a responsables de adscripción, 2013.
Elaboración: Andrés Sotomayor.

Se realizó la revisión de la evaluación del proceso de adscripción efectuado por la Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención del MSP, la misma que recoge lo siguiente:

En las directrices para la adscripción se solicitó que el “digitador” estuviera ubicado en las áreas de salud registrando en el Sistema de Adscripción del Primer Nivel (SAPN) a los usuarios que asistían a la unidad operativa, quedando supeditada su capacidad de registro a la demanda de la unidad de salud, y no todas las provincias implementaron estrategias para que los usuarios acudieran masivamente a adscribirse.

Se envió un manual con los requerimientos mínimos de conectividad y de equipos informáticos para tener un buen acceso al SAPN, pero debido al bajo equipamiento tecnológico con que cuentan muchas de las áreas de salud del país, se optó por asignar las computadoras con las que contaban, sin tomar en cuenta si estas cubrían los requerimientos indicados, obteniendo un sistema lento y con persistentes pérdidas del internet, lo que impedía a los digitadores subir con rapidez los datos de los usuarios.

Existió falta de motivación e interés del personal de salud de las unidades del Ministerio de Salud Pública, por no conocer los objetivos principales del proceso de adscripción, y el temor de perder sus empleos con este proceso.

Se realizó una socialización del proceso con las autoridades locales y se informó a la población con material generado por cada una de las provincias, sin unificar criterios.

Faltó capacitar al personal administrativo, con el fin de conseguir un apoyo al proceso por todo el personal

Principales problemas determinados en la evaluación del proceso de adscripción

- Falta de equipos informáticos en las áreas de salud para la adscripción.
- Herramienta informática (Sistema de Adscripción de Primer Nivel) lenta y con frecuentes pérdidas de conectividad.
- Falta de campañas de comunicación e información sobre la adscripción.
- Gran parte de la población sin cédula de identidad.
- La demanda de la población para obtener la cédula de identidad no fue atendida por rebasar la capacidad de respuesta del Registro Civil.
- Déficit de transporte para adscribir a la población dispersa en las zonas urbanas marginales y rurales.
- Dificultad para registrar datos en el proceso de adscripción en la población de la Sierra centro por barreras culturales.

En esta evaluación se observa que la idea núcleo recae sobre el personal del Ministerio de Salud responsable de la adscripción en los distintos niveles, con un grado de baja referencialidad desde los evaluadores y con un discurso de unacentualidad significativa centrada en los responsables de la adscripción, las autoridades locales.

CONOCIMIENTO DE LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD, ESTRATEGIA DE ADSCRIPCIÓN POBLACIONAL A LOS SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL MSP, BENEFICIOS Y ACEPTACIÓN DE LA MISMA.

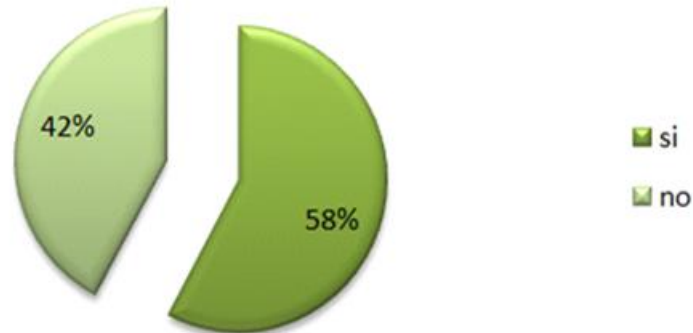
Para poder determinar el conocimiento de la organización de los servicios de salud y de la estrategia de adscripción poblacional a los de primer nivel de atención del MSP, así como de los beneficios y aceptación de la misma, se realizó un sondeo dirigido a los usuarios de los establecimientos del primer nivel de atención para lo cual se aplicaron 384 encuestas realizadas en 30 establecimientos de salud de dicho nivel, los mismos que fueron seleccionados de manera representativa, de las regiones Sierra, Costa y Amazonía, y la zona urbana de Quito.

Las encuestas abordaron los siguientes temas:

Se consultó a los usuarios de los establecimientos de salud sobre el conocimiento que tenían ellos de la estrategia de adscripción que realizó el Ministerio de Salud Pública en sus establecimientos de salud, para lo cual el 58% de los entrevistados respondió que sí conocía del proceso.(Gráfico 7)

GRÁFICO 7

¿Conoce usted sobre la adscripción a los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública?

