PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Disertación previa a la obtención del título de Economista

Análisis de la Calidad de la Atención Primaria de Salud del Ministerio de Salud Pública en el Distrito Nº 1 de Latacunga en el Periodo 2010-2016

María de la Paz Bonilla Almeida

maria_bonilla1702@hotmail.com

Directora: Econ. Tatiana Villacrés

taty_villacres@hotmail.com

Quito, agosto 2018

Resumen

En la presente investigación se analiza la calidad del servicio de salud de la atención primaria del Ministerio de Salud Pública en el cantón de Latacunga, distrito N° 1 de la provincia de Cotopaxi. En primera instancia, se empieza con una recopilación de los lineamientos enmarcados en la Constitución de la República del Ecuador del año 2008 y el marco legal del país, identificando los cambios ejecutados. Este marco institucional generado en la base normativa, permitió la creación de un Modelo de Gestión de Salud Pública, como es el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI); la investigación aborda los objetivos, implementación y gestión del mismo, con el fin de analizar los puntos claves que influyen en la calidad del servicio. Cabe mencionar que la investigación enmarca las percepciones del usuario del cantón Latacunga, por medio de la definición y recolección de datos de los principales factores de evaluación del usuario, respecto a las expectativas y percepción de los servicios sanitarios; determinando posibles programas o políticas públicas que identifiquen puntos a mejorar en la gestión sanitaria, incrementando la satisfacción del usuario y la calidad del servicio de salud, siguiendo los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad y eficiencia, establecidos en el Ecuador.

Palabras clave: Calidad, percepción, satisfacción del servicio, mejora continua, elementos tangibles, capacidad de respuesta, profesionalidad, accesibilidad, comunicación, credibilidad.

A mi hija Luna, por ser mi motivación para salir adelante cada día,
a mi madre y familiares por brindarme su apoyo incondicional

Análisis de la Calidad de la Atención Primaria de Salud del Ministerio de Salud Pública en el Distrito Nº 1 de Latacunga en el Periodo 2010-2016

Introducción 6

Metodología del Trabajo 8

Definición del Problema 8

Preguntas de Investigación 9

Objetivos 10

Delimitación de Investigación 10

Procedimiento metodológico 11

Fundamentación Teórica 14

1.1 Salud 14

1.2 Determinantes de la Salud 16

1.3 Determinantes sociales de la Salud 20

1.4 Economía de la Salud 25

1.5 Economía del Bienestar 30

1.6 Atención Primaria 33

1.7 Calidad 38

1.8 Calidad de la Salud 39

1.9. Marco Legal y Normativo 43

1.9.1 Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) 44

Capítulo1: El servicio de Salud Pública en el Distrito N° 1 de Latacunga 51

2.1 Estructura del Sistema de Salud del Ecuador 51

2.2. Red Pública Integral de Salud (RPIS) 54

2.5. Indicadores demográficos del Cantón Latacunga 56

2.6 La salud en el cantón Latacunga 59

Capítulo 2: Percepción de la calidad de la Atención Primaria 78

3.1 BLOQUE A: Información de la persona encuestada 78

3.2. BLOQUE B: Elementos Tangibles, Seguridad 81

3.3 BLOQUE C: Fiabilidad, Accesibilidad 84

3.4 BLOQUE D: Resolución de Problemas capacidad de respuesta y comunicación 90

3.5 BLOQUE E: Profesionalidad 93

3.6 BLOQUE F: Cortesía, Compresión del cliente 96

3.7 BLOQUE G: Credibilidad 98

Capítulo 3: Propuesta de Lineamientos al Modelo de Atención Integral 103
4.1 Componente de calidad y mejoramiento continuo 103
4.2 Estrategias de incremento de calidad 107
4.2.1 Instalaciones físicas y elementos tangibles 107
4.2.2 Habilidad de ejecución y acceso del servicio 109
4.2.3 Credibilidad del servicio 113
Conclusiones 115
Recomendaciones 117
Referencias Bibliográficas 118
Anexos 124

Introducción

La salud en el Ecuador ha presentado diversos cambios en los últimos años; en primer lugar, con el nuevo marco legal de la Constitución de la República del Ecuador 2008, donde se establece a la salud como un derecho del buen vivir garantizado por el Estado, de manera permanente, oportuna y sin exclusión; seguido de múltiples acciones en el sector sanitario con miras al cumplimiento de este derecho ineludible para la población.

Una de las principales medidas tomadas, posterior a los cambios normativos en la constitución, fue el desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud, modelo considerado como el mecanismo de gestión del sector, que tiene el objetivo de alcanzar la universalidad, oportunidad y efectividad de la salud pública; por medio de sus componentes de gestión y priorización de la atención primaria.

Esta investigación se ha encaminado al levantamiento de información y análisis de la satisfacción de los usuarios respecto a los servicios sanitarios del primer nivel de atención del distrito N° 1 de Latacunga; por sus características demográficas e indicadores de salud y afiliación a la seguridad social. La priorización y el mejoramiento de la calidad de este nivel de salud pueden dar solución a un alto grado de patologías y con ello mejorar el estándar de vida de los beneficiarios.

En el primer capítulo del documento, se da a conocer las bases normativas y de estructura del sistema de salud pública, el funcionamiento del sector respecto a su organización territorial y división de establecimientos de salud, priorizando la participación de la Atención primaria; integrando además un análisis del perfil demográfico de la población del cantón Latacunga desde el 2010 al 2016, y los principales indicadores de salud del distrito.

El segundo capítulo, es una recolección y análisis de la información recopilada por medio de una encuesta de satisfacción dirigida a los usuarios, que incorpora los principales factores de evaluación de calidad del servicio. Esta información se presenta por medio de bloques de preguntas, que identifican los criterios de percepción del servicio sanitario de los beneficiarios, permitiendo identificar la calidad del servicio de salud, por medio de la experiencia del usuario en las unidades sanitarias del distrito.

El tercer capítulo, presenta una propuesta de lineamientos al Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), junto con una estrategia de mejora continua de calidad,

incorporando un análisis de priorización de los factores de evaluación, detectados en el levantamiento de información del distrito. Este capítulo está basado en la satisfacción del usuario, como punto de partida para la identificación de propuestas para la mejora de la calidad del sector, conservando los lineamientos normativos del Ecuador.

Finalmente, la investigación contiene las principales conclusiones obtenidas, donde se evidencia una alta posibilidad de mejora en la calidad del servicio, por medio de la incorporación de un componente de calidad y mejora continua en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), junto con la evaluación y seguimiento continuo a la satisfacción del usuario; además de ciertas recomendaciones de evaluación y priorización de los factores que influyen en la calidad del servicio en los demás niveles de atención sanitaria, con miras a un mejoramiento continuo del servicio de salud pública.

Metodología del Trabajo

Definición del Problema

La salud es considera, según la Organización Mundial de Salud (1946), como el estado de completo bienestar físico, mental y social. De esta concepción nace como ciencia la economía de la salud, que tiene como objetivo analizar y asignar la producción de los bienes y servicios de salud, con un manejo adecuado de los recursos limitados.

El estudio de la relación entre oferta y demanda del mercado de la salud, basado en el comportamiento de los individuos, permite analizar los fallos de mercado de este sector, y proponer medidas que ayuden a mejorar la calidad de este servicio para alcanzar el bienestar social. Según Rodríguez (2010) la salud es de importancia por su influencia en el desarrollo del ser humano y su calidad de vida, por ello se explica el elevado crecimiento del sector y la constante inversión estatal.

A partir del año 2008 en la Constitución de la República del Ecuador, se determinó a la salud como derecho fundamental de la población para alcanzar el buen vivir, usando como herramienta la planificación territorial. Basada en un concepto de descentralización y desconcentración territorial se propuso la determinación de niveles administrativos de planificación, dividiendo al Ecuador en: 9 zonas, 140 distritos y 1.134 circuitos, con el fin de tener un Estado más cercano a la ciudadanía y una prestación de servicios de calidad (Secretaria Nacional de Planificación y desarrollo [SENPLADES], 2012: 5, 8, 9).

Luego del 2012 el Ecuador implemento un cambio estructural del Sistema de Salud Pública, el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (MAIS), sistema de gestión que tiene como objetivo aumentar la cobertura y mejora de la calidad de la salud en los diferentes niveles de atención. Con miras a estos objetivos, dentro del MAIS existen diferentes parámetros que permiten evaluar la calidad del servicio de salud, que responden a los lineamientos del buen vivir (Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural [MAIS], 2012).

En la provincia de Cotopaxi 112.082 pobladores no están asegurados, y en la capital, Latacunga, solo el 29.3% de la población ocupada posee un seguro general. El 70.7% de la población tienen como única opción de atención de salud pública los centros de salud de su distrito de domicilio. La provincia de Cotopaxi, Zona 3 del Ecuador, está dividida en 6 distritos ubicados en los 7 cantones de la provincia, con un total de 43

unidades de atención primaria. El Distrito nº1 se encuentra ubicado en el cantón de Latacunga, capital de la provincia, con 170.489 habitantes, representan a un 41,66% del total de la población de la provincia. Este distrito posee el mayor número de unidades de atención médica de la provincia, 15 en total, entre centros de salud tipo A, B y C, divididos en estas categorías en base a la capacidad de atención que poseen y las horas de funcionamiento. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censo [INEC], 2010).

El presente tema de investigación propone un estudio de la atención primaria de salud del Ministerio de Salud Pública en el Distrito Nº 1 de Latacunga, que permita identificar la evolución que ha tenido el servicio de salud pública. Los lineamientos, y cambios realizados en el sector, implementados tanto en la Constitución de la República del Ecuador (2008), como en El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural-MAIS (2012), serán analizados desde la percepción del usuario del servicio de salud, con el fin de formular una propuesta de lineamientos de política pública en el modelo de gestión, aplicado en la actualidad, para mejorar la calidad del servicio en los diferentes centros de salud dentro de este distrito.

Preguntas de Investigación

Pregunta General

¿Cómo analizar la calidad de la atención primaria de salud del Ministerio de Salud Pública en el Distrito Nº 1 de Latacunga en el periodo 2010-2016?

Preguntas Específicas

- ¿Cómo se han desarrollado los servicios de salud del Ministerio de Salud en el Distrito Nº 1 de Latacunga en el periodo 2010-2016?
- ¿Cuáles son las percepciones de los usuarios respecto a la calidad de la atención primaria de salud del Ministerio de Salud Pública en el Distrito Nº 1 de Latacunga?
- ¿Qué lineamientos de política pública en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural, permitirá mejorar la calidad en la atención primaria de salud del Ministerio de Salud Pública basado en los resultados obtenidos en el Distrito Nº 1 de Latacunga?

Objetivos

Objetivo General

Analizar la calidad de la atención primaria de salud del Ministerio de Salud Pública en el Distrito Nº 1 de Latacunga en el periodo 2010-2016

Objetivos Específicos

- Describir la evolución de los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública en el Distrito Nº 1 de Latacunga en el periodo 2010-2016.
- Analizar las percepciones de los usuarios respecto a la calidad de la atención primaria de salud del Ministerio de Salud Pública en el Distrito Nº 1 de Latacunga.
- Plantear lineamientos de política pública en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural, que permita mejorar la calidad en la atención primaria de salud del Ministerio de Salud Pública basado en los resultados obtenidos en el Distrito Nº 1 de Latacunga.

Delimitación de Investigación

En primer lugar, por medio del método descriptivo se detallan los lineamientos del Modelo de Atención Integral de Salud, el marco legal que se estipulan para su creación, sus antecedentes constitucionales y la restructuración metodológica aplicada. El tipo de investigación realizada es inductiva, ya que por medio la recolección de información de la percepción de la calidad de la atención primaria de salud a los usuarios, se identifican las posibles políticas públicas que permitan mejorar los resultados obtenidos.

El método en el que se desarrolló el presente tema y por los objetivos a alcanzar, es de tipo observacional, ya que su objetivo es explicar la situación y perspectivas de la calidad de la salud de los actores involucrados en el Sistema de Salud Pública de Latacunga. Por otro lado, la dimensión temporal de la investigación es de tipo longitudinal ya que se utiliza información en el periodo 2010-2016, en el que se evaluó la situación del Sistema de Salud Pública.

En segundo lugar, se plantea para la recolección de información de la percepción de la calidad del servicio de atención primaria de salud, la técnica de “encuesta de satisfacción”. Con el fin de captar el sentir, pensar y vivir de los usuarios beneficiarios del servicio, mediante la observación científica, ya que permite tener una mirada directa

de la calidad de la salud del distrito; y conocer la realidad del problema de investigación mediante la percepción directa del fenómeno.

Por otro lado, la presente investigación es mixta, ya que cuenta con el levantamiento de información cuantitativa y cualitativa. Partiendo de la descripción del Modelo de Atención Integral de Salud con el uso de documentación que aporta a la explicación del servicio de salud, como: Constitución de la República del Ecuador, Plan Nacional del Buen Vivir, Ley Orgánica de Salud, Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), estadísticas del cantón Latacunga del Ministerio de Salud (MSP) y del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Junto con el detalle de la información levantada de la percepción de la calidad del servicio de salud primaria, a través de las encuestas de satisfacción a los usuarios.

Procedimiento metodológico

Para alcanzar el primer objetivo se tomaron los datos de la demografía del cantón Latacunga y la situación epidemiológica del distrito en el periodo 2010-2016, para identificar los cambios y componentes claves en el sistema de salud pública. Por otro lado, dentro de la descripción se incorporó el marco constitucional y los lineamientos del Sistema de Salud Pública, para ello se considera todo el marco legal en el que se rige: la Constitución del 2008, el Plan Nacional del Buen Vivir, la Ley Orgánica de Salud, Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud.

Para analizar las percepciones de los usuarios de las unidades de atención respecto a la calidad de la atención primaria de salud del Ministerio de Salud Pública en el Distrito Nº 1 de Latacunga, se realizó el levantamiento de información a través de encuesta de satisfacción, aplicadas a la población que ha utilizado los servicios médicos ofrecidos por las unidades de atención del Distrito nº 1 de Latacunga.

Para el levantamiento de la información se efectuaron los siguientes procesos:

- **Determinación del tamaño de la muestra:** para el cálculo del número de pacientes a ser encuestados se determinó como universo a la población del cantón Latacunga, identificada en el Censo de Población y Vivienda 2010; determinando el tamaño de la muestra con la siguiente ecuación:

$$\boldsymbol{n = \frac{k^2 * N * p * q}{(N-1)d^2 + k^2(p * q)}}$$

Donde:

$\boldsymbol{N}$: Universo poblacional-población del cantón Latacunga 2010: 170.489

$\boldsymbol{k}$: desviación estándar de la distribución por el grado de confianza-1.9599 con un nivel de confianza del 95%

$\boldsymbol{p}$: porcentaje de la población que contempla las características de interés de la investigación-determinado el 50% de la población

$\boldsymbol{q}$: probabilidad de error- por las propiedades de probabilidad es la diferencia entre $(1-p)$=50%

$\boldsymbol{d}$: margen de error determinado por el nivel de confianza establecido-5%

Remplazando los valores establecidos en la ecuación:

$$\boldsymbol{n = \frac{(1.9599)^2 * 170.489 * 0,5 * 0,5}{(170.489 - 1)(0,05)^2 + (1.9599)^2(0,5 * 0,5)} = 384}$$

$$\boldsymbol{n = 384}\ personas\ encuestadas$$

Dado el universo establecido y los parámetros de la ecuación, la encuesta de satisfacción de calidad del servicio, se requiere aplicar a 384 usuarios de las unidades de atención de salud del primer nivel del Distrito N° 1 de Latacunga.

- **Diseño del instrumento (encuesta de satisfacción):** Determinado el tamaño de la muestra de la investigación, se elaboró una "Encuesta De Satisfacción Al Usuario- Centro De Salud (A/B/C)". Para la elaboración del instrumento se tomó como base la estructura de la "Encuesta de Satisfacción al Usuario Externo en los servicios de Consulta Externa" realizada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en 2012; véase Anexo 2.

  Para el planteamiento de las preguntas, las encuestas están basadas en los diez factores que, según Zeithaml (1993), influencian en la evaluación del usuario sobre la calidad:

  - Elementos tangibles; apariencia de las instalaciones físicas
  - Fiabilidad; habilidad para ejecutar el servicio
  - Capacidad de respuesta; disposición de ayudar a los clientes
  - Profesionalidad; posesión de las destrezas y conocimientos en la ejecución del servicio
  - Cortesía; atención, consideración, respeto y amabilidad del personal

- Credibilidad; veracidad, creencia, honestidad del servicio
- Seguridad; inexistencia de peligros
- Accesibilidad; accesible y fácil de contactar
- Comunicación; mantener a los clientes informados utilizando lenguaje entendible, y
- Compresión del cliente; hacer el esfuerzo de conocer a los clientes y sus necesidades

- **Aplicación de la Encuesta de Satisfacción:** La encuesta elaborada se aplicó a las personas que recibieron atención médica en las diferentes unidades de atención del primer nivel de Salud Pública. El levantamiento de la información se realizó a las afueras de los centros de salud del distrito N° 1 de Latacunga, luego de la consulta médica recibida en las unidades de atención.

- **Tabulación de la información levantada y análisis de resultados**: Para la tabulación de resultados se elaboró una matriz de sistematización de las encuestas, en la cual pueda identificar los criterios teóricos aplicados en el instrumento.

  Para esta sistematización se dividió el análisis por bloques de preguntas, definiendo los 10 factores que influencian en la evaluación del usuario según Zeithaml (1993). Los bloques de la encuesta dividen los factores de calidad en la siguiente estructura:
  - **BLOQUE A:** Información de la persona encuestada
  - **BLOQUE B:** Elementos Tangibles, Seguridad
  - **BLOQUE C:** Fiabilidad, Accesibilidad
  - **BLOQUE D:** Capacidad de respuesta, Comunicación
  - **BLOQUE E:** Profesionalidad
  - **BLOQUE F:** Cortesía, Compresión del cliente
  - **BLOQUE G:** Credibilidad

Con respecto a la última pregunta de investigación se analizó la información recopilada en la fundamentación teórica, normativa, base constitucional del Ecuador, y la encuesta de satisfacción para determinar los lineamientos de política pública que pueden aplicarse dentro del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural, parar mejorar la calidad en la atención primaria del Ministerio de Salud Pública.