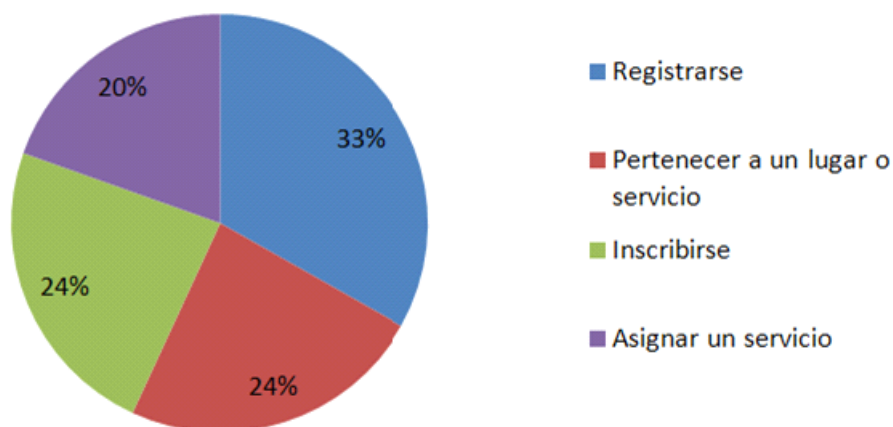


Fuente: Encuesta a usuarios de servicios de salud sobre adscripción, 2013.
Elaboración: Andrés Sotomayor.

Al consultar a las/los usuarios de los servicios de salud sobre lo que entienden por adscripción, se puede observar en el gráfico 4 que la mayoría de los ellos la relacionan con un sentido de registro, pertenencia o inscripción a un servicio de salud, sin embargo hay un 20% de la población que relaciona que la adscripción con asignar a un servicio a la persona que se adscribe.

GRÁFICO 8

¿Qué entiende usted por adscripción?



Fuente: Encuesta a usuarios de servicios de salud sobre adscripción, 2013.
Elaboración: Andrés Sotomayor.

El 57% de usuarios de los servicios de salud encuestados están adscritos a un centro de salud del MSP. Al abordar la razón por la cual se adscribieron, el 60% de usuarios lo hicieron porque ese es un requisito para recibir atención y el 40% restante porque no cuenta con ningún tipo de seguro de salud público o privado. (Tabla 10)

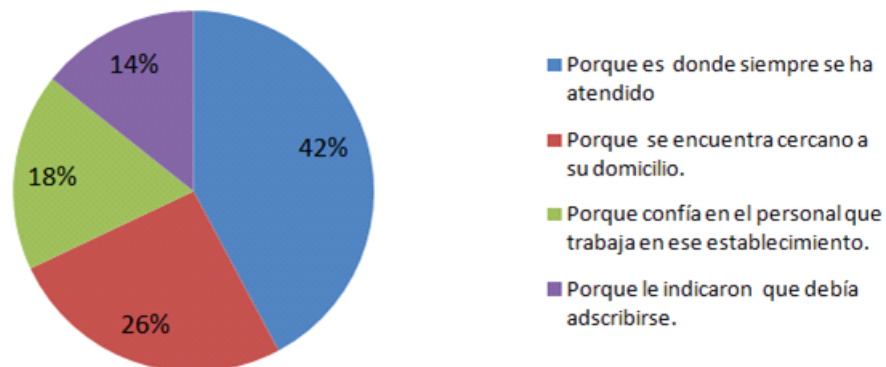
TABLA 10
Razones por las que se adscribió a un centro de salud

¿Por qué se adscribió usted?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Porque es un requisito para recibir la atención	133	63,94%	63,94%
Porque no tiene ningún tipo de seguro en salud	75	36,06%	100,00%
TOTAL	208	100,00%	100,00%

Fuente: Encuesta usuarios de los servicios, 2013.
Elaboración: Andrés Sotomayor.

Al preguntar a la población sobre cuáles fueron las razones por las que se adscribieron a los centros de salud, los usuarios según consta en el gráfico 9, refieren que principalmente por ser el lugar habitual de atención y cercanía a su domicilio, sin embargo existe un pequeño grupo de usuarios que refiere tener confianza en los profesionales y eso les motivó a adscribirse a un establecimiento de salud, y un mínimo porcentaje porque le indicaron que debía adscribirse a ese centro o subcentro de salud.

GRÁFICO 9
Razones por las que consideran los usuarios que se deben adscribir a un establecimiento de salud



Fuente: Encuesta a usuarios de servicios de salud sobre adscripción, 2013.
Elaboración: Andrés Sotomayor.

Beneficios considerados por los usuarios al adscribirse a los establecimientos de salud.

Al preguntar a los usuarios si consideraban que la adscripción les dió algún beneficio el 62% respondió que sí, de los cuales el 67% describió como beneficio la gratuidad de la atención y de los medicamentos y un 29% lo relacionó con mejora del servicio. (Tablas 11 y Tabla 12)

TABLA 11

Beneficio de la adscripción				
Temática	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
¿Considera usted que al adscribirse recibió algún beneficio?	NO	145	37,76%	37,76%
	SÍ	239	62,24%	100,00%
	TOTAL	384	100,00%	100,00%

Fuente: Encuesta usuarios de los servicios, 2013.
Elaboración: Andrés Sotomayor.

TABLA 12

Temática	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
¿Cuáles son los beneficios de la adscripción?	Atención gratuita	117	30,47%
	Atención médica cercana al domicilio e inmediata	18	4,69%
	Buena atención	20	5,21%
	Controles médicos y prevención de enfermedades	8	2,08%
	Derecho a la salud	17	4,43%
	Medicamentos gratis	37	9,64%
	No conoce	145	37,76%
	Para cobrar el bono de desarrollo humano	1	0,26%
	Por urgencias y primeros auxilios	4	1,04%
	Tener historia clínica	7	1,82%
	Visitas en domicilio	10	2,60%
	TOTAL	384	100,00%

Fuente: Encuesta a usuarios de servicios de salud sobre adscripción, 2013.
Elaboración: Andrés Sotomayor.

Aceptación de la adscripción como estrategia utilizada por el Ministerio de Salud para organizar los servicios de salud.

La mayoría de los usuarios de los servicios de salud consideran a la adscripción como una buena estrategia utilizada por el Ministerio de Salud Pública para organizar a los servicios de salud. (Tabla 13)

TABLA 13

Beneficios de la adscripción				
Temática	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
¿Considera usted que la adscripción es una buena estrategia utilizada por el MSP para organizar los servicios?	NO	68	17,71%	17,71%
	SÍ	316	82,29%	100,00%
	TOTAL	384	100,00%	100,00%

Fuente: Encuesta usuarios de los servicios, 2013.
Elaboración: Andrés Sotomayor.

La tabla 14 muestra como la mayoría de los usuarios consideran que con la adscripción se ha reducido la cantidad de personas que acuden a los hospitales, desde la perspectiva que hay descongestionamiento en los hospitales.

TABLA 14

Acceso a servicios por primer nivel de atención con la adscripción				
Temática	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
¿Cree usted que con la adscripción se ha reducido la cantidad de personas que acuden a los hospitales?	NO	164	42,71%	42,71%
	SÍ	220	57,29%	100,00%
	TOTAL	384	100,00%	100,00%

Fuente: Encuesta usuarios de los servicios, 2013.
Elaboración: Andrés Sotomayor.

El 80% de los usuarios entrevistados en servicios de primer nivel, consideran que no ha mejorado la atención en los servicios médicos con la adscripción, sin embargo el 70% cree que pueden recibir visita domiciliaria para resolver sus problemas de salud.

TABLA 15

Con la adscripción el equipo de salud de los Centros y Sub centros de salud podrán realizar visita en el hogar para resolver los problemas de salud.

		NO	SI	
Con la adscripción la atención en el Centro o Sub centro de salud es más organizada.	NO	80 67,23 % 26,06 %	39 32,77 % 50,65 %	119 100,00 % 30,99 %
	SI	227 85,66 % 73,94 %	38 14,34 % 49,35 %	265 100,00 % 69,01 %
		307 79,95 % 100,00 %	77 20,05 % 100,00 %	384 100,00 % 100,00 %

Fuente: Encuesta usuarios de los servicios, 2013.
Elaboración: Andrés Sotomayor.

Alternativas propuestas por la población para mejorar los servicios y garantizar atención a la población

Se consultó a los usuarios sobre algunas alternativas distintas a la adscripción a los servicios de salud que puedan mejorarlos y garantizar también la atención de la población en los establecimientos de salud y se puede observar en la tabla 16 las respuestas dadas por las personas encuestadas. Es importante destacar que una de las cosas que más se repitió en las respuestas es la mejora del trato por parte de quienes trabajan en los servicios, igualmente respecto de mejorar la organización de los servicios: gestión de turno, ampliar horarios de atención, mejora en otros servicios.

TABLA 16

Propuestas realizadas por los usuarios para mejorar los servicios y garantizar atención a la población				
Temática	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
¿Qué otra alternativa propondría usted para organizar los servicios y garantizar la atención a toda la población?	Ampliar los horarios de atención	12	3,13%	3,13%
	Atención más rápida	2	0,52%	3,65%
	Incrementar medicamentos	4	1,04%	4,69%
	Más centros de salud y mejores	20	5,21%	9,90%
	Más charlas de salud para la comunidad	14	3,65%	13,54%
	Más gente inscrita	6	1,56%	15,10%
	más personal de	32	8,33%	23,44%