Fundamentación Teórica

La salud es considerada como uno de los factores que contribuyen al desarrollo económico, la influencia de la salud como un medio que permite mejorar la calidad de vida de la sociedad ha sido marcada a lo largo del tiempo, por ello se han desarrollo diversas teorías que permiten entender el rol que cumple la salud en el crecimiento y desarrollo socio-económico de las naciones.

A continuación se presentará un análisis de las diversas teorías económicas que se han desarrollado a lo largo del tiempo que respaldan el planteamiento de la presente investigación, y como su aplicación teórica se apega a la estructura adoptada por el sistema de salud pública en el Ecuador; con el fin de justificar la importancia del sector de la salud, sus determinantes, y como este sector forma parte de las condiciones necesarias para alcanzar el bienestar social, haciendo un énfasis en el primer nivel de atención de la salud pública.

También se analizará el marco normativo y legal, que mantienen el Ecuador desde el 2008 en el sector de la salud, determinando como estos lineamientos marcan la participación activa del Estado en este mercado, y como han determinado los cambios en la calidad de los bienes y servicios de salud pública.

Cabe señalar que la presente investigación tiene como finalidad demostrar la importancia de la calidad del primer nivel de atención de la salud pública y como la percepción de los usuarios es una guía que permite, basado en el marco normativo del Ecuador, proponer cambios para mejorar la salud pública.

1.1 Salud

Los clásicos tenían una concepción clara del significado de la salud. Las palabras en latín *salus* y *salvatio* significan: “estar en condiciones de poder superar un obstáculo”. La traducción de estas palabras en castellano es: salud y salvación. (Alarcón E, 1988, citado en Pardo, 2010).

La definición del término castellano *salvarse* significa “superar una dificultad”, pero esta traducción al castellano no concuerda con el término *salud*, está limitada y equivocada al término en los parámetros actuales. Basado en esta traducción, según Tomás de Aquino (1485) la salud es: “el hábito o estado corporal que nos permite seguir viviendo”,

es decir, superar las dificultades. Es por ello, que solo un individuo con las condiciones adecuadas de salud puede seguir viviendo, y aquellos que no tengan las capacidades necesarias o presentan dificultades en estar vivo deberán perecer al pasar el tiempo.

Según Antonio Pardo (2010), se puede definir que:

> La salud incluye un cierto grado de bienestar físico, y de agrado en la actividad necesaria para vivir (bienestar psicológico); sin embargo, la salud no es bienestar. Más bien, el bienestar es, en cierta medida, una parte de la salud, es decir, es uno de los medios necesarios para poder seguir viviendo. (…) donde el vivir humano es una realidad compleja: biológica, psicológica y espiritual.

La salud de manera simplificada puede establecer que un individuo está sano cuando puede realizar sus actividades, pero es necesario separar la salud del individuo, dado que el hombre necesita no solo sus capacidades físicas para desarrollar sus actividades, sino que además de ellas necesita un adecuado funcionamiento psicológico. De esta manera la salud es determinada en medida como una concepción subjetiva de cada persona, afirmación desacertada desde la concepción de condiciones de vida como determinante del estado de salud (Pardo, 2010)

El progreso de la ciencia y los cambios sociales, dieron una concepción nueva de salud ligado a un enfoque de bienestar. Este concepto de salud se establece del 1946 en la primera Constitución de la Organización Mundial de Salud, en conformidad con la Carta de las Naciones Unidas, se basa en los principios para alcanzar la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos. Según la OMS (2014) se define a la salud como:

> Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr como derecho fundamental de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.
>
> La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados. Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos. La desigualdad (…) de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituye un peligro común. (…) Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.

El concepto de salud es complicado de definir, la concepción del estado completo de bienestar y no como la ausencia de enfermedad, nos ayuda a entender el concepto de la salud de manera positiva. La salud positiva ha sido acuñada en la mayoría de países, la idea de que las instituciones prestadoras de bienes y servicios sanitarios, se debe dedicar no solo a curar enfermedades, sino a promover el estado de salud y la

prevención de enfermedades. Este concepto de salud puede tener algunas limitaciones ya que, en base a este, una persona que posee una discapacidad o trastornos hereditarios no puede estar sano, ya que no goza de un completo estado de bienestar, por ello es necesario ampliar la concepción de la salud manteniendo a la salud positiva y sus resultados prácticos (Copplestone, 1991).

Establecido el concepto de salud, a pesar de las falencias y oposiciones teóricas, esta definición fue acuñada por la sociedad y la academia. El estudio teórico, dado el concepto de salud, se centra en la determinación de las diversas características qué por la amplitud, se establecen dentro de la concepción. Según Lydia Feito (1996), se pueden identificar las siguientes características en el concepto de salud:

> La salud (…) es un concepto múltiple (porque permite distintas visiones del mismo, ya sean grupales o individuales), relativo (porque dependerá de la situación, tiempo y circunstancias de quien lo defina y para quien lo aplique), complejo (porque implica multitud de factores, algunos de los cuales serán esenciales o no dependiendo del punto de vista que se adopte), dinámico (porque es cambiante y admite grados) y abierto (porque debe ser modificable para acoger los cambios que la sociedad imponga a su concepción).

Una visión diferente sobre salud, establece que la equidad es un factor que forma parte fundamental a incorporarse en la salud, desde un enfoque de imparcialidad y justicia social. En esta perspectiva se considera como primordial la adecuada distribución de los ingresos, sobreponiendo a la salud como un rol en la vida, en los derechos y en la libertad humana. Esta concepción incorpora la intervención del estado como dotador de estos bienes y servicios, donde la salud pública permite mejorar la calidad de vida de las personas, y como esta depende del tomador de decisiones, de las ordenanzas en la oferta del servicio, y en todas las medidas de: designación del gasto, programas de salud pública, acceso, cobertura y calidad del servicio (Sen, 2000).

1.2 Determinantes de la Salud

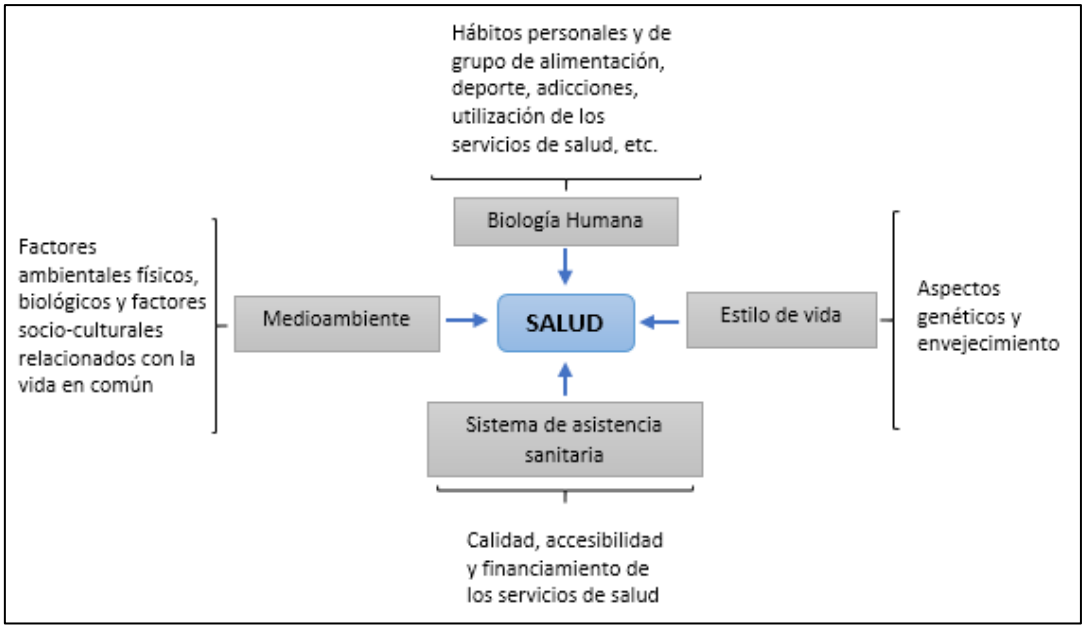
A lo largo del tiempo las diferencias en las características sociales han influido en la calidad de vida de las personas, las disparidades entre las clases sociales han sido fuente de análisis en varias ocasiones. Es así que, el inicio de los determinantes de la salud se desarrolla en estudios que buscan correlaciones entre la esperanza de vida y estatus sociales, los ingresos, la educación, la ocupación, la residencia; análisis que han demostrado correlaciones significativas en las distribuciones (Wilkinson, 1992).

El estudio de estas características en el marco de la salud, inició cuando se determinó que existía un problema básico en el campo de la salud, por la ausencia de un marco conceptual que subdivida las causas, condiciones y circunstancias del estado de salud de una persona. Esto generaba problemas en el análisis y evaluación de las condiciones de salud, por tanto, se veía la necesidad de organizar los elementos que definían la salud de un individuo en un pequeño mapa de determinantes de la salud (Lalonde, 1981).

Definido a los determinantes de salud, como el conjunto de factores que determinan el estado de salud de una persona o población, se establecieron los grandes determinantes de la salud. Se determinaron mediante un estudio de las causas y factores que subyacen a las enfermedades y causas de defunción en Canadá. En esta publicación se define que el nivel de salud de una comunidad estaría influido por cuatro grandes grupos de determinantes: bilogía humana, medioambiente, estilo de vida y sistema de asistencia sanitaria; véase en Figura Nº 1 (Lalonde, 1981).

Figura N° 1

Determinantes de la Salud



Fuente: Lalonde, Mark (1981).
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida

Según Restrepo (2005) es importante tomar en consideración los determinantes del acceso a los servicios de salud, tanto del lado de la oferta como de la demanda, por su influencia en el bienestar social y el desarrollo. El nivel de acceso y cobertura de los

bienes y servicios, se encuentra determinado por las políticas sanitarias del territorio, entre los determinantes de acceso a la salud pública se encuentran:

De lado de la oferta

- **A la entrada:** Tiempo de viaje, medios de trasporte, distancia de recorrido residencia-hospital, horario de atención.
- **Al Interior:** Proceso de tramitación: cita, tiempo de espera.
- **A la salida:** Sistema de entrega de medicamentos, horario de cierre (consultas cortas)

De lado de la demanda

- **Predisposición:** Características demográficas, estructura social, cultura, socio-demográfica.
- **Habilidad:** Nivel de renta, seguro de salud
- **Necesidad:** Estado de salud, frecuencia de dolor, urgencia médica, días de incapacidad.
- **Utilización:** Tipo de servicio, propósito de la visita, unidad de análisis.
- **Satisfacción:** Información sobre la visita, formas de pago, calidad del equipo, actitud del personal, duración de la hospitalización, resultados del tratamiento, servicios básicos, infraestructura.

Otra teoría, estipula que existe una marcada diferencia en los niveles de salud entre distintos grupos poblacionales, estas diferencias en el estado de la salud podrían tener una correlación con ciertas características de la población, por tanto, se puede determinar que existe una heterogeneidad en la salud de los individuos. Entendiendo como heterogeneidad a las diferencias en la salud asociadas a las características de las personas, se estable que las mayores disparidades de la salud son producto por las desigualdades relacionadas a la cantidad de ingresos y la clase social (Evans, Barer y Marmor, 1996).

Esta heterogeneidad de la población puede proporcionar la base para establecer los factores y causas que influyen en la salud de una población, llegando así a determinar políticas y programas que mejoren el estado de salud de las personas. El estado de heterogeneidad en salud está conformado por tres dimensiones: etapas del ciclo vital, características población y fuentes de heterogeneidad; dimensiones que buscan englobar todas las posibles disparidades de los individuos que explican las diferencias en la salud; véase Cuadro Nº1 (Evans, Barer y Marmor, 1996).

Cuadro Nº 1

Dimensiones de heterogeneidad en el estado de salud

Etapas del ciclo vital	Características	Fuentes de Heterogeneidad
Perinatal: pre término a 1 año Accidental: 1-44 años Enfermedad crónica: 45-74 años Senectud: 75 + años	Estatus socio-económico Etnicidad/migración Geografía Género Poblaciones especiales	Estilo de vida individual Entrono físico Entorno social Acceso/respuesta diferencial a los servicios de asistencia sanitaria

Fuente: Evans, Robert; Barer, Morris y Marmor Theodore (1996).
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida.

Estas dimensiones son por tanto los determinantes de la salud, la influencia de las características físicas propias de una etapa del ciclo de vida, las características sociales y los factores del medioambiente en el que se desarrollan las personas; establecen como en un mismo grupo poblacional pueden existir desigualdades en el estado de la salud. De igual manera que la concepción anterior, el poder identificar los factores que determinan las condiciones de salud de un individuo o población, permite establecer lineamientos en las políticas que resulten en mejoras continuas del estado de salud de la población (Evans, et al, 1996).

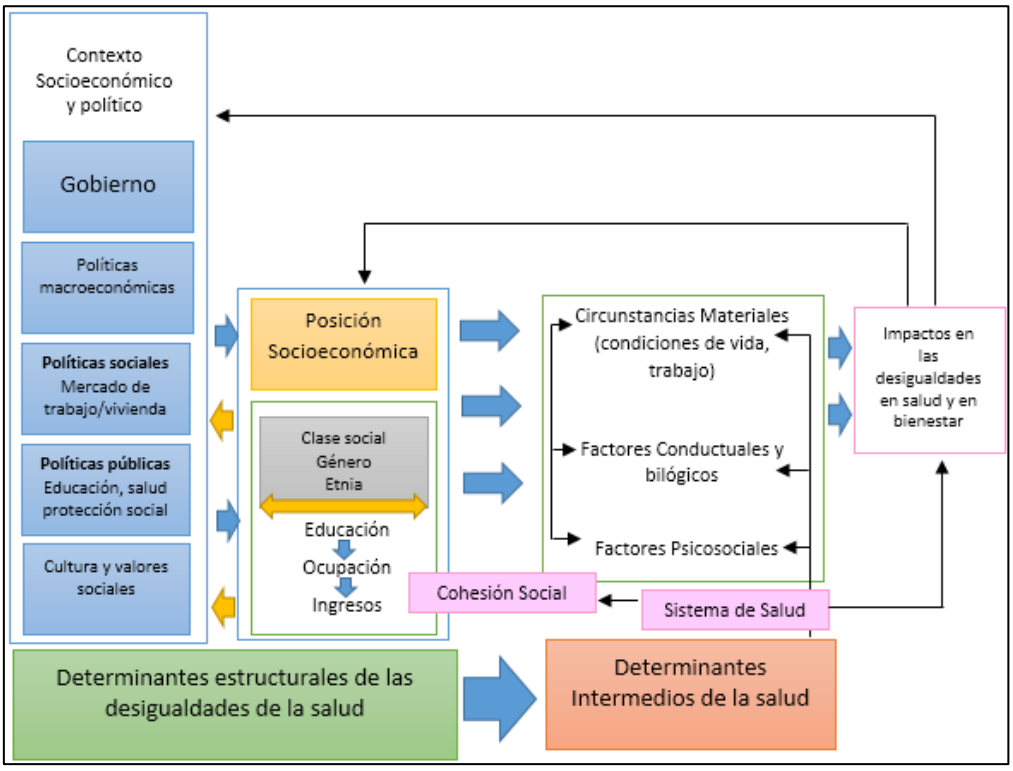
Las condiciones de vida junto con las intervenciones sanitarias son consideradas como determinantes de la salud, según la Organización Mundial de la Salud (2016), son:

> Las propiedades basadas en el estilo de vida afectadas por amplias fuerzas sociales, económicas y políticas que influyen la calidad de la salud personal. Estos atributos incluyen, pero no se limitan a la enseñanza, el empleo el nivel de ingresos y la distribución, la vivienda, el desarrollo infantil, la seguridad alimentaria y la nutrición, la raza, el género y el estrés.

Guiado en el concepto de determinantes de salud de la Organización Mundial de la Salud, en el Manual del Modelo de Atención Integral de Salud [MAIS] del Ecuador, se estable que los determinantes de la salud son el conjunto de procesos que pueden ser beneficiosos o perjudiciales para la salud individual y colectiva. Estas características individuales, sociales, económicas o medioambientales, influyen en el estado de salud de la persona de manera conjunta, por ello no se pueden ser analizados de manera individual. Una visión más estilizada l de los determinantes de la salud nos permite incluir dentro de estos factores características de equidad y distribución de la riqueza en la población, la cohesión social y como estos generan impactos en el bienestar; véase en la Figura Nº 2 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012).

Figura N° 2

Marco Conceptual de los Determinantes de la Salud



Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012).
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida

1.3 Determinantes sociales de la Salud

A lo largo de la historia se ha presentado dudas sobre los motivos por los cuales un determinado grupo poblacional no alcanza los mismos niveles de bienestar que otros, desde el arribo de la economía del bienestar, y los diferentes elementos que la componen, se dio inicio a las diversas explicaciones que en términos de salud intentan definir porque existen diferencias en el nivel de salud. (Berlinguer, 2007).

El primer aporte en la historia teórica de los determinantes de la salud, se dio en la II Guerra Mundial, cuando se dio paso a una definición que abrió el campo a esta concepción teórica que tenía en un inicio como objeto de estudio a la enfermedad. Según Henry E. Sigerist (1943):

> En cualquier sociedad dada, la incidencia de la enfermedad está determinada mayormente por factores económicos…una baja calidad de vida, falta de comida, ropa y combustible, malas condiciones de vivienda y otros síntomas de pobreza han sido siempre las mayores causas de enfermedad (Henry E. Sigerist, 1943, citado en Berlinguer, 2007).