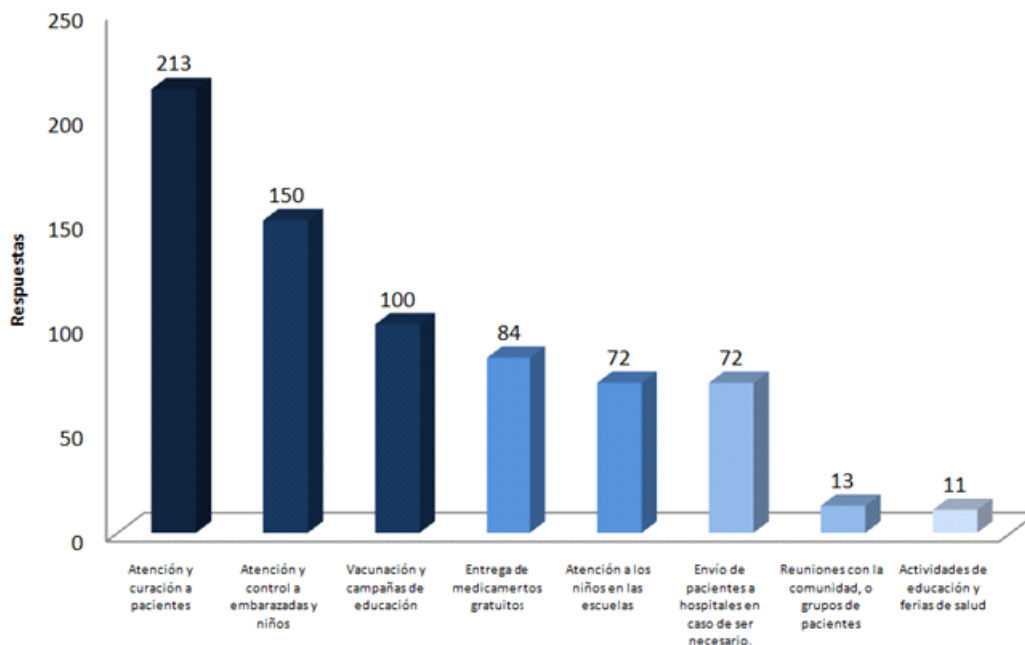
salud			
Mejorar el trato de los profesionales a los usuarios	142	36,98%	60,42%
Mejorar la entrega de turnos	127	33,07%	93,49%
Tener equipo de salud de buena calidad	13	3,39%	96,88%
Visitas médicas en las casas y trabajo con la comunidad	12	3,13%	100,00%
TOTAL	384	100,00%	100,00%

Fuente: Encuesta a usuarios de servicios de salud sobre adscripción, 2013.
Elaboración: Andrés Sotomayor.

Conocimiento de las actividades de los servicios de salud por nivel de complejidad

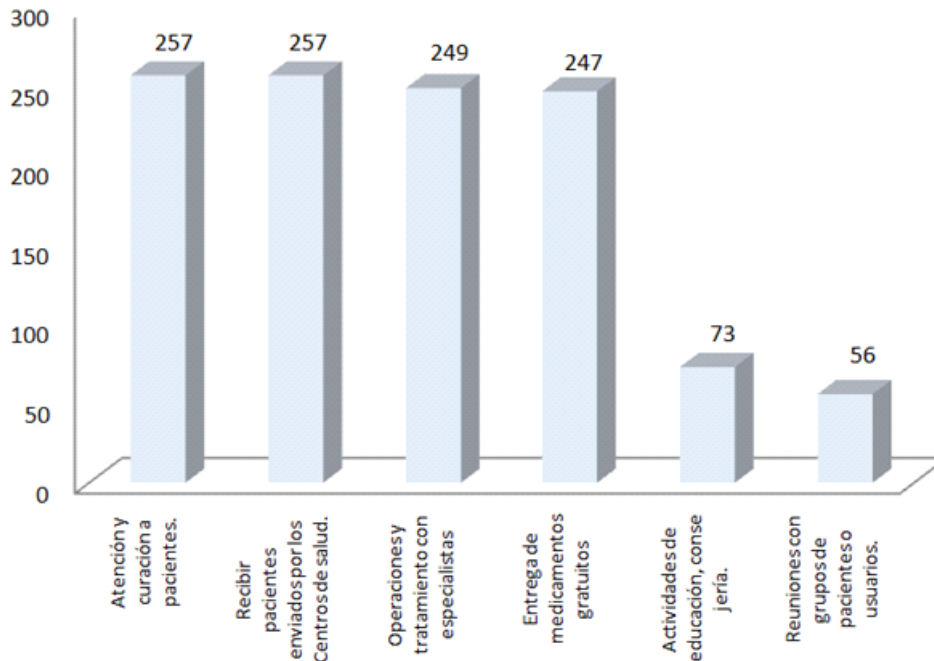
Se consultó a los usuarios encuestados sobre el conocimiento que tenían de las actividades que se realizan en los diferentes establecimientos de salud, de acuerdo a su nivel de atención y complejidad, y el resultado que se obtuvo refleja que la visión de los servicios es curativa y solo el 3% de las respuestas la vinculan con actividades relacionadas a la promoción de la salud.

GRÁFICO 10
Actividades del Centro de Salud según usuarios de los servicios



Fuente: Encuesta a usuarios de servicios de salud sobre adscripción, 2013.
Elaboración: Andrés Sotomayor.

GRÁFICO 8
Actividades del Hospital según usuarios de los servicios



Fuente: Encuesta a usuarios de servicios de salud sobre adscripción, 2013.
Elaboración: Andrés Sotomayor.