Esta idea junto con otras similares en la época, dio paso al concepto de determinantes sociales de salud. Donde las condiciones en las que se desenvuelve el individuo, dadas las limitaciones o abundancia de recursos, son las causas de futuras enfermedades. Los determinantes sociales de la salud, parten de como las condiciones sociales fijan de cierta manera las condiciones de la salud. En esta teoría la participación del Estado cumple un rol como promotor de políticas públicas, adoptando el enfoque de los determinantes sociales de la salud, con el fin de llegar a la equidad en el sector (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

Con el objetivo de mejorar la salud y lograr eliminar las desigualdades dadas por los determinantes sociales de la salud, se creó en marzo del 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. La misma que fue conformada con la misión de establecer un lazo entre el conocimiento y la acción, para poder formar una base de carácter científico, para la formulación de políticas públicas que tengan como lineamiento la reducción y eliminación de las desigualdades en el sector de la salud (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

Es un organismo de colaboración internacional, que se fundamenta en la idea de que la inequidad en salud afecta a todos los países, con una visión global de los determinantes. Es importante recalcar que esta visión de inequidad no es naturalista, por tanto, las desigualdades son el resultado de políticas y programas de salud ineficientes. El enfoque que maneja la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, reconoce la importancia que tiene el crecimiento económico para mejorar la calidad de vida, pero sustentado en los principios de justicia y equidad; donde las políticas sociales son el instrumento que permite que los beneficios, producto del desarrollo económico, sean distribuidos de manera equitativa y contribuyan a la equidad sanitaria (Organización Mundial de la Salud, 2009).

En este contexto el sector sanitario no debe estar exento de esta perspectiva de equidad para el desarrollo, los servicios sanitarios deben ocuparse de la resolución de los problemas que afectan a la salud, pero siempre mantenido un esquema de distribución de la atención primaria. Los determinantes sociales de la salud deben ser considerados al momento de formular las políticas públicas sociales y los programas de salud, ya que las disparidades de las condiciones de vida marcan una focalización diferente de los servicios sanitarios (Organización Mundial de la Salud, 2009).

Marcados los lineamientos teóricos de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, y con los objetivos determinados, se establecieron tres recomendaciones generales, como puntos de partida. En primer lugar, mejorar la calidad de vida, es decir los escenarios en los que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Es importante considerar que las desigualdades que se pueden presentar en las diferentes etapas del desarrollo humano, pueden limitar la posibilidad de las personas de gozar de buena salud, por ello el principio de equidad debe estar guiado en el desarrollo y mejora de la calidad de vida en todas las etapas (Organización Mundial de la Salud, 2009).

La segunda recomendación de la Comisión es luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, ya que las desigualdades están determinadas por la estructura y los procesos sociales. Es decir, son producto del sistema que se maneja en los territorios, y el resultado de las normas, políticas y prácticas sociales que distribuyen de manera inequitativa los ingresos, el poder y recursos. En los servicios sanitarios de igual manera el mal direccionamiento, o lineamientos de política pública equivocados, pueden causar desigualdades en la atención sanitaria (Organización Mundial de la Salud, 2009).

La tercer y última recomendación es medir la magnitud del problema, analizar y evaluar los efectos de las intervenciones. Esta recomendación hace énfasis a los diversos cambios en el mundo, como la cultura, economía y procesos sociales. Y basado en este criterio, se determina la necesidad de tener una base estadística de las condiciones de salud, que permita tener datos sólidos para la formulación de políticas y programas. La falta de información hace imposible conocer los problemas reales del sector, encadenado por tanto a un análisis de la situación y evaluación que carece de veracidad (Organización Mundial de la Salud, 2009).

La atención médica puede ayudar a la población después de alguna enfermedad, pero las condiciones sociales y económicas que determinan si las personas se enferman o no, llegan a tener mayores beneficios en la salud de la sociedad en su conjunto. Los determinantes sociales claves que influyen en la salud son (Wilkinson y Marmot, 1998):

- Las políticas que impiden que las personas tengan desventajas en relación a otras,
- como afecta el medio social y psicológico a la salud,
- ambiente sano en la infancia,
- la influencia del trabajo en la salud,

- el desempleo y la inseguridad laboral,
- la cohesión social,
- la exclusión social,
- los efectos del alcohol y otras drogas,
- el acceso a alimentos saludables, y
- el sistema de trasporte.

Dados los cambios sociales que surgen a lo largo del tiempo, los determinantes sociales de la salud pueden estar compuestos por diversos factores. Una segunda concepción de los determinantes sociales de la salud afirma que los patrones globales de inequidad en el sector de la salud, están determinados por (Diderichsen, Evans y Whitehead, 2001):

- Pobreza y marginación,
- Urbano/rural,
- Estatus social,
    - Educación
    - Empleo o medios de subsistencia
- Género, y
- Contexto Social y Políticas Sociales

Una determinación más amplia y actualizada, permite definir como determinantes de salud, nuevos conceptos no incorporados anteriormente. Por medio de un estudio realizado en Canadá, se concluyó que los principales factores que determinan la salud son las condiciones de vida de la población, que depende del medio social en el que se desenvuelve el individuo, y de las decisiones de los gobernantes, que por medio de leyes y reglamentos influyen en las condiciones de vida de la población (Mikkonen, Juha y Raphael, Dennis 2010).

Existen 14 determinantes sociales de la salud que explican como las condiciones de vida pueden promover la salud o causar enfermedades (Mikkonen, Juha y Raphael, Dennis 2010):

1) **Estrés, organismo y enfermedades:** Los altos niveles de estrés producidos por las condiciones de vida social y material, debilitan la resistencia del cuerpo a las enfermedades. Por otro lado, las personas con altos niveles de estrés pueden tener tendencia al uso excesivo de sustancias estupefacientes.

2) **Ingresos y distribución de ingresos:** El nivel de ingresos delimita las condiciones de vida de las personas, puede llegar a tener afectaciones psicológicas. La cantidad de recursos del individuo o la distribución de la riqueza de la población, determinan el nivel de consumo de bienes y servicios de salud.
3) **Educación:** La educación permite una mayor movilidad social positiva de las personas, y permite que el individuo posea mayor conocimiento y comprensión de su entorno social y su condición de salud. Está relacionado con determinantes como: el nivel de ingreso, la seguridad del empleo y las condiciones de trabajo
4) **Desempleo y Seguridad Laboral:** Se asocia el desempleo con una mala salud, ya que el empleo proporciona ingresos que permite alcanzar mejores condiciones de vida. Por otro lado, la identidad que brinda el contar con un empleo, disminuyen las probabilidades de contraer enfermedades mentales como depresión y ansiedad.
5) **Empleo y Condiciones de Trabajo:** Existen 5 dimensiones del trabajo que marcan el estado de salud de una persona: seguridad en el empleo, condiciones físicas en el trabajo, ritmo de trabajo y estrés, horas de trabajo y oportunidades de desarrollo individual. Los trabajos que mantienen condiciones negativas, y dado la cantidad de tiempo de trabajo, pueden ocasionar enfermedades físicas y psicológicas.
6) **Desarrollo de la primera infancia:** Las experiencias de la primera infancia tienen efectos biológicos, psicológicos y sociales sobre la salud, los infantes que no tengan un desarrollo adecuado por alguna limitación social o economía pueden acumular un déficit en sus condiciones de vida.
7) **Inseguridad Alimentaria:** La calidad de los alimentos que consume un individuo determinan un estado de salud adecuado y las posibilidades de contraer enfermedades. Una inseguridad alimentaria significaría falta de acceso a alimentos en cantidad y calidad, trayendo problemas de nutrición.
8) **Vivienda:** Una vivienda que no tenga las condiciones necesarias de habitabilidad (agua y saneamiento) o sea insegura, puede causar problemas de salud.
9) **Exclusión social:** Los grupos socialmente excluidos tienen más probabilidades de no tener un empleo o percibir un salario menor, en segundo lugar, estos grupos tienen limitaciones en el acceso de servicios. La segregación de estos grupos puede llevar a que los tomadores de decisión no consideren a esta población en las políticas.
10) **Red de Seguridad Social:** La red de seguridad protegen a los ciudadanos en su ciclo de vida, evita o reduce las posibles afectaciones del estado de salud.

11) **Servicios de Salud:** La calidad de los servicios de atención sanitaria, y la cobertura de los bienes y servicios determinan el estado de salud de una persona. La dotación de servicios de salud bajo criterio de universalidad, equidad y justicia social; permiten que los grupos poblacionales tengan acceso sin discriminación. Los servicios de salud direccionados a grupos prioritarios pueden disminuir las patologías en la población y mejorar con ello el estado de salud.
12) **Género:** Este determinante está relacionado a las condiciones de salud que tiene una persona por ser mujer. Las mujeres pueden tener un estado diferente de salud por las condiciones sociales y el rol que cumplen en determinado grupo social.
13) **Etnia:** La existencia de racismo en una sociedad puede generar problemas de exclusión en la dotación de bienes y servicios de salud.
14) **Discapacidad:** La discapacidad deben ser relacionadas con la sociedad, y como la población está o no dispuesta a brindar a las personas con discapacidad las condiciones necesarias para desarrollarse en la vida cotidiana.

A pesar de las diferencias en las visiones de los determinantes sociales y los componentes que pueden explicar un estado de salud, el concepto de determinantes sociales de la salud tiene un mismo objetivo. A demás de la explicación de las inequidades sociales que afectan el estado de la salud de la población, buscan llegar a una respuesta global. Las disparidades existentes en salud, entre los grupos sociales pueden ser modificadas por políticas específicas, pero es necesario ser más sensible a las posibles diferencias y reconocer la inequidad, para lograr la distribución legítima de la salud (Diderichsen, Evans y Whitehead, 2001).

1.4 Economía de la Salud

La economía de la salud nace en la mitad del siglo XX como una ciencia, una primera definición establece que la economía de la salud tiene como objetivo analizar los fenómenos relacionados a la producción de bienes y servicios del sector de la salud, en un marco de recursos limitados. Describe la relación existente entre la oferta y la demanda de salud, en base al comportamiento de los individuos, con un estudio en la eficiencia de costos y beneficios sociales (Villaroel, 1999).

Una segunda visión define que la economía de la salud estudia las consecuencias de la escasez en la población, donde el sistema de salud es la manera en la que se organizan las instituciones sanitarias, y como se supervisan los servicios en el país. Por ello, la

economía de la salud estudia la eficiencia distributiva de los recursos del sector, los costes de producción, la demanda y oferta, el autoconsumo y la salud como bien público, mediante subgrupos como la macroeconomía y microeconomía de la salud (Gimeno; Rubio; Tamayo, 2005).

Es así que se llega a consolidar la idea de que la economía y la salud son conceptos relacionados, dada la importancia de la salud en el desarrollo del ser humano y su influencia en la calidad de vida. De esta manera se justifica que el sector de salud sea una de las áreas con mayor crecimiento, y de constante inversión estatal para incrementar la calidad y cobertura de los bienes y servicios del sector (Rodríguez, 2010:8).

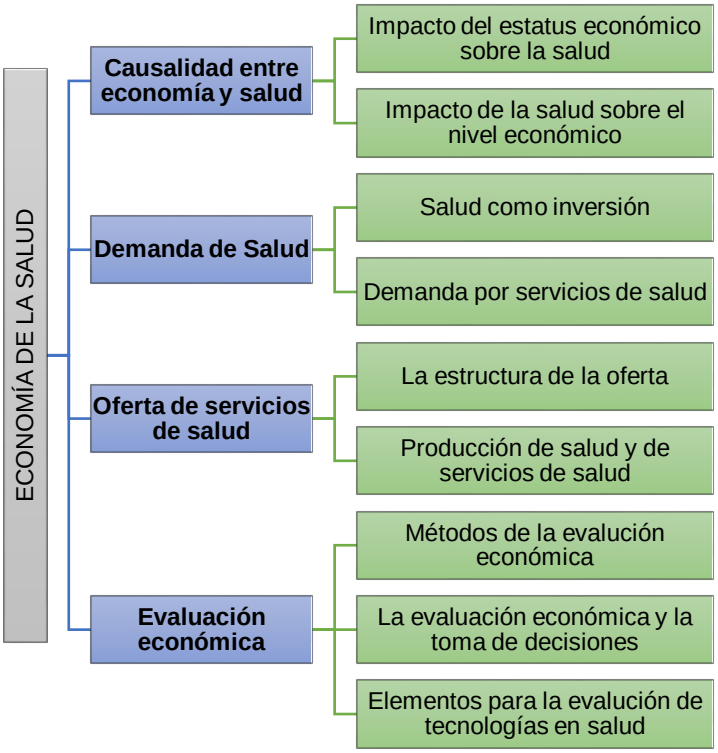
Existe una relación bidireccional entre salud y desarrollo económico, donde se destacan dos visiones claras, la primera defiende que el estado económico de las personas es causante de las condiciones de salud de los individuos, apoyando su teoría en que las familias con bajos ingresos poseen información insuficiente sobre las consecuencias de sus decisiones en temas de salud, por lo que toman medidas que perjudican su estado de salud. Por otro lado, la segunda visión establece que los individuos nacen con un nivel de salud establecido, que va disminuyendo con el paso de los años y va afectando el nivel de ingresos, considerando a la salud como un componente del capital humano (Hernández y Lazcano, 2013).

Según estadísticas presentadas a lo largo del tiempo, los países económicamente más desarrollados, poseen mejores indicadores de salud. Al ser la economía de la salud, una rama de la ciencia económica que tiene como objetivo la distribución de los recursos escasos, en atención y prevención de la salud, y dada la causalidad entre desarrollo económico y salud, se establece la necesidad del estudio de este mercado de bienes y servicios con sus elementos de oferta y demanda (Hernández y Lazcano, 2013).

A modo de resumen de los diferentes factores que se plantean dentro del concepto de Economía de la Salud se determinan los siguientes puntos clave, véase en la Figura Nº 3 (Hernández y Lazcano, 2013).

Figura N° 3

Mapa conceptual de la Economía de la Salud



Fuente: Hernández y Lazcano (2013).
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida

En la consideración de la demanda de los servicios de salud, es importante notar que la maximización de este servicio se enmarca en un contexto diferente. Al ser la salud un bien inmaterial el consumo de salud, se asocia a la búsqueda de un estado de bienestar de la persona, por tanto, el consumo del servicio no se lo realiza con el fin de la maximización de una adquisición, sino en el deseo de garantizar un estado de salud que permita incrementar la productividad de la persona (Gimeno, Rubio y Tamayo, 2005).

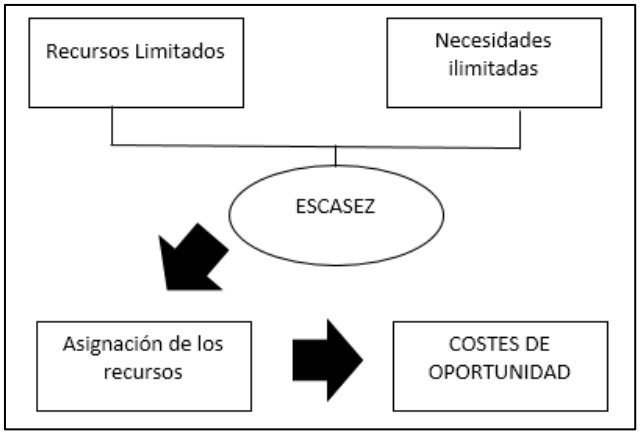
La oferta de la salud está asociada en primer lugar a la estructura que posee el servicio de salud, es decir las instituciones públicas, privadas y mixtas que dotan a la población de la atención sanitaria. La producción de este servicio al igual que una función de producción de cualquier mercado, está conformada por factores de producción y costos que deben ser asumidos por los oferentes. Cada alternativa de producción de salud implica un nivel de costo diferente para el paciente y para la sociedad basado en la organización de la producción del servicio de salud (Hernández y Lazcano, 2013).

Uno de los principales puntos a tratar en esta rama de la economía son los costos de oportunidad. En el sector de la salud, como en otros sectores, los costos de oportunidad

no tienen relación directa al dinero, sino a la obtención del mejor resultado a partir de unos recursos sociales dados, representado a estos como la cantidad de bienes y servicios a los que se han renunciado a cambio de hacer una elección. Frente a la limitación de recurso para la atención de las necesidades existentes, se debe tener presente la necesidad de la eficiencia en el acceso, cobertura y calidad del servicio; véase en la Figura Nº 4 (Gimeno; Rubio; Tamayo, 2006).

Figura N° 4

Costos de Oportunidad en la Economía de la Salud



Fuente: Gimeno, Rubio y Tamayo (2006)
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida

La importancia de los costos de oportunidad y el impacto social de la provisión de bienes y servicios de salud, determina la necesidad de una evaluación económica, definiendo a esta como “el análisis cuantitativo de la importancia relativa que dan un grupo social a invertir en programas o proyectos (intervenciones) alternativos”. (Mills y Wilson, 1988). En este sentido la evaluación debe ser realizada en términos económicos de los costos y los resultados obtenidos por la intervención.

Una definición más extensa, determina que la evaluación económica de la salud es la identificación y la dotación de los servicios que tengan el mayor impacto en el sector de la salud, o la determinación de la mejor opción en la gestión del sistema sanitario, siendo esta la menos costosa o aquella que presente los resultados más ventajosos en el sector. En esta evaluación se debe identificar los costos, las técnicas empleadas y los recursos, por tanto, es un análisis de la inversión y su justificación basado en los resultados obtenidos y los beneficios derivados (Mendoza, 1994).

Existen varias formas de evaluación economía de salud, la clasificación general de las formas de evaluación económica de Drummond, Stoddart y Torrance (1987), permite la

comparación de los costos de diferentes alternativas; véase el Cuadro Nº 2 (Drummond, et al, 1987).

Cuadro Nº 2

Formas de Evaluación Económica

CLASIFICACION GENERAL DE LAS FORMAS DE EVALUACION ECONÓMICA			
¿Se examinan tanto los Costos como las Consecuencias?			
¿Se compara dos o más alternativas?	Solo consecuencias	Solo costos	Descripción de costos y consecuencias
	Descripción de consecuencias	Descripción de costos	
	Evaluación de efectividad	Análisis de costos	1. Análisis de minimización de costos 2. Análisis de costos efectividad. 3. Análisis de costos utilidad 4. Análisis de costo beneficio

Fuente: Drummond, Stoddart y Torrance (1987).
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida

La gestión sanitaria posee una marcada complejidad desde la definición del concepto de salud, hasta los cuidados requeridos para mantener un estado de salud deseado. Por ello, para la adecuada gestión del sector de la salud, es necesario identificar los agentes económicos que participan en la actividad sanitaria. Según Gimeno, Rubio y Tamayo (2005) se identifican:

- **Pacientes:** personas que demandan el sistema sanitario, clientes del sistema de salud.
- **Ciudadanos:** conjunto de personas residentes de un determinado territorio, se considera los potenciales usuarios del servicio sanitario, posible uso futuro.
- **Profesionales:** personas que trabajan dentro del sistema de salud, prestación de servicios.
- **Instituciones productoras:** toda institución que preste servicios de salud en un determinado territorio.
- **Agencias compradoras:** agrupaciones de empresas, mercado de seguros de vida y de salud.
- **Financiador:** entidad y organismo que cumple una función de regulación y dotación de recursos del sistema, en el caso de salud pública el Estado.

En este contexto se puede notar la diferencia en los niveles de prestación del servicio de salud, destacando la participación de diferentes agentes oferentes del servicio y sus diferencias de autonomía. Los dos primeros grupos pueden ser englobados en la economía doméstica y los últimos tres en un entorno empresarial y profesional, marcando la separación entre la demanda y la oferta, y como la gestión de los servicios

sanitarios está ligada a las diferentes expectativas de los agentes económicos según su contexto (Gimeno, Rubio y Tamayo, 2005).

1.5 Economía del Bienestar

En primer lugar, es necesario definir el "bienestar", en la teoría se define al bienestar como un elemento de naturaleza inobservable, a diferencia de un determinado precio en el mercado o del vector de consumo de una persona. El bienestar es un concepto subjetivo, considerado en alguna medida como un estado de ánimo consiente. De esta definición se puede dividir el bienestar en dos vertientes: el bienestar individual, relacionado de manera directa con las preferencias del individuo determinado por variables económicas y no económicas, definido por el particular y su definición subjetiva de su estado de ánimo determinado por su vector de consumo individual (Graaff, 1967).

El bienestar colectivo, dada que las elecciones de consumo no siempre son unánimes en la sociedad, la determinación de la preferencia de un bien o servicio *A*, sobre un bien o servicio *B*, no se puede definir con exactitud. Esta problemática se soluciona mediante una aproximación, que posee diferentes metodologías basados en los criterios de los autores. El primer concepto de bienestar colectivo que presenta el autor es el *paternalista,* en este concepto las preferencias de la colectividad son ajenas del Estado, el ente regulador o autoridad paternalista tiene sus ideas independientes de bienestar, por ello los lineamientos de intervención que vaya a realizar el Estado responderán únicamente a la visión individual y discernimiento que tenga sobre el bienestar (Graaff, 1967).

El segundo concepto definido por Graaff es la *imposibilidad de establecer comparaciones interpersonales de bondad de situación.* En este concepto se entiende que el bienestar colectivo es el conjunto de bienestares individuales que, por la heterogeneidad de los individuos, daría como resultado un bienestar colectivo que responde al bienestar de todos los miembros de la sociedad. Por ello, en este concepto la única manera posible de maximizar el bienestar colectivo, se presenta cuando la mejora del bienestar de uno o varios de los individuos, sin perjudicar o reducir el bienestar de otro u otros miembros de la sociedad; ya que, si se perjudica a uno de los miembros del colectivo tendríamos como resultado la reducción del bienestar grupal, esencia del concepto de Pareto (Graaff, 1967).

El tercer concepto se atribuye a la función de bienestar social de Bergson, donde el bienestar está determinando por las funciones de utilidad de los individuos de un colectivo, definiendo así que el bienestar colectivo es la suma de utilidades individuales. Dadas las limitaciones de las tres aproximaciones, es necesario recordar que son conceptos aproximados que requieren un juicio equilibrado que permita reconocer las limitaciones que poseen (Graaff, 1967).

De igual manera que el tercer postulado de bienestar social o colectivo definido anteriormente, según Oscar Lange (1942) en “Los fundamentos de la economía de Bienestar”, determina que el bienestar económico de toda la comunidad, es un vector donde cada uno de los componentes es la utilidad de cada individuo de la sociedad. Donde la economía del bienestar tiene dos objetivos: alcanzar la maximización del vector de las utilidades individuales sin disminuir la utilidad de otro; y establecer una función de valor social basada en la distribución optima de los ingresos (Lange, 1942, citado en Arrow y Scitovsky, 1974: 39, 49).

Una segunda definición de bienestar permite dividir al concepto en bienestar económico y no económico. El bienestar no económico parte de la idea de inexistencia de leyes determinadas, donde la satisfacción del individuo económico por los bienes y servicios no es uniforme y no puede ser evaluada de manera cuantitativa. Tanto el bienestar económico como no económico, parte de la concepción de bienestar como estado de conciencia que puede aumentar o disminuir, pero para poder medir esta concepción el único instrumento es el dinero, definiendo así la concepción de bienestar económico como el conjunto de satisfacciones e insatisfacciones que pueden ser medidas en dinero (Pigou, 1946).

Según Otilio y Oslund (2014), el bienestar se define como:

> El sentir de una persona al ver satisfechas todas sus necesidades en materia fisiológica y psicológica, en el presente, así como contar con expectativas alentadoras que le sustenten su proyecto de vida en la sociedad (…) en materia de sus necesidades desde las más vitales, hasta las más superfluas.

Por otro lado, se estable que el bienestar social parte del bienestar económico, este bienestar está ligado a la distribución la riqueza en la sociedad, la redistribución de los ingresos y los salarios que se perciben por estar en el mercado laboral. En esta teoría se basa en la idea que la percepción de ingresos y políticas de redistribución de la riqueza, garantiza que los individuos cubran sus necesidades básicas y con ello mejoren sus condiciones de confort (Otilio y Oslund, 2014).

Los autores nos brindan una definición alternativa a la de Ronald Inglehat (2000), en donde se define como bienestar social al conjunto de factores que determinan la calidad de vida de los individuos, que llevan a la satisfacción y tranquilidad. De igual manera este concepto es subjetivo, no observable y abstracto en base a la perspectiva de los individuos (Otilio y Oslund, 2014).

Otros autores mantienen que el concepto de bienestar debe ser tomado desde una perspectiva más aplica que trascienda la percepción de cubrir necesidades básicas y percepción de ingresos. Según Sen y Nussbaum (1996), manifiestan que el término bienestar no debe incorporar únicamente los parámetros de la teoría utilitarista, sino relacionarse con las capacidades, oportunidades, ventajas, elementos no cuantificables, que definen de mejor manera la calidad de vida de los individuos.

Ya dado el inicio a esta nueva concepción de bienestar, argumentar que el bienestar depende del capital simplifica el concepto, ya que concibe a la utilidad como un equivalente del bienestar. En la nueva teoría que define el bienestar humano, se incorpora a la capacidad como la manera en que un individuo puede resolver las dificultades que se presenten en su entorno; y la libertad responde a como las personas pueden desempeñar sus actividades y alcanzar sus objetivos. Esta nueva idea de bienestar permite incorporar el entorno de seguridad personal y ambiental, acceso a servicios básicos (necesidades básicas), sostenibilidad y calidad del ambiente, buenas relaciones sociales que respeten la equidad y la justicia social. (Sen, 1996).

Según Sen (1998) las elecciones de las personas están guiadas por más de un motivo en particular, y de estos sin número de motivos no necesariamente uno de ellos es alcanzar el bienestar. Por otro lado, la concepción de que la felicidad es equivalente al bienestar tiene dos problemas: la felicidad es un estado mental que no necesariamente puede responder al bienestar, y la percepción de felicidad puede darnos una concepción limitada de otras actividades mentales. Si bien es importante tener felicidad o sentirse feliz, no es suficiente argumento como para determinar que este estado mental equivale a una concepción completa de felicidad.

Por último, existe una propuesta de conceptualizar la utilidad como la satisfacción de deseos. La teoría del deseo tiene su atribución de estado mental en medida, pero para ser utilizado como una medida que permita definir el bienestar, debería estar representado en una unidad que admita la comparabilidad interpersonal, característica que no cumple ninguno de los criterios mencionados con anterioridad. Es así como la

teoría del deseo es importante porque ayuda a determinar el grado de valor que le da una persona a cierto bien, y ayuda a tener un grado de comprensión del bienestar, pero no determina en la totalidad su medición (Sen, 1998).

Por tanto, dentro de la economía del bienestar, el concepto de utilidad puede ser relativo, dado que su definición depende de la valoración que cada individuo le asigne. El utilitarismo que asocia el bienestar con la maximización de la utilidad social, resultante de la suma de las utilidades individuales, los supuestos de los que parte determina que los individuos poseen igualdad de preferencias y de consumo. En este sentido el concepto de bienestar es difícil de calificar, debido a los aspectos subjetivos que lo determinan, por tanto, la medición de bienestar no puede revelar el nivel deseado (Otilio y Oslund, 2014).

1.6 Atención Primaria

En 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, de la OMS-Unicef realizada en Kazajistán, determinó la necesidad de contar con acciones de los gobiernos y de los todos los miembros del cuerpo de salud para proteger y promover la salud (Organización Mundial de la Salud, 1978).

En esta conferencia se definió el concepto de Atención Primaria de Salud como:

> La 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 (…) en todas y en cada una de las etapas de su desarrollo.
>
> La Atención Primaria es parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud (…), como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto con los individuos (…), llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (Organización Mundial de la Salud, 1978: 6)

La Atención Primaria de Salud tiene varias componentes, pero el que se considera fundamental por ser la base son los programas, que dependiendo las necesidades poblacionales, pueden dirigirse hacia grupos de la población o a problemas específicos. Una clasificación de los diferentes programas que se pueden realizar son (Organización Panamericana de la Salud, 1987):

- Programas para grupos poblacionales específicos: madres, infantes, adultos mayores, personas con capacidades especiales.

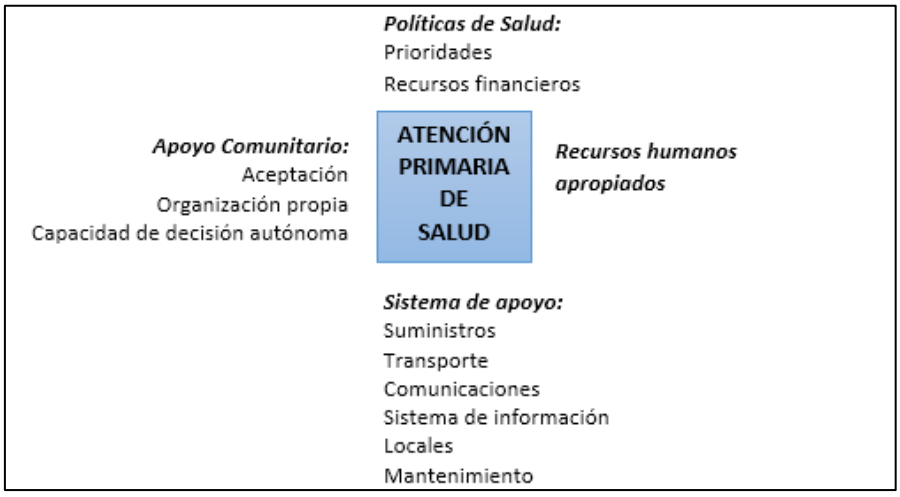
- Programas de salud general: nutrición y alimentación, salud mental, prevención de accidentes de tránsito, saneamiento.
- Programas para la prevención de enfermedades.

Estos programas deben cumplir con ciertas características generales que permitan alcanzar los objetivos de la Atención Primaria de Salud. En primer lugar, su acceso debe ser garantizado, estableciendo grupos prioritarios dentro del universo al cual va dirigido para evitar la exclusión en los bienes y servicios sanitarios. Por otro lado, es necesario hacer énfasis en los temas de promoción y prevención, sin descuidar los programas para la satisfacción de necesidades básicas como la salud materno-infantil, enfermedades diarreicas e inmunización (Organización Panamericana de la Salud, 1987).

Con el objetivo y los mecanismos marcados en la estrategia de Atención Primaria de Salud, es necesario contar con un nivel de funcionamiento adecuado de los sistemas administrativos que permitan y apoyen la dotación de los bienes y servicios sanitarios, ya que sin un nivel mínimo de eficiencia en la estructura organizacional que dota del servicio, los programas que se impartan, a pesar de tener una base y lineamientos determinados, no podrán cumplir los objetivos. Por tanto, los componentes necesarios para lograr el éxito de la Atención Primaria de Salud son: los recursos humanos apropiados, sistemas de apoyo, apoyo comunitario y la política de salud; véase Figura Nº 5 (Organización Panamericana de la Salud, 1987).

Figura N° 5

Componentes de la Atención Primaria de Salud para el éxito



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (1987).
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida

La definición de Atención Primaria de Salud contiene todos los elementos para ser caracterizada como el factor primordial para alcanzar el nivel de salud adecuado en la población, y con ello este nivel de atención viene a ser uno de los pilares para logar el desarrollo político, social y económico de cada país, sin pasar por alto que la interpretación del concepto de Atención Primaria de Salud puede ser mal interpretada (Martín, Cano y Badía, 2014).

Una de las dificultades y problemas para entender el concepto de Atención Primaria de Salud es darle una vinculación con la asistencia ambulatoria; pero los objetivos, contenido, organización y responsabilidad del concepto de la Atención Primaria de Salud tiene otros pilares y lineamientos; véase Cuadro Nº 3 (Martín, et al, 2014: 3):

Cuadro Nº 3

Cambio de la Asistencia Ambulatoria a la Atención Primaria de Salud

OBJETIVOS				**ORGANIZACIÓN**			
De	Enfermedad Curación	a	Salud Prevención y Cuidado	De	Especialista Médicos Practica Individual	A	Médicos generales otros profesionales Trabajo en equipo
CONTENIDO				**RESPONSABILIDAD**			
De	Tratamiento Cuidados esporádicos Problemas específicos	a	Promoción de la salud Cuidado continuo Cuidado Global	De	Sector sanitario aislado Dominio profesional Recepción pasiva de los cuidados	A	Colaboración Intersectorial Participación comunitaria

Fuente: Martín, Cano y Badía (2014).
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida

La Atención Primaria de Salud está orientada a resolver los principales problemas sanitarios de la comunidad. Por ello, se determina que un sistema basado en un desarrollo importante de la Atención Primaria de Salud, permitiría desde la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; un ahorro de recursos, por medio de las mejoras continuas en el sistema sanitario, bajo principios de equidad, eficacia y eficiencia. (Martín, Cano y Badía, 2014).

Un segundo enfoque distingue que el concepto de Atención Primaria de Salud puede ser abordado desde diferentes puntos de vista desde la: filosofía, ámbito de asistencia, conjunto de actividades y estrategia. El punto de vista desde la filosofía se comparte con la visión de Martín et al (2014) donde se estable que los servicios de salud en el primer nivel de atención, influyen en el desarrollo de la población, argumentos basados en los principios fundamentales y conceptos de la declaración de Alma-Ata. (Casado, 2012).

La según visión de la Atención Primaria de Salud como ámbito de asistencia, se enfoca en la participación que tiene el Sistema Nacional de Salud en su estructura organizativa, y como por medio de esta división interna cumplen los objetivos y actuaciones del servicio sanitario. Este enfoque del concepto de Atención Primaria de Salud da relevancia a la organización del sector, ya que por medio de esta se garantiza el derecho de la salud, basado en la concepción integral de los servicios sanitarios (Casado, 2012).

A pesar de ser una visión diferente a la filosófica esta concepción de Atención Primaria de Salud mantiene cierto nivel de relación, ya que en este enfoque las bases en las que se desarrollan el sistema de salud, y por ende la organización interna que poseen, están ligados a las necesidades de la salud de la población. Por tanto, la función del sistema de salud tiene como objetivo la resolución de problemas sanitarios, la prevención de enfermedades, promoción de un nivel de salud superior y no únicamente la cura de patologías (Casado, 2012).

El concepto de Atención Primaria de Salud como conjunto de actividades, o prestación de bienes y servicios se basa en la importancia que tiene la dotación de servicios sanitarios para cubrir la demanda de salud de la población. Esta visión enmarca que, para la dotación de bienes y servicios sanitarios, es necesaria la incorporación de la planificación, programación y evaluación, con el objetivo de tener una mejora continua de calidad, ligada al manejo adecuado de recursos (Casado, 2012).