Se realizó además un grupo focal con usuarios del centro de salud de Los Rosales con el fin de determinar el conocimiento que tenían sobre la organización de los servicios de salud y la estrategia de adscripción poblacional a los servicios de primer nivel de atención del MSP, para lo cual se abordaron los siguientes temas:

Conocimiento sobre la “inscripción” que se realizó en los establecimientos de salud del MSP entre los años 2011 y 2012

- (1) "A mí me inscribieron en Los Rosales, tercera etapa y me dijeron para que el doctor le vaya a revisar a mi bebé y recogieron mis datos y me indicaron que pertenecía al CS de Los Rosales."
- (2) "Yo me hago atender desde que mi nieto nació aquí hace 10 años y después me dieron el pase a la Clínica Santiago y me atendieron muy bien."
- (3) A través de expresión extraverbal muestra indiferencia ante la pregunta.
- (4) "Yo estoy inscrita aquí". ¿Le dieron algún identificativo que le indica que está inscrita aquí? "La cartilla esa de la tercera edad". (Saca la cartilla e indica). "Aquí dice que pertenezco aquí."
- (5) No interviene, sin embargo muestra interés en las repuestas de los participantes ante la pregunta.
- (6) No interviene, sin embargo muestra interés en las repuestas de los participantes ante la pregunta, asintiendo con la cabeza.

La idea núcleo de esta temática es el lugar de correspondencia para la atención médica; respuestas con un grado de alta referencialidad y con un discurso de uniacentualidad significativa en los entrevistados.

Objetivo de que las personas estén inscritas a los centros de salud

- (1) O sea, para las medicinas, las vacunas, las vitaminas que les dan a los bebés.
- (2) También, un beneficio bueno que están dando en el centro de salud es que ahora hay buenos médicos, buenas medicinas, la atención está mejor, todo está bien.
- (3) Para controlar a las embarazadas y a las que tienen escasos recursos económicos.
- (4) Para que atiendan a los de la tercera edad también.
- (5) Yo creo que también es obligatoria para las personas que reciben el bono [de desarrollo humano], porque si no se hacen el control les quitan el bono.

La idea núcleo de esta temática es recibir la atención y medicinas; respuestas con distorsión referencial.

Organización de los servicios para que las personas adscritas deban ser atendidas en el centro de salud

- (2) Hay que traerlos, a las personas que no están inscritas, para que se registren, porque el centro de salud está bien, las medicinas están bien, tenemos que decirlo.
- (4) Tienen que hacerlos inscribir, a las personas que no están inscritas para que se puedan atender y los que no porque no quieren o son afiliados al IESS.
- (6) Está bien que solo los que estamos inscritos nos atiendan para que no se formen esas colas, para no madrugar, y si hay muchas personas abran más centros de salud.

La idea núcleo es la inscripción en los centros de salud, respuestas con un grado de alta referencialidad y un discurso de inferencia inmediata por parte del entrevistado (4) y uniacentualidad significativa en los entrevistados (2) y (6).

Atención en hospitales

- (2) Por ejemplo a mí me dieron el pase allá porque tengo un problema en la columna, y con el paso allá me vio un médico, otro médico me está haciendo ver y estoy con el neurólogo, ginecólogo y traumatólogo, con todo, para qué sí está muy bien la atención.
- (3) Está bien, porque uno solo se viene a hacer ver aquí; solamente que tenga una enfermedad muy grave le dan el pase al hospital, pero igual le atienden.

La idea núcleo es la atención en hospitales; respuestas con un grado de alta referencialidad y un discurso de apelación a experiencias decisivas.

9. CONCLUSIONES

A partir del análisis de la problemática que no permitió realizar el proceso de adscripción poblacional a los establecimientos de salud del MSP, podemos concluir lo siguiente:

1. Los informantes claves del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, de nivel político tomadores de decisiones y personal técnico que estuvieron directamente relacionados con el proceso de adscripción poblacional, conocían con poco detalle la existencia de una planificación para realizar el proceso de adscripción; sin embargo, al estar relacionados con el proceso, debían encontrarse muy claros con este, su alcance y dificultades así como acerca de los recursos necesarios para ejecutarlo.
Como se puede observar, las limitantes que se presentaron para desarrollar la adscripción poblacional, identificadas por los funcionarios del Ministerio de Salud Pública, fueron:
 - No contar con una planificación adecuada, que identifique las necesidades y particularidades de las diferentes provincias con el fin de asignar los recursos necesarios.
 - No se realizó una adecuada campaña comunicacional desde la institución hacia la población beneficiaria del proceso de adscripción.
 - Existió poca claridad en el objetivo y en el mecanismo utilizado para la adscripción por parte de las autoridades del MSP y del Gobierno Central.
 - La asignación de recursos sin considerar las particularidades de cada territorio no permitió alcanzar las metas planteadas y se observó mayor dificultad en algunas provincias.
 - La falta de recursos en las direcciones provinciales obligó a generar mecanismos precarios en las áreas de salud para alcanzar la meta planteada.
 - La falta de planificación para la implementación de la estrategia de adscripción generó dificultades en la capacitación del personal responsable en las jefaturas de áreas de salud, lo que se expresó en una falta de motivación e interés del personal de las unidades del Ministerio de Salud Pública, por no conocer los objetivos principales del proceso.
 - El desconocimiento conceptual de los tomadores de decisiones del MSP sobre el Modelo de Atención Integral en Salud generó poca voluntad política de las autoridades para realizar la adscripción poblacional.
2. La población objetivo de la estrategia de adscripción se interesó por el proceso, lo aceptó y encontraron beneficios de la organización territorial de los servicios de salud.
3. Los responsables en territorio del desarrollo de la estrategia realizaron el proceso y se generaron diferentes iniciativas a nivel local por falta de lineamientos claros y planificados por parte del Nivel Central del Ministerio de Salud Pública.

10. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que se pueden realizar de acuerdo a este trabajo, son las siguientes:

1. Se considere la adscripción poblacional como estrategia para organizar los servicios de salud, ya que este es un mecanismo utilizado en los países donde se estructura un sistema de salud en el cual la puerta de entrada es el primer nivel de atención. Este mecanismo de filiación permite organizar los recursos de una manera adecuada y garantizar lo que establece la Constitución del Ecuador, al ser la salud un derecho universal y gratuito, por lo tanto se debe retomar y realizar esta estrategia considerando los errores aprendidos.
2. Realizar un plan de intervención en el que participen los tomadores de decisiones para que sean ejecutores de la estrategia de adscripción como sujetos activos y no pasivos.
3. Es necesario hacer una planificación adecuada y generar un proyecto con recursos específicos, que permita ejecutar eficazmente la estrategia de adscripción poblacional e incluya a todos los subsistemas de la Red Pública de Salud con el fin de contribuir a la articulación del Sistema de Salud.
4. La asignación de los establecimientos de salud a la población, si bien debe considerar la nueva estructura administrativa del Estado, no debe perder de vista los criterios adecuados de acceso a los establecimientos de salud por parte de la población.
5. Es necesario realizar un pilotaje del proceso en una población determinada, a fin de hacer los correctivos y replicar la estrategia a nivel nacional.

11. BIBLIOGRAFIA

1. Acuña M. Exclusión, protección social y el derecho a la salud. Colombia. Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud; 2005
2. Almeida C. Saúde e equidade nas reformas contemporâneas. Saude em Debate 2000
3. Anderson R. Clinical system security: interim guidelines. BMJ 1996;312:109-11.
4. Anderson, G.F.. Multinational Comparisons of Health Care. Expenditures, Coverage and Outcomes. Baltimore: Johns Hopkins University, Center for Hospital Finance and Management (http://www.cmwf.org/usr_doc/Anderson_multinational.pdf, en Boerma 2006.)
5. Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador. Constitución Política de la República del Ecuador. Montecristi; 2008.
6. Boerma W.,Dubois C. Mapping primary care across Europe en Saltman et al Primary care in the driver's seat?Organizational reform in European primary care: European Observatory on Health Sistemas and Policies.
7. Cannell, Ch. F.; Kahn, R.L. (1993). La reunion de datos mediante entrevistas. En: Festinger, L.; Katz, D. Los métodos de investigación en ciencias sociales. México. Paidós
8. Clancy CM, Hillner BE. Physicians as gatekeepers: the impact of financial incentives. Arch Intern Med 1989.
9. Comité Regional de Promoción de Salud Comunitaria. Retos y Perspectivas en Atención Primaria en Salud Trabajo del Grupo. Foro de Salud, Foro Social Américas "30 años de Atención Primaria en Salud: Retos y Perspectivas" 2008.
10. Forti S. La APS como ordenadora del Sistema de Salud: ventajas y desventajas de una puerta preferencial. Eurosocial: Fiocruz; 2009.
11. Grumbach K, Selby J, Damberg C y col. Resolving the Gatekeeper Conundrum: what Patients Value in Primary Care and Referrals to Specialists. JAMA1999
12. Gulliford M. C. Availability of primary care doctors and population health in England: in there an association? Journal Public Health Med 2002;24(4).
13. Hernandez Sampieri R., Fernandez Collado C., Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. México: Editorial Mc Graw Hil (1998).
14. Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud en América latina: éxito o fracaso? SITUA 2001;9(18):13.
15. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural MAIS-FCI. Quito; 2012.
16. Mintezberg,H., La estructuración de las organizaciones, Barcelona: Ariel; 1984.
17. Mintezberg,H., La estructuración de las organizaciones, Barcelona: Ariel; 1984.

18. Organización Mundial de la Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud: Alma Ata; 1978.
19. Organización Panamericana de la Salud “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas” Washington, D.C.: OPS, © 2010 (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4).
20. Prieto Castillo D., Análisis de mensajes. Introducción y metodología de análisis.. CIESPAL. Quito: Editorial Quipus; 1990.
21. Prieto Castillo D., Análisis de mensajes. Introducción y metodología de análisis.. CIESPAL. Quito: Editorial Quipus; 1986.
22. Prieto Castillo D., Rosario A. Análisis y Producción de mensajes Radiofónicos. CIESPAL. Quito: Editorial Quipus; 1990.
23. Rodríguez Acosta S. Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia (Tesis Magistral). Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2010.
24. Rodríguez Gómez, G. y otros. Metodología de la investigación cualitativa. México (1996): (p.p: 39-57)
25. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Proceso de desconcentración del Ejecutivo en los niveles administrativos de planificación. SENPLADES. Quito; 2012.
26. Starfield, B. Is primary care essential?, Lancet; 1995.
27. Zurro M. y Solá J. Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. S.L. España: Elsevier; 2011.