Basado en esta concepción se determinan los principales puntos que le comprenden a la Atención Primaria de Salud (Casado, 2012):

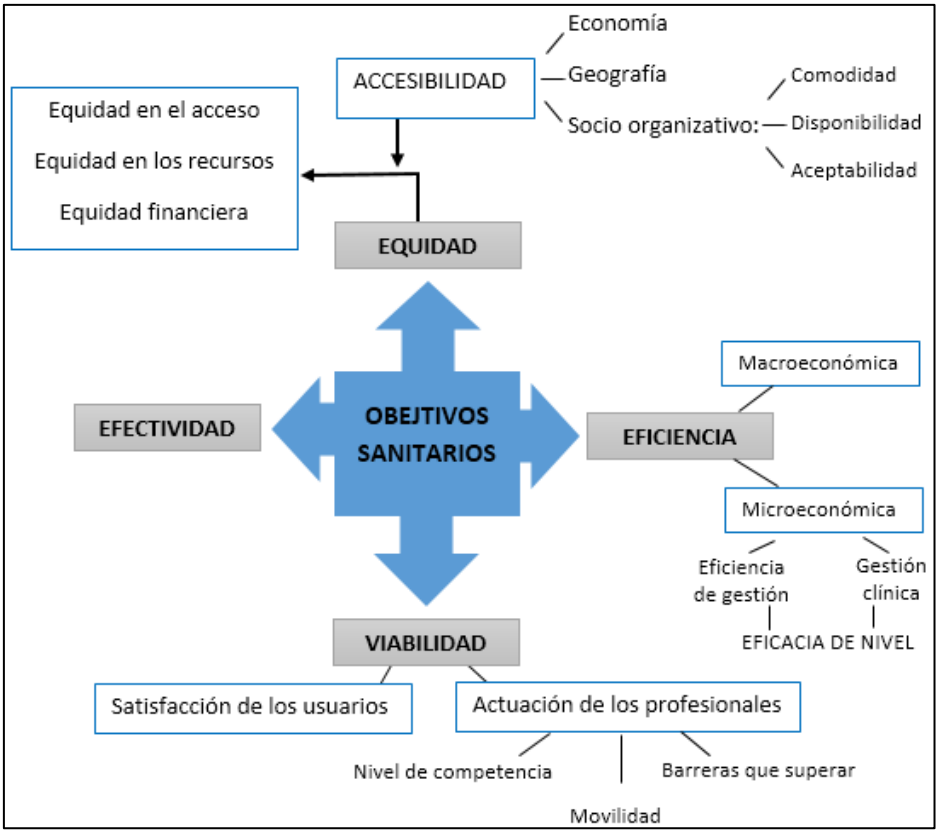
- Asistencia sanitaria demandada, programada o urgente
- Indicación o prescripción de tratamientos o diagnóstico médico
- Actividades de prevención y promoción de salud.
- Atención familiar y comunitaria
- Información y vigilancia en la protección de la salud
- Atención y servicios específicos a mujeres, infantes, adultos mayores, adolecentes, adultos, enfermos crónicos y grupos de riesgo.
- Atención de salud mental, y
- Atención a la salud bucodental.

Por otro lado, la concepción como estrategia determina que la Atención Primaria de Salud es un mecanismo para mejorar la calidad de vida, y con ello el desarrollo de la población. Esta concepción explica que la mejor manera de generar impactos positivos en los individuos y en la sociedad, es mediante la Atención Primaria de Salud. El incremento en la accesibilidad y cercanía con la comunidad que proporciona la Atención Primaria de Salud, es una herramienta de respuesta frente a los cambios demográficos, sociales y sanitarios que suceden a lo largo del tiempo (Casado, 2012).

Esta concepción presenta cuatro objetivos que persiguen la mayoría de sistemas sanitarios: Equidad en el acceso de los servicios y recursos; la eficiencia micro y macroeconómica; la efectividad del sistema sanitario en conjunto; y la viabilidad desde la satisfacción de los usuarios y la actuación de los profesionales; véase en la Figura Nº 6 (Casado, 2012).

Figura N° 6

Objetivos de los sistemas sanitarios



Fuente: Casado (2012).
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida

La Atención Primaria de Salud ha sido fuente de cambios sociales, económicos, políticos y culturales. La promoción, prevención de la salud y el avance en los tratamientos para

la cura de enfermedades, han dado como resultado un incremento en la esperanza de vida de las personas, cambios en las tasas de crecimiento poblacional y la reducción de incidencia de enfermedades, dando como resultado la mejora en la calidad de vida. La Atención Primaria de salud es lo que ha hecho posible la coordinación e integración de curación, promoción y prevención de la atención sanitaria, generando posibles cambios en los horizontes tradicionales del profesional de atención sanitaria (Kark, Abramson, Gofin, 1994).

1.7 Calidad

En la Real Academia de la Lengua Española se define la calidad como una “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo”, otras definiciones cercanas a estas definen a la calidad como el conjunto de características o detalles que tienen los bienes y servicios, dichos atributos permiten clasificar estos bienes o servicios en base a la satisfacción y expectativas de los usuarios (Real Academia de la Lengua citado en De la Fuente, Tapia y Lezana, 2002).

Por otro lado, una definición más cercana a la producción y dotación de bienes y servicios, señala que la calidad se define en función del sujeto, donde la dificultad existente para la definición exacta de calidad, está en interpretar las necesidades del usuario y con ello, las características que el consumidor del bien o servicio busca satisfacer. Basado en las necesidades del consumidor, la calidad de un producto o servicio tiene diferentes escalas, es así como un determinado bien o servicio puede conseguir una valoración alta en una característica específica, y a su vez una valoración menor en otra característica que califica el agente (Deming, 1986).

De esta manera una definición conjunta establece que la calidad se debe medir en términos de la satisfacción del consumidor, basado en las características que tiene o no el producto o servicio que se va a evaluar. Dado que esta definición está determinada por las caracterizadas específicas que busca un agente, la calidad es multidimensional y dinámica, basado en las diferentes características que se busca satisfacer y las constantes variaciones de las necesidades de los agentes. Por ello, la calidad se define en base a la experiencia del agente con el bien o servicio (Feigenbaum, 1994).

1.8 Calidad de la Salud

Un concepto más delimitado establece que la calidad desde el lado de la salud, se determinada basado en los atributos que posee el servicio, y como estas características son cercanas a las expectativas y requerimientos del consumidor. Es así que se establece el nivel de calidad de la atención médica basado en el tipo de atención que se espera maximice el bienestar del paciente, tomando en consideración las ganancias y pérdidas del proceso de atención (Donabedian, 1980).

Donabedian (1980) propone tres puntos de vista por los cuales se puede definir la calidad del servicio médico o atención sanitaria:

- **Calidad absoluta, científica, técnica o profesional:** se determina basado en el grado en el que se ha conseguido restaurar la salud del paciente, establecido por el concepto de salud-enfermedad.
- **Calidad individualizada:** el usuario define la calidad de la atención sanitaria, basado en sus expectativas, costo, beneficios y riesgos de la asistencia médica. Este enfoque establece que el paciente es el tomador de la decisión sobre el tratamiento o proceso médico a seguir, posterior a la información otorgada por el profesional.
- **Calidad social:** se valora la utilidad de la población, la distribución del beneficio a la comunidad y el costo social.

Esta definición está basada en los lineamientos del Institute of Medicine (1974), que establece que se puede considerar que una intervención sanitaria fue de calidad cuando se mejora el nivel de salud o cuando existe satisfacción de la población, puntos que son antesala de la división establecida por de calidad técnica y calidad percibida por el cliente.

Esta concepción se ha considerado como la base a los Modelos de Gestión Global de Calidad, que busca tener tres resultados en la Atención Primaria manteniendo un equilibrio entre: calidad técnica, calidad del servicio y calidad de las personas. La calidad técnica, hace referencia a la mejora en el estado de salud, medida en su mayoría por las guías de prácticas clínicas donde se determina la conducta diagnóstica y terapéutica de cada patología. Esta forma de medir la calidad es de difícil valoración para el usuario del servicio, ya que no posee la información necesaria en el campo profesional para determinar si el tratamiento o proceso médico que se recetó es el adecuado, a menos que este sea de una calidad mínima o escasa (Davins, 2011).

En segundo lugar, la calidad del servicio mide el “cómo se hace” es decir la manera en la que se brinda la atención médica, en este punto se considera el tiempo de espera, interés del profesional hacia el paciente, la información brindada y la cortesía en el servicio; es así que la calidad del servicio se determina en base a la percepción que tienen los usuarios (Davins, 2011).

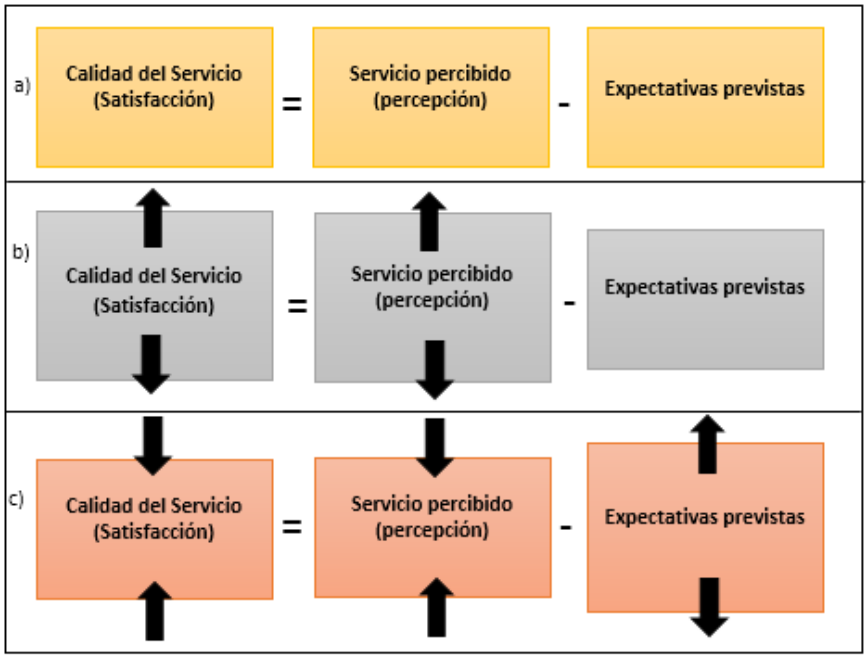
En este punto se incorpora la capacidad que posee el usuario para dar un juicio de valor sobre la manera en la que se brinda el servicio sanitario, si se cubrieron las necesidades de salud y expectativas. Para cumplir con esta dimensión de calidad, es necesario conocer las necesidades y perspectivas de los usuarios por medio de encuestas de satisfacción, entrevistas con pacientes o análisis de reclamaciones; que permitan incorporar esta valoración en los lineamientos del servicio sanitario. Según este marco conceptual el cliente es el árbitro de un servicio, por ello la satisfacción del cliente es vital para medir la calidad (Davins, 2011).

La satisfacción del usuario puede ser medida de varias maneras, una de las más aceptadas define a la calidad de servicio como la diferencia entre las expectativas y las percepciones de los usuarios. En este sentido se pueden dar diferentes escenarios: el cliente estará más satisfecho si su percepción sobre el servicio supera la expectativa, o menos satisfecho si su percepción es menor que las expectativas que tenía; cabe señalar que en este modelo las expectativas se ajustan en base al servicio percibido (Zeithaml, 1993).

Es decir, al mejorar el servicio, incrementa la percepción que tiene el cliente e incrementa sus expectativas, obligando de cierta manera al dotador del servicio a mantener en continua mejoría su servicio; véase en la Figura Nº 7 (Davins, 2011).

Figura N° 7

Calidad del Servicio y ajuste de expectativas (satisfacción del usuario)



Fuente: Davins (2011).
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida

Las expectativas de los usuarios están determinadas por las necesidades individuales, las características de su entorno, la comunicación con otros usuarios, el estado de salud, determinantes sociales, factores emocionales del cliente, entre otros aspectos que pueden modificar la percepción de la calidad de los servicios recibidos (Davins, 2011).

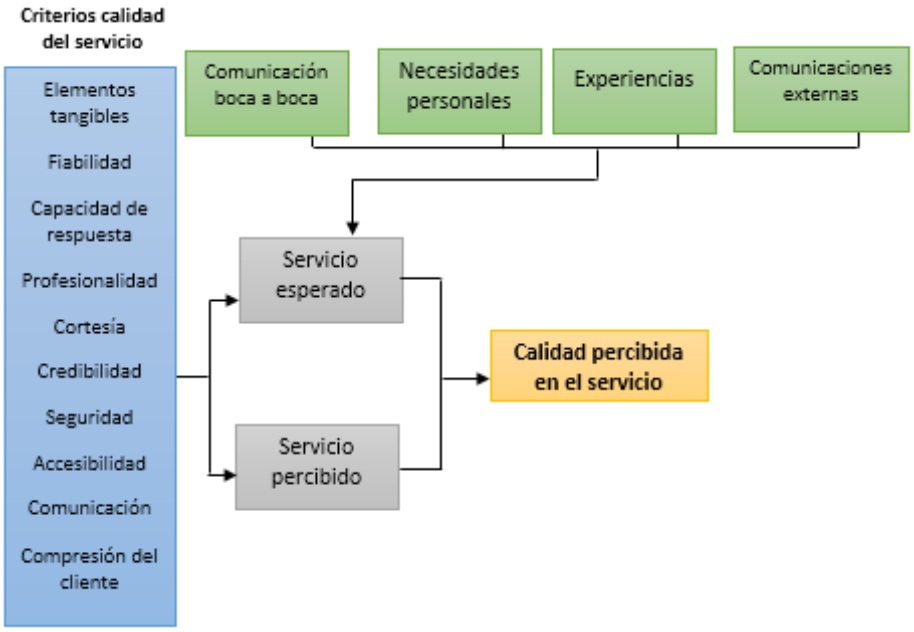
Del mismo modo la satisfacción y la percepción del individuo, está relacionado a su contexto cultural, al sistema de valores en los que vive y sus objetivos; elementos que están encadenados a más factores además de la salud. Por ello la calidad, es una cualidad esencial de la atención sanitaria para el logro de los objetivos en salud. (OMS, 2010).

Para poder establecer un sistema de salud que responda a las necesidades específicas, es importante identificar los determinantes sociales de la salud, que permitan medir las fortalezas y debilidades de las decisiones, y establecer lineamientos de políticas sociales que tengan impactos positivos en la calidad de vida. Por tanto, los determinantes de la salud de la población, se analizan con el fin de alcanzar un sistema sanitario justo y equitativo, que cubra con las necesidades de los individuos, en un marco de equidad, prevención de la morbilidad y cobertura universal (OMS, 2009)

Basado en el estudio realizado por Zeithaml (1993) para determinar la calidad de los servicios mediante el punto de vista del consumidor, se determinó en los hallazgos aportados por las sesiones de grupo realizadas, diez factores que influencian en la evaluación del usuario sobre la calidad, tanto del servicio esperado, como el servicio percibido. Cabe destacar que las expectativas del usuario están determinadas a su vez por los determinantes sociales y lineamientos individuales que fueron respaldados en la teoría de Davins (2011); véase en la Figura Nº 8 (Zeithaml, 1993).

Figura N° 8

Evaluación del cliente sobre la calidad del servicio



Fuente: Zeithaml (1993).
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida

Estas teorías de calidad fueron y son consideradas dentro de los lineamientos actuales de la salud, en 2005 se definió como objetivo por los Estados Miembros de la Organización Mundial de Salud (OMS) alcanzar la *cobertura universal,* el desarrollo socio-económico, la mejora de la calidad de vida y el bienestar humano. Para llegar al cumplimiento de este objetivo se requiere como fundamentos primordiales la promoción y la protección de la salud, que busca satisfacer las expectativas y necesidades de la población sin ningún impedimento financiero (OMS, 2010).

Es así que una atención sanitaria de calidad, está acompañada de tecnologías y programas sanitarios, que permitan lograr un sistema de salud eficiente, frente a las limitaciones en los recursos económicos y al incremento de los costos; logrando el máximo nivel de salud y beneficio social (Fadini y Vila, 2005:107).

1.9. Marco Legal y Normativo

En el marco legal del Ecuador se destacan los principales artículos que rigen el sistema regulatorio y de operación del sector salud, y como esta normativa se implementó como base para el desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural. Según la Constitución de la República del Ecuador (2008), Cap. II Sección 7, Art, 32:

> La salud es un derecho que garantiza el Estado (...). El Estado garantizará este derecho (…) y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

De igual manera se estipulan los principios de funcionamiento y las características y componentes del Sistema Nacional de Salud (SNS) en los artículos 358, 359, 360 y 361 que garanticen el derecho a la salud. En el Art. 361 se determina que el Estado ejercerá la rectoría del sistema y será responsable de garantizar el derecho a la salud (Constitución del Ecuador, 2008).

En segundo lugar, según la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (2013), en el Plan Nacional para el Buen Vivir, en relación con la constitución, se establece los objetivos, políticas y metas en salud. Entre los principales objetivos de salud se encuentran:

> **Objetivo 2:** Mejorar las capacidades y potencialidades de la población, en el que la salud y la nutrición constituyen aspectos claves para el logro de este objetivo a través de una visión integral de la salud, la atención adecuada y oportuna, acciones de prevención y una adecuada nutrición que permitan la disponibilidad de la máxima energía vital.
>
> **Objetivo 3:** Aumentar la esperanza y calidad de vida de la población": plantea políticas orientadas al cuidado y promoción de la salud; a garantizar el acceso a servicios integrales de salud (…)

En la actualización de objetivos realizados en el Plan Nacional para el Buen Vivir o Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021: Toda una Vida, el ser humano es considerado como un sujeto de derechos a lo largo de todo el ciclo de vida. En este punto la salud está considerada dentro del primer eje de trabajo, Eje 1: Derechos para todos durante toda la vida, donde se determina que la salud debe ser inclusiva y preventiva, considerada dentro del primer objetivo. Según Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (2017) se estipula:

> **Objetivo 1:** Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas.
>
> **Fundamento:** La aproximación a la salud se debe hacer con pertinencia cultural, desde la prevención, protección y promoción, hasta la atención universal, de calidad, oportuna y gratuita, concentrando los esfuerzos para combatir la malnutrición en sus tres expresiones, eliminar la prevalencia de enfermedades transmisibles y controlar las no transmisibles

Por otro Lado, según el Congreso Nacional (2006), en la Ley de Orgánica de salud en el Art. 6 estipula que:

> Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares.

Tomando esta visión, el Gobierno Nacional del Ecuador a través del Ministerio de Salud Pública, realizó una restructuración de la institucionalidad pública sanitaria en el país, que permitan cumplir con el derecho ineludible de la salud. En este sentido se dio una reorientación del Modelo de Atención y Gestión del Sistema de Salud. La implementación del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural, propuesto en el 2012, busca trabajar con las familias, para responder de manera efectiva a las necesidades de la población para mejorar la calidad de vida (MAIS, 2012).

1.9.1 Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)

En el Art. 6: Modelo de Atención de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (2006) se establece que:

> El Plan Integral de Salud, se desarrollará con base en un ***modelo de atención***, ***con énfasis en la atención primaria*** y promoción de la salud, en procesos continuos y coordinados de atención a las personas y su entorno, con mecanismos de gestión desconcentrada, descentralizada y participativa (…).