ANEXO 1:

Guía semi estructurada de adscripción a los tomadores de decisiones del Ministerio de Salud Pública

Esta entrevista tiene como objetivo medir el conocimiento que tiene usted sobre la adscripción de la población a los servicios de salud. Esta entrevista es anónima y la información que se genere, nos servirá para mejorar la estrategia de adscripción.

Conocimiento conceptual de la adscripción y su uso.

1. ¿Conoce usted si existió un plan de acción o proyecto para la adscripción poblacional?
2. ¿Cómo se realizó la asignación de recursos a las Direcciones Provinciales de Salud para la contratación de personal en las áreas de salud, para la ejecución de la estrategia de adscripción poblacional a los establecimientos de salud de primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública?
3. ¿Conoce usted cómo se realizó el cálculo del presupuesto para la ejecución de la estrategia de adscripción?
4. ¿Considera que la contratación del personal apoyó para el proceso de adscripción?
5. ¿Conoce usted si existió un plan comunicacional para la difusión del proceso de adscripción?
6. ¿Cuál o cuáles considera usted que fueron las razones por las que no se difundió el plan comunicacional de la adscripción?
7. ¿Quién o quiénes fueron los responsables de realizar el seguimiento y monitoreo de la adscripción?
8. ¿Conoce usted si se definió alguna línea de ayuda para dar soporte en la resolución de problemas para el proceso de adscripción en el nivel central?
9. ¿Conoce usted si el personal encargado de brindar soporte a nivel nacional tuvo experiencia previa con un proceso similar y/o domina el tema para satisfacer dudas o inquietudes de los responsables de la adscripción a nivel provincial o local?

10. ¿Conoce usted qué herramienta se definió para llevar a cabo el proceso de adscripción de la población a los establecimientos de salud de primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública?
11. ¿Conoce usted para qué sirve la herramienta de adscripción de los usuarios a los establecimientos de salud de primer nivel de atención?
12. ¿Conoce usted si existieron problemas con la herramienta para la adscripción poblacional? ¿Cuáles son?
13. ¿Qué problemas adicionales en referencia a la adscripción podría usted indicar?

Encuesta de Estrategia de adscripción a los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública

Esta encuesta tiene como objetivo medir el conocimiento que tiene usted sobre la adscripción de la población a los servicios de salud. Esta encuesta es anónima y la información que se genere, nos servirá para mejorar la estrategia de adscripción.

1. ¿Qué entiende usted por adscripción?
 - a. Registrarse _____
 - b. Inscribirse _____
 - c. Pertenecer a un lugar o servicio _____
 - d. Asignar un servicio _____
2. ¿Conoce usted en qué consiste la estrategia de adscripción de la población a los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública? Si _____ No _____
3. ¿Usted se adscribió a un Centro o Subcentro de salud cuando el Ministerio de Salud Pública implemento esta estrategia? Si _____ No _____
4. ¿Por qué usted se adscribió?
 - a. Porque no tiene ningún tipo de seguro en salud
 - b. Porque es un requisito para recibir la atención
5. ¿Cuál o cuáles fueron las razones por las que usted se adscribió a un Centro o Subcentro de salud?:
 - a. Porque el Centro o Subcentro de salud se encuentra cercano a su domicilio.
 - b. Porque es el Centro o Subcentro de salud donde siempre se ha atendido.
 - c. Porque usted confía en el personal que trabaja en ese Centro o Subcentro de salud.
 - d. Porque le indicaron a usted que debía adscribirse a ese Centro o Subcentro de salud.
6. ¿Considera usted que al adscribirse recibió algún beneficio? Si _____ No _____
Indique _____ cual _____ o
cuales _____
7. ¿Considera usted que la adscripción es una buena estrategia utilizada por el Ministerio de Salud para organizar los servicios de salud? Si _____ No _____
8. ¿Qué otra alternativa usted propondría para organizar los servicios y garantizar la atención a toda la población?
9. ¿Cree usted que con la adscripción:
 - a. Ha reducido la cantidad de personas que acuden a los hospitales Si _____ No _____
 - b. La atención en el Centro o Subcentro de salud es más organizada Si _____ No _____
 - c. El equipo de salud de los Centros y Subcentros de salud podrán visitarle en su hogar para resolver los problemas de salud. Si _____ No _____
10. Escoja con un círculo que servicios presta un Centro o Subcentro de Salud:
 - a. Actividades de educación, consejería, ferias de salud,

- b. Reuniones con la comunidad, reuniones con grupos de pacientes o usuarios de los servicios de salud.
 - c. Vacunación, campañas para identificar problemas de salud en la comunidad.
 - d. Atención a los niños en las escuelas.
 - e. Atención y control a embarazadas, a niños menores de cinco años.
 - f. Atención y curación a pacientes que presenten alguna enfermedad.
 - g. Entrega de medicamentos gratuitos.
 - h. Envío de pacientes a hospitales en caso de ser necesario.
11. Escoja con un círculo que servicios presta un Hospital:
- a. Actividades de educación, consejería.
 - b. Reuniones con grupos de pacientes o usuarios de los servicios de salud.
 - c. Atención y curación a pacientes que presenten alguna enfermedad.
 - d. Entrega de medicamentos gratuitos.
 - e. Realizan operaciones y tratamiento con médicos especialistas
 - f. Recibir y atender a pacientes que sean enviados por los Centros o Subcentros de salud.

ANEXO 3:

Guía semi estructurada de adscripción a los para realizar grupo focal con los usuarios de los servicios del Ministerio de Salud Pública

Este conversatorio tiene como objetivo medir el conocimiento que tiene usted sobre la adscripción de la población a los servicios de salud. Esta participación es anónima y la información que se genere, nos servirá para mejorar la estrategia de adscripción.

1. ¿Qué conoce usted sobre la “inscripción” que se realizó en los establecimientos de salud del MSP entre los años 2011 y 2012?
2. ¿Sabe usted para que el Ministerio de Salud Pública registro a las personas a los centros de salud?
3. ¿Usted está de acuerdo que el Ministerio de Salud Pública adscriba o inscriba a las personas en los centros de salud?
4. ¿Usted está de acuerdo que las personas no vayan directamente al hospital cuando están enfermos, sino primero pasen por un centro de salud para que le atiendan?

ANEXO 4:

Encuesta de Estrategia de adscripción a los responsables provinciales del Ministerio de Salud Pública

Esta encuesta tiene como objetivo medir el conocimiento que tiene usted sobre la adscripción de la población a los servicios de salud. Esta encuesta es anónima y la información que se genere, nos servirá para mejorar la estrategia de adscripción.

1. ¿ Se conto con recursos para contratación de personal para digitar la información? Si___ No___
2. ¿ Cuantos puntos de adscripción se crearon por área de salud? _____
3. ¿ Los Centro de Salud fueron puntos de adscripción? Si___ No___
4. ¿ En Porcentaje cuantos Centros de Salud fueron puntos de adscripción? _____
5. ¿ Se consiguió llenar el cupo de personal para adscripción? Si___ No___
6. ¿ Se contrató más personal para la adscripción? Si___ No___
7. ¿ Se realizo la adscripción con otros actores? Si___ No___
8. ¿ Con quienes se realizo adscripción?

9. ¿ Se crearon puntos de adscripción adicionales a las unidades de salud (Centros de Salud)? Si___ No___
10. ¿En qué lugares adicionales se realizo la adscripción?

11. ¿Se utilizó el Call Center para la adscripción? Si___ No___
12. ¿Estuvo normado el procedimiento para realizar el proceso de adscripción? Si___ No___
13. ¿Se asignaron recursos para dotar de equipos informáticos para la adscripción? Si___ No___
14. ¿Todo el personal contratado para adscribir fue dotado de un equipo informático? Si___ No___
15. ¿Quién fue el responsable de la adscripción a nivel provincial?_____
16. ¿Existió dificultad en la capacitación del proceso de adscripción? Si___ No___
17. ¿Se entendió el objetivo de la capacitación? Si___ No___
18. ¿Se entendió la metodología de la adscripción? Si___ No___
19. ¿Se logró motivar al personal de salud para realizar la adscripción poblacional a los servicios de salud? Si___ No___
20. ¿Se garantizó todas las condiciones logísticas en el territorio para realizar la adscripción poblacional a los servicios de salud? Si___ No___
21. ¿Considera usted que la finalidad de realizar la adscripción fue controlar los recursos asignados? Si___ No___
22. ¿La finalidad de realizar la adscripción fue controlar que los usuarios no ingresen a cualquier establecimiento de salud? Si___ No___
23. ¿La finalidad de realizar la adscripción fue asignar los profesionales de salud según población adscrita? Si___ No___

24. ¿La finalidad de realizar la adscripción fue garantizar el acceso de la población a los servicios de salud? Si___ No___
25. ¿Conoce usted si se realizó un pilotaje del proceso de adscripción antes de realizar a nivel provincial? Si___ No___
26. ¿Se realizó capacitación y sensibilización al personal administrativo de las Direcciones Provinciales de Salud sobre la adscripción poblacional a los servicios de salud? Si___ No___
27. ¿Se realizó capacitación y sensibilización al personal administrativo de las Áreas de Salud? Si___ No___
28. ¿Se socializó con las autoridades locales la estrategia de adscripción poblacional a los servicios de salud? Si___ No___
29. ¿Se informó por medios de comunicación local a la población la estrategia de adscripción poblacional a los servicios de salud? Si___ No___
30. ¿Recibieron por parte del Nivel Central de MSP instrucciones para realizar la comunicación por medios locales? Si___ No___
31. ¿ Recibieron material para hacer propaganda del nivel central? Si___ No___

FOTOS:

Grupo focal Los Rosales.