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) es el conjunto de instrumentos, normativas, reglamentos y estrategias que buscan organizar el Sistema Nacional de Salud. Es decir, es el medio por el cual se busca integrar los niveles de atención e instituciones de la red de salud, para satisfacer las necesidades de la población. Determina la articulación de las instituciones públicas y privadas que brindan servicios de salud, siendo la herramienta que integra los sectores (Ministerio de Salud Pública, 2012).

El objetivo general del modelo se orienta a la producción y cuidado de la salud con una estrategia de Atención Primaria de Salud; garantizando una respuesta oportuna, eficaz, efectiva y continua; acercando los servicios de salud a la comunidad incrementando la accesibilidad y capacidad de resolución, convirtiendo al primer nivel de atención en el inicio del sistema de salud, garantizando condiciones de una vida saludable, mediante un trato equitativo en la atención de la salud, con el fin de satisfacer las necesidades, para mejorar la calidad de vida (Ministerio de Salud Pública, 2012).

1.9.2 Componente del Modelo de Atención Integral de Salud

En el Modelo de Atención Integral de Salud, existen cuatro componentes que permiten tener la mayor capacidad organizativa y de desarrollo, cumpliendo con la función de sincronizar a los actores del Sistema Nacional de Salud y facilitar el cumplimiento de los objetivos. Según el Manual del Modelo de Atención Integral (2012), los componentes que lo conforman son: provisión de servicios, organización, gestión y financiamiento.

1.9.2.1Componente de Provisión de Servicios

En el primer componente del Modelo de Atención se define la estructura de la oferta del sistema nacional de salud. Esta oferta, responde a las características epidemiológicas, estructura de la población, cultura y vulnerabilidad; el componente de provisión cuanta con: grupos de población, conjunto de prestaciones por ciclos de vida, escenarios de atención, modalidad de atención y herramientas de prestación de los servicios (Ministerio de Salud Pública, 2012).

Grupos de población a quienes se les brinda la atención

La definición de los grupos de población responde a tres criterios de división: individuos y familiar en base a las necesidades de su ciclo de vida, grupos prioritarios establecidos en la Constitución del Ecuador y los grupos expuestos a condiciones de riesgo laboral, ambiental y social. La división de ciclo de vida, es únicamente con fines de identificación de necesidades, ya que la atención, se brinda durante todo el ciclo de vida; véase en el Cuadro Nº 4 (Ministerio de Salud Pública, 2012).

Cuadro Nº 4: Ciclos de Vida

Ciclo de Vida	Grupos de edad			
Niñez 0 - 9 años	Recién nacidos 0 -28 días	1 -11 meses	1 – 4 años	5 – 9 años
Adolescencia 10 – 19 años	Primera etapa de la adolescencia de 10 – 14 años		Segunda etapa de adolescencia de 15 – 19 años	
Adultez	20 – 64 años Adulto joven: 20 – 39 años Adulto: 40 – 64 años			
Adulto mayor	Más de 65 años			

Fuente: Ministerio de Salud Pública (2012)
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida

El segundo criterio está compuesto por los grupos de atención prioritaria. Según la Asamblea Nacional (2008), en la Constitución de la República del Ecuador Art. 35 se determina como grupos de atención prioritaria:

> **Art. 35.-** Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. (…) personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales.

Además de estos grupos prioritarios, se considera como grupo prioritario a las personas y familias en donde algún miembro tenga problemas de salud en fase terminal y requieren cuidados paliativos y a la población con riesgos sociales y culturales (Ministerio de Salud Pública, 2012).

Conjunto de prestaciones por ciclos de vida

El Modelo de Atención define a la presentación de servicios de salud como el conjunto de derechos, que el sistema de salud se compromete a proveer a la población. Estos servicios son de libre acceso, sin limitaciones por capacidad financiera, ni situación laboral; considerando al ciudadano como fin último de la dotación de servicios de salud en: promoción, prevención de enfermedades, atención y rehabilitación adecuada y oportuna. Este conjunto de prestaciones por ciclo de vida se divide en base a las necesidades de los grupos poblacionales identificados; véase Anexo 3 (Ministerio de Salud, 2012).

Escenarios de atención

Po otro lado, la oferta de atención médica tiene diferentes escenarios de atención, las atenciones sanitarias pueden ser: individuales familiares, comunitarias o ambientales. Los escenarios de atención responden a las necesidades del individuo y como sus relaciones con el entorno social. Los escenarios de atención sanitaria, funcionan de

manera articulada para permitir cumplir los objetivos establecidos en el marco legal del Sistema Nacional de Salud, por medio de la integración de la Red Pública Integral de Salud y la Red Complementaria, y del territorio (Ministerio de Salud Pública, 2012).

Modalidad de atención

Las modalidades de prestación de servicios de salud del Modelo de Atención Integral se dividen en: atención extramural, atención intramural, atención en establecimientos móviles y atención pre hospitalaria. Modalidades de atención que tienen como objetivo lograr el mayor impacto social, cubriendo las necesidades en atención sanitaria. La atención extramural o comunitaria, identifica los posibles riesgos a los que pueden estar expuestos las comunidades (Ministerio de Salud Pública, 2012).

Por otro lado, la atención intramural, modalidad de atención que se analiza en la presente investigación, se proporciona en los establecimientos de salud de los tres niveles. Esta modalidad está bajo las normas y protocolos clínicos de la Autoridad Sanitaria Nacional, garantizando la calidad, calidez, oportunidad y continuidad de los servicios sanitarios. Las actividades principales que se realizan en esta modalidad de atención son: atención de especialidades y morbilidad, según el nivel de resolución (Ministerio de Salud Pública, 2012).

Estrategias y herramientas de prestación de los servicios de salud

Las estrategias que se presentan en el Modelo de Atención son herramientas extramurales que permiten cubrir mayor demanda de servicios de salud. Existen tres herramientas estipuladas por el Ministerio de Salud: visitas domiciliarias, fichas familiares y criterios de dispensarización. Las herramientas establecidas para la provisión de oferta de servicios sanitarios están relacionadas, con una secuencia que permite determinar las actividades necesarias para la población. Estas herramientas ayudan a la planificación e identificación de prioridades sanitarias; véase Anexo 4.

1.9.2.2Componente de Organización

La provisión de servicios sanitarios fue homologa en el 2012, esta tipología establecida en el Sistema Nacional de Salud, organizó la atención por niveles de atención: Nivel I, II, III y IV. Organización que tiene como objetivo mejorar la capacidad de respuesta de los centros de atención, en base a la complejidad de la patología. En el Acuerdo Ministerial No. 1203, el nivel de complejidad al que responde cada unidad de atención,

es el grado de especialización y tecnificación que posee para desarrollar los servicios de salud (Ministerio de Salud Pública, 2012).

Como disposición general de la homologación de los centros de atención, se determinó que en todos los establecimientos de salud se establecerá la estrategia de atención primaria de salud. Dado que, el primer nivel de atención es la puerta de entrada obligatoria al Sistema Nacional, donde aproximadamente el 80% de problemas de salud deben resolverse, por ser el más cercano a la población (Ministerio de Salud, 2012).

La tipología establecida por el Ministerio de Salud Pública (2012), en el Acuerdo Ministerial No. 1203 es la siguiente; véase Cuadro Nº 5.

Cuadro Nº 5: Tipología de las Unidades Operativas del SNS

NIVELES DE ATENCIÓN, NIVELES DE COMPLEJIDAD, CATEGORIA Y NOMBRES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD			
Niveles de Atención	**Definición**	**Categoría de establecimientos de salud (Complejidad)**	**Nombre**
Primer Nivel de Atención	Debe cubrir a toda la población y resolver las necesidades básicas más frecuentes de la comunidad, enfatiza su atención en promoción y prevención	I-1	Puesto de Salud
		I-2	Consultorio General
		I-3	Centro de Salud-A*
		I-4	Centro de Salud-B*
		I-5	Centro de Salud-C*
Segundo Nivel de Atención	Comprende los servicios de atención ambulatoria especialidad y de hospitalización, es el flujo directo del primer nivel de atención, continuidad de la atención iniciada en el I Nivel de Atención, su misión es extender la cobertura de atención.	**AMBULATORIO**	
		II-1	Consultorio de especialidad clínico-quirúrgico
		II-2	Centro de especialidades
		II-3	Centro clínico-quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día)
		HOSPITALARIO	
		II-4	Hospital Básico
		II-5	Hospital General
Tercer Nivel de Atención	Servicios ambulatorios y hospitalarios especializados y de especialidades, los Centros Hospitalarios son de referencia nacional, resuelven problemas de alta complejidad.	**AMBULATORIO**	
		III-1	Centros especializados
		HOSPITALARIO	
		III-2	Hospital especializado
		III-3	Hospital de especialidades
Cuarto Nivel de Atención	Concentra la experimentación clínica de procedimientos, cuya evidencia no es suficiente para poder instaurarlos en una población.	IV-1	Centros de experimentación clínica de alta especialidad

*** Anexo 5:** Tipología y Características de los Centros de Salud A-B-C
Fuente: Ministerio de Salud Pública (2014)
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida

A demás de los cuatro niveles de atención divididos por su complejidad, en la tipología de las unidades de atención existe una clasificación de servicios de apoyo (Ministerio de Salud, 2014).

El Primer Nivel de Atención, es el inicio de los flujos de pacientes a la Red Pública Integral de Salud. El Modelo de Atención Integral centra gran parte de su normativa y lineamientos en la atención primaria, y con ello en el I Nivel de Atención. La asignación de las unidades de atención que forman el I Nivel de Atención, responden a criterios de planificación territorial como: características geográficas y demográficas, perfil epidemiológico de la población y el análisis de oferta y demanda (Malo, 2013).

1.9.2.3 Componente de Gestión

En este componente se describen los procesos por los que se da soporte a la provisión y organización de los servicios de salud; para garantizar la calidad, con resultados positivos de impacto social. La metodología responde a la identificación de las necesidades de los servicios sanitarios, para determinar insuficiencias sanitarias y la asignación de prioridades en la gestión administrativa, para la posterior implementación de proyectos que permitan mejor las condiciones de vida de la población, contemplando los recursos y presupuesto (Ministerio de Salud Pública, 2012).

1.9.2.4 Componente de Financiamiento

En el último componente establecido en MAIS-FCI, se estipulan las fuentes de financiamiento que tendrán los proyectos, programas y prestaciones de servicios sanitarios. Esta asignación presupuestaria se contempla bajo las necesidades históricas del territorio y su capacidad de gasto; directrices que se analizan cada año para la asignación de presupuesto a cada unidad ejecutora (Ministerio de Salud, 2012).

Según el Art. 366 de la Constitución del Ecuador (2008), los lineamientos que determinan la asignación presupuestaria están definidos por: densidad poblacional, grado de dispersión de la población, vías de acceso, pirámide poblacional, nivel socioeconómico, características culturales, perfil epidemiológico, determinantes de salud, entre otros. El financiamiento, proviene de las instituciones que prestan servicios de salud y forman parte de la Red Integral de Salud Pública y Complementaria (Ministerio de Salud, 2012).

En el resultado de la fundamentación teórica detallada, se tomará como lineamiento para la presente investigación, a la salud desde una concepción de bienestar y factor que influye en el desarrollo de la población, en el desenvolvimiento del individuo en sus actividades diarias y su calidad de vida. Por otro lado, los determinantes ambientales, biológicos y sociales que afectan la calidad de vida, son considerados como el conjunto de factores que pueden ser beneficiosos para la salud, desde la identificación de necesidades y focalización de recursos en los aspectos que requerían ser tratados, para la mejora de la salud individual y colectiva.

En este sentido el consumo de servicios de salud, es asociado a la búsqueda de bienestar para garantizar un estado físico y mental que permita incrementar la productividad de un individuo; asociando este mercado existente de servicios sanitarios a la economía, frente a la limitación de los recursos y la necesidad de consumo, la evaluación de la economía de la salud permite determinar la mejor opción de gestión de los servicios sanitarios, para alcanzar los mejores resultados para la población.

El bienestar al ser un concepto subjetivo y con imposibilidad de establecer comparaciones interpersonales en la población, se toma desde una perspectiva más amplia que la satisfacción de necesidades básicas, incorporando elementos que definan de mejor manera la calidad de vida, sin ser simplificado a la visión de una maximización utilitarista.

Dentro de una visión integral de los servicios de salud en el primer contacto con la población, Atención Primaria, se considera la necesidad de incorporar una planificación, programación y evaluación del servicio, con miras a cumplir el objetivo de contar con un sistema de calidad, que se encargue de la resolución de los principales problemas de salud de la población. Determinando a la calidad del servicio mediante el punto de vista del consumidor, basado en los factores de evaluación del usuario sobre la calidad; dado por la diferencia entre el servicio percibido y el esperado.

El propósito del MAIS se dirige a orientar las acciones integradas de los actores del Sistema Nacional de Salud para poder garantizar la normativa del Ecuador, tanto el derecho a la salud como el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir. En este sentido el objetivo principal del MAIS es integral las acciones de los diferentes niveles de salud, acercándose a la realidad del individuo a su contexto de vida; fundamento normativo que es evaluado en la investigación basado en la satisfacción de los usuarios del primer nivel de atención sanitaria.

Capítulo1: El servicio de Salud Pública en el Distrito N° 1 de Latacunga

En este capítulo se presenta una descripción sobre la evolución que ha tenido la estructura implementada y ejecutada del Sistema de Salud Pública del Ecuador, sus lineamientos operativos y organización, con énfasis en la Atención Primaria y el Nivel Distrital. Considerando a todas las modificaciones del Sistema de Salud Pública como estrategias para el mejoramiento de los servicios sanitarios, para incrementar la calidad de vida y desarrollo socio-económico; ideas respaldadas en el marco teórico de la presente investigación.

Se describe en primer lugar los lineamientos operativos, organización y estructura que se incorporó en el Sistema de Salud Pública mediante la Red Integral de Salud y el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), factores que serán la base de la propuesta de lineamientos de política pública que permitan incrementar la calidad de los servicios de salud.

En segunda instancia, se realiza una descripción y análisis de la demografía del cantón, junto con una descripción de los principales indicadores de salud del Distrito Nº 1 de Latacunga. Guías que describen la situación epidemiológica del cantón y los cambios que se han presentado en el periodo de estudio 2010-2016.

2.1 Estructura del Sistema de Salud del Ecuador

La estructura del Sistema de Salud, parte de la Constitución del Ecuador, en el Capítulo I: Del derecho a la salud y su protección, se establece que todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, estarán sujetos a la Ley Orgánica de Salud, tanto en normativa como en reglamentos, para la ejecución de actividades relacionadas con la salud (Congreso Nacional, 2002).

Establecida la salud como un derecho, el Sistema Nacional de Salud tiene la finalidad de mejorar el nivel de salud y calidad de vida de la población. Cabe mencionar que en el Sistema de Salud se contemplan las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias que ofrezcan servicios de salud. Es así que los objetivos que tiene el Sistema Nacional de Salud son (Congreso Nacional, 2002):

- Garantizar el acceso equitativo y universal de atención integral de salud.
- Proteger integralmente a las personas de los riesgos y daños a la salud.

- Promover, la coordinación, complementación y desarrollo de las instituciones que brinden servicios de salud.
- Incorporar la participación ciudadana en la planificación y veeduría de las acciones.

Estos objetivos se llevan a cabo siguiendo los principios de: equidad, calidad, eficiencia, participación, pluralidad, solidaridad, universalidad, descentralización y autonomía; para alcanzar la efectividad de las acciones sanitarias, basado en la atención con calidez y la satisfacción de los usuarios y sus necesidades (Congreso, 2002).

Establecida la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, el sistema de salud del Ecuador se compone por dos grandes grupos: el sector público y privado, divididos en (La ley Orgánica de Salud, 2006):

- ***Sector Público:*** Ministerio de Salud Pública (MSP), Ministerios y Consejos Nacionales, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituciones de Defensa Nacional, Organismos Seccionales, Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD'S)
- ***Sector privado:*** Con fines de lucro y sin fines de lucro

Dentro de esta división se puede identificar financiamiento, establecimientos, proveedores y usuarios de la estructura del Sistema de Salud; véase en la Figura Nº 9 (Lucio, Villacrés y Henríquez, 2011).

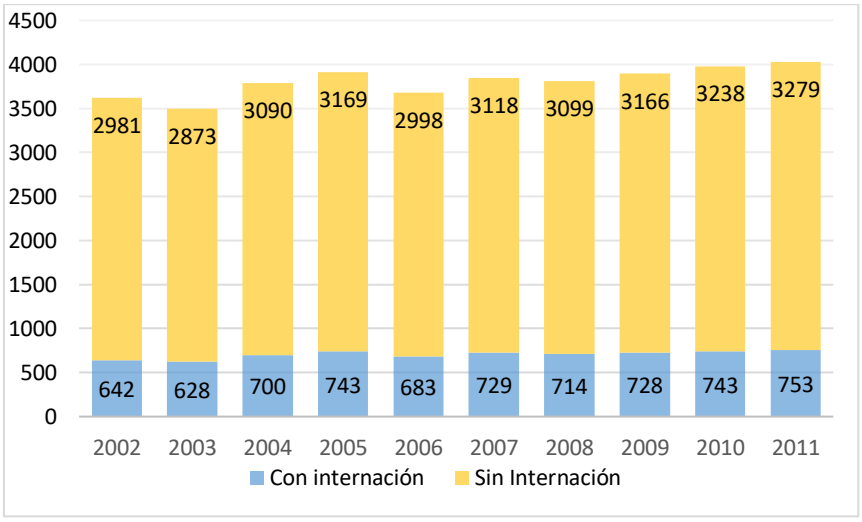
Figura N° 9: Estructura del Sistema de Salud del Ecuador



Fuente: Lucio, Villacrés y Henríquez (2011)
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida

Definidos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, la Ley de Orgánica del Sistema Nacional de Salud (2002), se estipula que el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud será de manera descentralizada, desconcentrada y participativa. A partir de los cambios en la estructura del Sistema Nacional de Salud, han existido variaciones en el total de instituciones que prestan servicios de salud. Los establecimientos de salud con y sin internación hospitalaria que se han registrado en el Anuario de Recursos y Actividades de Salud del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), presentan la siguiente evolución; véase en el Gráfico Nº1.

Gráfico Nº 1: Establecimientos de Salud con y sin internación hospitalaria



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2011)
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida

En el año 2011 se registraron 4.032 establecimientos de salud, de los cuales 753 unidades de atención cuentan con internación hospitalaria, correspondiente al 18,68%; y 3.279 son establecimientos sin internación hospitalaria, el 81,32%. En comparación con el número total de establecimientos de salud del 2002, 3.623 centros de atención, para 2011 existió un incremento del 11.28%, porcentaje que ha ido incrementando paulatinamente desde 2002 hasta el último Anuario de Recursos y Actividades de Salud 2011 (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2011).

Del total de establecimientos registrados en 2011, 748 establecimientos son del sector privado, es decir el 18,55%. Mientras que el 81.45% restante, corresponde a 3.284 centros de atención públicos con y sin internación hospitalaria. Del total de unidades de atención públicas del 2011, el número de establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública sin internación fue 1.856, correspondiente al 56,52% (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2011).

Dada la participación del Ministerio de Salud Pública, con respecto al número de establecimientos de salud; y basado en la problemática planteada en la presente investigación, se describe a continuación los objetivos, lineamientos y responsabilidades de las principales instituciones, que por descripción del marco normativo se encuentran involucradas en la dotación de servicios de salud.

2.1.1Ministerio de Salud Pública (MSP)

El Ministerio de Salud Pública se creó el 16 de junio de 1967, por la Asamblea Nacional Constituyente, institución que tenía como objetivo planificar, gestionar, coordinar y controlar el sector de la salud en el país. Según la Ley Orgánica de Salud (2006) se establece que el Ministerio de Salud Pública es la máxima autoridad sanitaria nacional.

En 2014 se desconcentró su gestión, conforme al Registro Oficial que dividió al territorio nacional en 9 zonas, 140 distritos y 1.134 circuitos; véase Anexo 1. Dejando a nivel nacional como funciones centrales del ministerio la coordinación, planificación, regulación, evaluación, control y rectoría (Ministerio de Salud Pública, 2014).

Como unidades administrativas distritales de control de calidad, según el Acuerdo Ministerial Nº 4520: Estatuto Orgánico sustitutivo de Gestión Organización por procesos del Ministerio de Salud Pública (2013) tiene como gestión interna: la provisión y calidad de los servicios de salud, medicamentos y dispositivos médicos. El proceso de restructuración del Ministerio de Salud Pública se realizó en el período 2011-2012, con el objetivo de fomentar la creación de un mejor modelo de gestión, para incrementar la capacidad, eficiencia y mejorar la calidad de vida de la población.

Con la problemática planteada en el presente tema de investigación, las estrategias de mayor consideración en la disertación, serán los cambios realizados en la estructura de la oferta de salud del Ecuador; es decir, la nueva organización del Sistema de Salud, y las consideraciones de la calidad del servicio de salud.

2.2. Red Pública Integral de Salud (RPIS)

En la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (2002), planteados los objetivos del Sistema Nacional de Salud, en el Capítulo II: del plan integral de salud, se estipula:

> **Art. 5.-** Para el cumplimiento de los objetivos propuestos, el Sistema Nacional de Salud implementará el Plan Integral de Salud, (…) como estrategia de Protección Social en Salud, será accesible y de cobertura obligatoria para toda la población, por medio de la Red Pública y Privada de proveedores (…).

La definición de La Red Pública Integral de Salud (RPIS) se determina como la unión organizada, de las instituciones públicas que brindan servicios de salud, para la prestación y coordinación de acciones para la dotación de los servicios de salud a la población ecuatoriana (Congreso Nacional, 2002).

El Sistema Nacional de Salud, establece mecanismos de: aplicación consensuada del modelo de atención, establecimiento de normas técnicas y protocolos comunes, modalidades de gestión institucional y celebración de convenios entre las entidades del sistema; para que las instituciones garanticen su operación, manteniendo la calidad, continuidad y complementariedad de la asistencia médica (Congreso Nacional, 2002).

La Red Pública Integral de Salud (RPIS) tiene como principal objetivo construir el Sistema Nacional de Salud, para garantizar el acceso universal a los servicios públicos de salud, con atenciones de calidad, eficiencia y sin costo, con miras a lograr la universalidad y gratuidad de los servicios de salud (Congreso Nacional, 2002).

La creación de la RPIS delimitó un compromiso conjunto de las instituciones prestadoras de servicios de salud, es así que en el Convenio Interinstitucional N° 0000017 entre el Ministerio de Salud Pública y las instituciones adscritas; se establecieron las directrices, atribuciones y competencias de los miembros de la red (MSP, 2015).

2.2.1. Organización Territorial de la Red Pública Integral de Salud

Para lograr el cumplimiento de los objetivos establecidos en el marco legal y de constitución de la Red Pública Integral de Salud, la organización de la atención integral e integrada de salud construye flujos de atención divididos por zonas, distritos y circuitos, que definen las dimensiones territoriales de la red en: Red zonal de salud, Microred distrital de salud y Macrored (Ministerio de Salud Pública, 2014).

Bajo los niveles de desarrollo del tema de investigación, la división contemplada dentro de la RPIS es la Microred, conformada por los establecimientos públicos de servicios de salud, que cubre el territorio de un distrito y sus circuitos, incluye los establecimientos del primer nivel y en caso de existir, hospital básico. En estas instituciones la articulación de la red, se la realiza basado en la tipología del establecimiento de salud, que basado en la atención de primer nivel se divide en la siguiente (Ministerio de Salud Pública, 2014):

- **Centro de Salud Tipo A**: hasta 10.000 habitantes
- **Centro de Salud Tipo B:** de 10.001 a 50.000 habitantes
- **Centro De Salud Tipo C:** de 25.001 a 50.000 habitantes

La organización de los servicios de salud en red permite garantizar de mejor manera la capacidad de respuesta del sector frente a riesgos de salud, desastres naturales y dificultades financieras, la conformación de las redes se podrá formar en base a las necesidades de salud que se presente (Ministerio de Salud Pública, 2014).

2.2.2. Estructura de Gestión de la Red Pública Integral de Salud

La estructura de gestión se refiere a los medios por los cuales se articulan y se direcciona la Red Pública Integral de Salud y la Red Complementaria. El proceso considerado a nivel distrital es el proceso de desconcentrado, este proceso tiene el fin de formar las redes territoriales, que permita vincular a las unidades de atención pública y privada, para resolver de la manera más eficiente y efectiva las necesidades sanitarias de la población local, vinculado los establecimientos desde el primer contacto con el usuario hasta el mayor nivel de complejidad (Ministerio de Salud Pública, 2014).

Para consolidar la RPIS, el Ministerio de Salud Pública direcciona las funciones de los servicios de salud mediante el Modelo den Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). Este mecanismo permite incorporar las políticas, objetivos, normas, prestación, gestión y financiamiento de los servicios de salud, el funcionamiento en red y asegurar la articulación. Es importante recalcar que, el MAIS-FCI como modelo no se debe individualizar de la RPIS ya que fueron diseñados de manera conjunta (Ministerio de Salud Pública, 2014).

El Modelo de Gestión de la RPIS, MAIS-FCI, tiene como fin conducir a una mayor capacidad resolutiva, mediante el intercambio y la colaboración. Permite que la Red Pública Integral de Salud y la Red Complementaria, en todos los niveles de atención, coordinen, desarrollen y completen las actividades de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos a los usuarios del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Salud Pública, 2014).

2.5. Indicadores demográficos del Cantón Latacunga

El cantón Latacunga, capital de Cotopaxi se fundón el 27 de octubre de 1584, en sus límites se encuentra: al norte, el cantón Mejía y Sigchos; al sur Salcedo y Pujilí; al este,

Archidona y Tena y al oeste, Saquisilí, Pujilí y Sigchos; con una extensión de 138.630,57 has. Está conformado por 5 parroquias urbanas y 10 rurales, las parroquias urbanas son: La Matriz, Ignacio Flores, Eloy Alfaro, Juan Montalvo, San Buenaventura; y las parroquias rurales son: Aláquez, Pastocalle, Joseguango Bajo, Belisario Quevedo, Guaytacama, Poaló, Once de Noviembre, Tanicuchí, Mulaló y Toacaso (Gobierno Autónomo Descentralizado del cantón Latacunga, 2015).

El cantón Latacunga ha presentado un incremento poblacional del 1.88% desde 1990 al censo 2010, donde se registró un total 170.489 habitantes. En relación al total de habitantes de la provincia de Cotopaxi, Latacunga cuenta con el 41.66% del total de población, donde un 37.45% corresponde al sector urbano y un 62.55% al rural; véase Cuadro Nº 6 y Cuadro Nº 7 (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010).

Cuadro Nº 6: Distribución Demográfica de Cotopaxi por cantón

Cantón	Población	Porcentaje
LATACUNGA	170489	41.66
LA MANA	42216	10.32
PANGUA	21965	5.37
PUJILI	69055	16.88
SALCEDO	58216	14.23
SAQUISILI	25320	6.19
SIGCHOS	21944	5.36
TOTAL PROVINCIA	**409205**	**100%**

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo: Censo de Población y Vivienda (2010)
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida

Cuadro Nº 7: Distribución Demográfica de Cotopaxi (Cantón: Urbano/Rural)

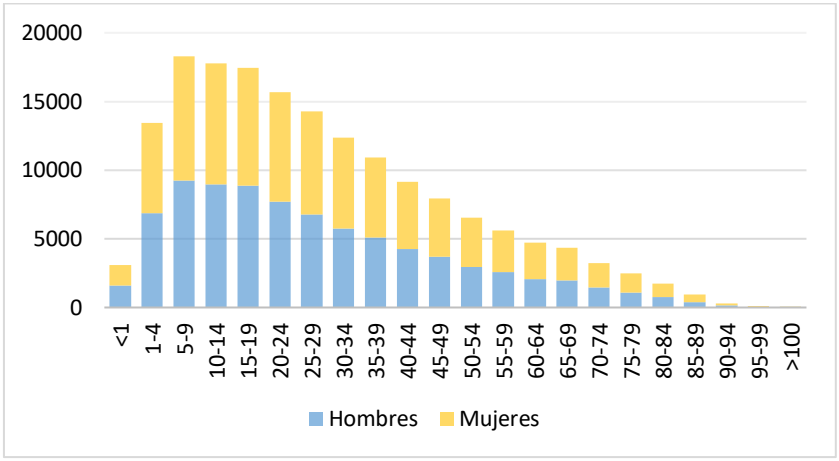
URBANO			RURAL		
Cantón	**Población**	**Porcentaje**	**Cantón**	**Población**	**Porcentaje**
LATACUNGA	63842	15.60	LATACUNGA	106647	26.06
LA MANA	23775	5.81	LA MANA	18441	4.51
PANGUA	1649	0.40	PANGUA	20316	4.96
PUJILI	10064	2.46	PUJILI	58991	14.42
SALCEDO	12488	3.05	SALCEDO	45728	11.17
SAQUISILI	7205	1.76	SAQUISILI	18115	4.43
SIGCHOS	1947	0.48	SIGCHOS	19997	4.89
Total, Pob. Urbana	**120970**	**29.56**	**Total, Pob. Rural**	**288235**	**70.44**

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]: Censo de Población y Vivienda (2010)
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida

En el cantón Latacunga, según el INEC (2010) en el Censo de Población y Vivienda, la mayor parte de la población se encuentra entre los 5 y 39 años de edad, con un total de 106.782 habitantes, correspondientes al 62.63% de la población. Del total de la

población de cantón, 51.73% son mujeres (88.188 habitantes) y 48.27% son hombres (82.301 habitantes); véase en el Gráfico Nº 2.

Gráfico Nº 2 Distribución Poblacional por Grupo Etario y Sexo



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]: Censo de Población y Vivienda (2010)
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida

En el cantón Latacunga, según el Censo de Población y vivienda (2010), existen 306.72 personas de 35 a 64 años por cada anciano, relación entre el número de personas que podrían hacerse cargo de una persona de 65 o más años. Por otro lado, el índice de envejecimiento de la población es de 25.01 ancianos por cada 100 habitantes, el segundo índice más alto en la provincia después del cantón de Salcedo (INEC, 2010).

Para el año 2010 del total de 170.489 habitantes de Latacunga, el 86.42% de la población se auto identificó según cultura y costumbres como mestizo. Por otro lado, el segundo grupo étnico identificado es el indígena con el 8.53% del cantón, según el Censo de Población y Vivienda 2010; véase el Cuadro Nº 8 (INEC, 2010).

Cuadro Nº 8: Auto identificación según cultura y costumbres

Auto identificación	Nº Personas	Porcentaje
MESTIZO	147333	86.42%
INDIGENA	14549	8.53%
BLANCO	4644	2.72%
AFROECUATORIANO	1859	1.09%
MONTUBIO	1152	0.68%
MULATO	606	0.36%
NEGRO	110	0.06%
OTRO	236	0.14%
TOTAL	**170.489**	**100%**

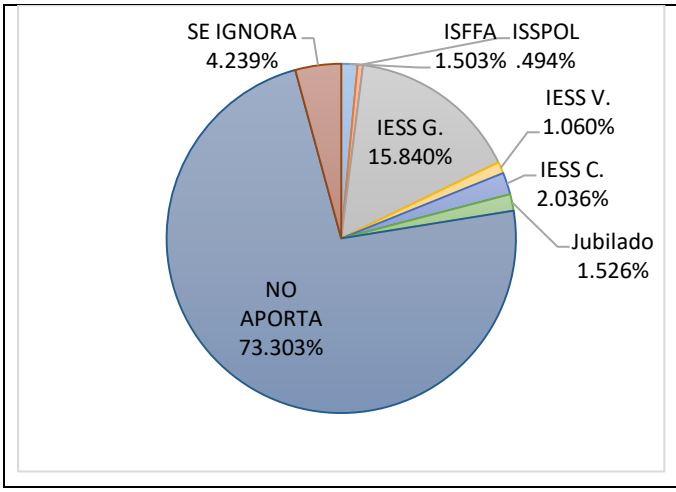
Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos: Censo de Población y Vivienda (2010)
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida

2.6 La salud en el cantón Latacunga

El cantón de Latacunga ha presentado diferentes cambios en las estadísticas de salud desde el 2010 al 2016; como marco de inicio de la investigación, se analizará la población que cuenta con afiliación a la seguridad social, y por tanto acceso a la atención que brinda estas unidades de atención sanitaria, y de no tener este aporte a la seguridad social las opciones de acceso a salud pública.

Según el INEC (2010), en el Censo de Población y Vivienda, del total de población mayores de 12 años, el 73.3% no aporte o es afiliado a la seguridad social, el 15.84% aporta al IESS general. El 6,62% corresponde a un total de 13.946 pobladores que cuentan con seguro IESS voluntario, IESS seguro campesino, ISSFA, ISSPOL o Jubilado del IESS/ISSFA/ISSPOL; mientras que el 4,24% restante ignora si cuenta con afiliación a algún seguro; véase en el Gráfico Nº 3.

Gráfico Nº 3 Aporte o Afiliación a la Seguridad Social

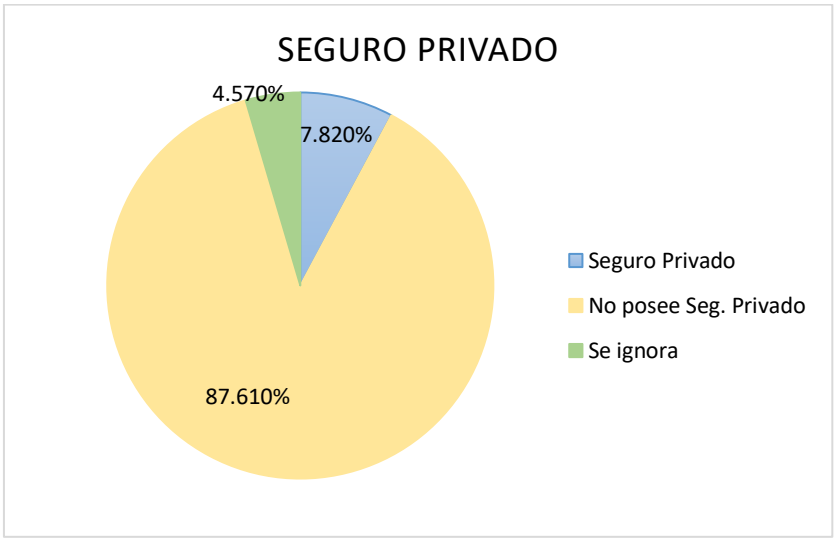


APORTE O AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL	
SEGURO	**TOTAL**
NO APORTA	94.160
IESS General	20.347
SE IGNORA	5.445
IESS Campesino	2.615
Jubilado	1.960
ISFFA	1.931
IESS Voluntario	1.361
ISSPOL	634
Total (Mayores de 12 años)	**128.453**

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]: Censo de Población y Vivienda (2010)
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida

A demás de la seguridad social, según el INEC (2010), en el cantón existe un total de 13.345 personas que cuentan con un seguro privado, representando al 7.83% de la población. El 87.61% de la población no cuenta con seguro privado, y el 4.57% restante ignora si aporta a un seguro privado; véase Gráfico Nº 4.

Gráfico Nº4: Seguro Privado Latacunga



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]: Censo de Población y Vivienda (2010)
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida

Este diagnóstico de partida permite identificar una demanda potencial hacia la salud pública, argumento que toma fortaleza al analizar que el 73.30% de la población no cuenta con la opción de acudir al seguro social por atención médica; dejando como única opción de salud gratuita el primer nivel de salud, ya que este es el inicio obligatorio para acceder a la Red Integrada de Salud Pública.

Analizando las cifras de fertilidad del cantón, el porcentaje de mujeres en edad fértil (15 a 49 años), según el INEC (2010) en el Censo de Población y Vivienda, es del 51,77%, el segundo porcentaje más alto de la provincia luego del cantón La Mana con el 51,94%. Po otro lado, en el cantón de Latacunga, del total de nacidos vivos, tanto el sector urbano como rural, el mayor porcentaje se presenta en mujeres de 15 a 19 años de edad; con un 13,67% correspondientes a 8.392 nacimientos al 2010. De un total de 61.377 nacimientos, el 38,53% de hijos nacidos vivos del cantón, se presentan en las mujeres de 15 a 29 años de edad; véase Cuadro Nº 9.

Cuadro Nº 9: Número de hijos nacidos vivos por Grupos de edad

Grupos de edad	URBANO		RURAL		TOTAL	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
15 a 19 años	3044	12.60	5348	14.37	8392	13.67
20 a 24 años	3102	12.84	4720	12.68	7822	12.74
25 a 29 años	2975	12.32	4464	11.99	7439	12.12
30 a 34 años	2664	11.03	3859	10.37	6523	10.63
35 a 39 años	2453	10.16	3356	9.02	5809	9.46
40 a 44 años	2174	9.00	2665	7.16	4839	7.88
45 a 49 años	1907	7.90	2275	6.11	4182	6.81
50 a 54 años	1529	6.33	2056	5.52	3585	5.84
55 a 59 años	1225	5.07	1779	4.78	3004	4.89
60 a 64 años	885	3.66	1697	4.56	2582	4.21
65 a 69 años	725	3.00	1637	4.40	2362	3.85
70 a 74 años	518	2.14	1212	3.26	1730	2.82
75 a 79 años	411	1.70	980	2.63	1391	2.27
80 a 84 años	291	1.20	681	1.83	972	1.58
85 a 89 años	155	0.64	348	0.93	503	0.82
90 a 94 años	71	0.29	100	0.27	171	0.28
95 a 99 años	17	0.07	39	0.10	56	0.09
100 años y mas	5	0.02	10	0.03	15	0.02
Total	**24151**	**100%**	**37226**	**100%**	**61377**	**100%**

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]: Censo de Población y Vivienda (2010)
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida

La tasa de fecundidad y natalidad, según la información proporcionada por el Distrito Nº1 de Latacunga presenta variaciones constantes desde el 2012 al 2016. El total de nacimientos del cantón en promedio se encuentra en 4.224 por año, con una variación del 7.65%. La tasa de natalidad, calculado sobre el total de nacidos vivos sobre la población manifiesta los siguientes resultados, véase Cuadro Nº 10

Cuadro Nº 10: Tasa de Natalidad Latacunga

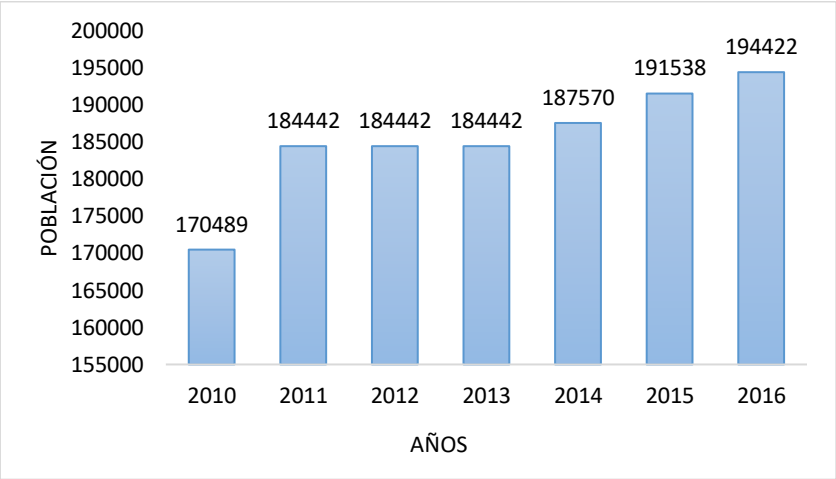
Año	2012	2013	2014	2015	2016
Población Total	184442	184442	187570	191538	194422
Total Nacimientos	3304	4303	4334	4951	4229
TASA DE NATALIDAD	**17.9**	**23.3**	**23.1**	**25.8**	**21.8**

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Distrito Nº1 Latacunga
Elaboración: María de la Paz Bonilla

En este indicador las tasas de natalidad se calculan en base al estimado de la población que realiza el Ministerio de Salud Pública para el cantón, al ser una información proporcionada por el distrito la data analizada considera estas proyecciones. Para el año 2011, 2012 y 2013 el estimado de la población para el cantón fue un 8.18% más que la determinada en 2010 en el Censo de Población y Vivienda; por otro lado, para el 2014 el incremento de la población fue de un 1.66% en relación a la población del 2013,

y para el 2015 se proyectó una variación positiva del 2.11%. Para el 2016 el cantón tuvo una proyección de 194.422 habitantes; véase Gráfico Nº 5.

Gráfico Nº5: Proyección Poblacional Latacunga



Fuente: Ministerio de Salud Pública, Distrito Nº1 Latacunga
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida

Estas proyecciones poblacionales realizadas por el distrito, han presentado variaciones en el periodo de análisis, pero no mantienen una metodología establecida para ser realizada. Por lo tanto, para la metodología de la presente investigación se utilizó como universo a la población registrada en el Censo de Población y Vivienda como inicial en el cantón. Con la proyección poblacional del Ministerio de Salud se calculó la tasa de fecundidad; véase Cuadro Nº 11.

Cuadro Nº 11: Tasa de Fecundidad Latacunga

Año	2012	2013	2014	2015	2016
Población Total	42375	74573	83938	54848	59428
Total Nacimientos	3304	4303	4334	4951	4229
TASA DE FECUNDIDAD	**78.0**	**57.7**	**51.6**	**90.3**	**71.2**

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Distrito Nº1 Latacunga
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida

El número total de nacidos vivos, sobre la población femenina en edad fértil (15 a 49 años), presenta variaciones similares a las encontradas en la tasa de natalidad, pero, a pesar de tener similitudes en el comportamiento, no mantienen una tendencia estable o permanente. Tanto la tasa de fecundidad, como la tasa de natalidad en los diferentes años fluctúan con incrementos y decrecimientos en sus respectivos resultados.

En el cantón Latacunga los mayores casos de mortalidad se presentan por politraumatismos por accidentes de tránsito y neumonía-bronconeumonía según la tipificación de enfermedades del Ministerio de Salud.

Este comportamiento no ha tenido mayores variaciones a lo largo de los años, desde el 2010 al 2016 los casos de mortalidad y por tanto las tasas de mortalidad asociadas a estas enfermedades presentan variaciones positivas y negativas, pero siguen siendo las principales del cantón.

Del total de defunciones del cantón, de las 15 principales causas registradas en el 2010-2016, el 18.63% son ocasionadas por politraumatismos por accidentes de tránsito, mientras el 15.50% por neumonía-bronconeumonía. Es decir, el 34.12% de defunciones del cantón se presentan por estas tipologías.

Las 15 principales causas de mortalidad de cantón presentan variaciones en posicionamiento en cada año. A pesar de ello, las tipificaciones de politraumatismos por accidente de tránsito, neumonía bronconeumonía y cáncer, son las enfermedades que más veces se han presentado desde el 2010 al 2016.

En el 2010, 2011 y 2012 la primera causa de mortalidad en el cantón fue por algún tipo de cáncer en la población, a pesar que los accidentes de tránsito o las enfermedades respiratorias no fueron la primera causa, el número de casos presentados es menor en promedio con 12 casos por tipología con respecto al cáncer.

Para cierre del 2013, el 23.91% de defunciones se registraron por politraumatismos por accidentes de tránsito y 17.39% por neumonía bronconeumonía, del total de 414 casos reportados entre las 15 causalidades principales de defunción.

Para el año 2014, el 23.20% de defunciones registradas entre las principales causas de mortalidad, fueron por accidentes de tránsitos; mientras que las defunciones por neumonía bronconeumonía representaron un 15.54%; véase en el Cuadro Nº 12.

Cuadro Nº 12: Principales causas de Mortalidad (Número de casos)

CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL							
No.	AÑOS	Número de casos					
	CAUSAS DE MORTALIDAD	2010	2011	2012	2013	2014	2016
1	Politraumatismos por accidente de tránsito	69	49	71	99	103	73
2	Neumonía Bronconeumonía	65	62	49	72	69	69
3	Cáncer	87	81	82	24		33
4	Senilidad	37	39	36	28	31	27
5	Infarto Agudo de Miocardio	25			25	58	39
6	Insuficiencia Cardiaca Congestiva	23	36	68	38	45	22
7	Accidente Cerebro Vascular	21	21	31			
8	Hipertensión Arterial	18	24	51	46	43	31
9	Cirrosis Hepática	17					
10	Diabetes	16	19	29	29		23
11	Insuficiencia Renal		33	15		25	26
12	Sepsis		25		26	30	

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Distrito Nº1 Latacunga
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida

La tasa de mortalidad, desde el año 2010 al 2016, con respecto a los casos registrados por politraumatismos por accidentes de tránsito, en promedio es de 5.27 por cada mil habitantes. Por otro lado, el promedio en la tasa de mortalidad por neumonía bronconeumonía es del 4.42 por cada mil habitantes; véase Cuadro Nº 13.

Cuadro Nº 13: Principales causas de Mortalidad (Tasa x 1000 hab.)

CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL							
No.	AÑOS	Tasa x 1000 habitantes					
	CAUSAS DE MORTALIDAD	2010	2011	2012	2013	2014	2016
2	Politraumatismos por accidente de tránsito	5.45	3.87	5.60	7.40	5.55	3.75
5	Neumonía Bronconeumonía	5.13	4.89	3.87	5.38	3.72	3.55
1	Cáncer	6.87	6.39	6.47	1.79		1.70
4	Senilidad	2.92	3.08	2.84	2.09	1.67	1.39
3	Infarto Agudo de Miocardio	1.97			1.87	3.13	2.01
6	Insuficiencia Cardiaca Congestiva	1.82	2.84	5.37	2.84	2.43	1.13
7	Accidente Cerebro Vascular	1.66	1.66	2.45			
8	Hipertensión Arterial	1.42	1.89	4.02	3.44	2.32	1.59
9	Cirrosis Hepática	1.34					
10	Diabetes	1.26	1.50	2.29	2.17		1.18
11	Insuficiencia Renal		2.60	1.18		1.35	1.34
12	Sepsis		1.97		1.94	1.62	

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Distrito Nº1 Latacunga
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida

Para el año 2016 el total de defunciones por esta tipología presentó una disminución a comparación del 2014 en las tasas registradas para cada año. Cabe señalar, que la información proporcionada por el distrito presenta un salto con respecto al año 2015, en el que por cambios de nómina y reasignación de procesos no se pudo proporcionar la

data. Las principales causas de mortalidad registradas en Latacunga corresponden en su mayoría por patologías que pueden ser resueltas en el primer nivel de atención; en principal instancia las enfermedades respiratorias. Adicional, las defunciones causadas por Politraumatismos por accidentes de tránsito, corresponden al primer nivel de atención por la rama de prevención.

En el cantón de Latacunga la mayor causa de morbilidad identificada se presenta por enfermedades por infecciones respiratorias, con una tasa de 38.43 por cada mil habitantes en promedio desde el año 2010 al 2016. Por otro lado, la segunda patología con mayor incidencia en el cantón es por parasitosis intestinal con una tasa de 12.64 por cada mil habitantes en promedio; véase el Cuadro N° 14.

Cuadro Nº 14: Principales causas de Morbilidad (Tasa x 1000 habitantes)

CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL								
No.	AÑOS	Tasa x 10000 habitantes						
	CAUSAS DE MORBILIDAD	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1	Infección Respiratoria	13.55	11.31	15.21	19.33	13.35	11.77	78.62
2	Parasitosis Intestinal	4.26	2.63	4.17	3.58	3.70	4.50	2.51
3	Infección de Vías Urinarias	1.78	1.69	2.67	2.21	2.80	2.18	1.56
4	Enfermedades de Transmisión predominantemente Sexual	2.42	2.79	3.10	2.10	2.27		
5	Enfermedad Diarreica Aguda	2.86	2.18	2.54				
6	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso				2.57	2.47	1.75	9.80
7	Enfermedad Inflamatoria del Cuello Uterino	1.07	0.63	0.62			7.27	8.98
8	Dermatitis y Eczema	1.06	0.92	1.29	0.67			
9	Lumbalgia -Dorsalgia		0.53	1.33	1.25	1.37		
10	Gastritis			0.72	1.02	0.94		
11	Dorsalgia - Lumbalgia	0.95						
12	Artrosis - Artritis	0.71				0.89		
13	Estomatitis	0.61	0.53					
14	Desnutrición Leve		0.49					
15	Hipertensión Arterial y esencial			0.66			0.78	0.56

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Distrito Nº1 Latacunga
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida

En la siguiente tabla, se presenta el total de casos registrados en las unidades de atención de primer nivel del Distrito N° 1 de Latacunga, de las 15 principales enfermedades registradas en el MSP, en promedio del 51% de consultas son dirigidas a la atención de infecciones respiratorias, con el porcentaje más alto de producción de salud en 2013 con un 59% del total de 43.796 casos presentados en el 2013; véase Cuadro N°15.

Cuadro N° 15: Principales causas de Morbilidad (Número de casos)

CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL								
No.	AÑOS	Número de casos						
	CAUSAS DE MORBILIDAD	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1	Infección Respiratorias	17173	14324	19267	25872	24771	22539	15285
2	Parasitosis Intestinal	5402	3326	5280	4797	6865	8619	4887
5	Infección de Vías Urinarias	2254	2139	3384	2953	5194	4171	3033
4	Enfermedades de Transmisión Sexual	3065	3538	3935	2813	4211		
3	Enfermedad Diarreica Aguda	3627	2766	3221				
6	Diarrea de origen infeccioso				3434	4582	3349	1905
7	Enfermedad Inflamatoria del Cuello Uterino	1364	802	783			1393	1745
8	Dermatitis y Eczema	1345	1158	1638	897			
9	Lumbalgia -Dorsalgia		671	1687	1669	2541		
10	Gastritis			910	1361	1752		
11	Dorsalgia - Lumbalgia	1202						
12	Artrosis - Artritis	895				1646		
13	Estomatitis	769	675					
14	Desnutrición Leve		617					
15	Hipertensión Arterial y esencial			833			1482	1095

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Distrito Nº1 Latacunga
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida

En la información proporcionada por el Distrito N°1 de Latacunga, se seleccionaron las principales causas de morbilidad en un período de 5 años, desde el 2012 al 2016. En el cual se realizó una separación del total de casos diagnosticados en la unidad de atención por género.

En las 8 patologías seleccionadas para el análisis, por la disponibilidad de la información, tanto en hombres como en mujeres, existe un mayor número de casos de morbilidad por infecciones respiratorias, con un 56% en promedio del total de la producción de salud. Del total de patologías registradas en el Distrito la atención realizada a las mujeres corresponde al 62% en promedio desde el 2012 al 2016.

De las 8 causas de morbilidad seleccionadas, en ninguna enfermedad, en los cinco años del análisis de la morbilidad por género, existen mayor número de casos registrados en hombres; la diferencia más notoria con respecto a los casos detectados, se identifican en las enfermedades de transmisión sexual, donde del total de atenciones sanitarias registradas, la producción de salud en mujeres fue del 99.20% en promedio; véase Cuadro N°16.

Cuadro N° 16: Principales causas de Morbilidad (Género)

CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL POR GÉNERO											
No.	CAUSAS DE MORTALIDAD	AÑOS									
		2012		2013		2014		2015		2016	
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
1	Infección Respiratoria	8351	10916	10268	14184	10120	13318	8994	11153	7479	9299
2	Parasitosis Intestinal	2306	2974	1970	2827	3100	3765	3901	4718	3088	3704
3	Infección Vías Urinarias	148	3236	299	2654	461	4733	451	3720	264	2769
4	Ef. de Tras. Sexual	6	3929	21	2792	62	4149				
5	Enfermedad Diarreica	1581	1640	1598	1836	2250	2332	1607	1742	901	1004
7	Lumbalgia -Dorsalgia	525	1162	472	1198	821	1720	418	798	201	466
8	Gastritis	248	662			452	1300	284	831	176	523

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Distrito Nº1 Latacunga
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida

En la tabla de las principales causas de morbilidad (Tasas x 1000 hab.), se identifica que en todas las enfermedades las mujeres presentan tasas más altas.

Seguido de las enfermedades de transmisión sexual, la segunda causa de morbilidad más alta en mujeres son las infecciones de vías urinarias con una tasa de 20.91 en promedio. La tasa más alta registrada fue en el año 2012, correspondiente a 25.54 y la tasa más baja en esta patología se presentó en el año 2016 con 14.42 casos por cada mil habitantes. La enfermedad con menor número de casos registrados en la unidad de atención fue por gastritis, pero a pesar de ello el número de casos atendidos en las unidades sanitarias fue mayor en las mujeres en 3.12 por cada mil habitantes; véase Cuadro N° 17.

Cuadro N° 17: Principales causas de Morbilidad (Tasa x 1000 habitantes-Género)

CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL POR GÉNERO											
No.	CAUSAS DE MORTALIDAD	AÑOS									
		2012		2013		2014		2015		2016	
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
1	Infección Respiratoria	65.91	86.15	76.72	105.98	54.55	71.78	46.96	58.23	38.47	47.83
2	Parasitosis Intestinal	18.20	23.47	14.72	21.12	16.71	20.29	20.37	24.63	15.88	19.05
3	Infección de Vías Urinarias	1.17	25.54	2.23	19.83	2.48	25.51	2.35	19.42	1.36	14.24
4	Enfermedades de Transmisión Sexual	0.05	31.01	0.16	20.86	0.33	22.36				
5	Enfermedad Diarreica	12.48	12.94	11.94	13.72	12.13	12.57	8.39	9.09	4.63	5.16
7	Lumbalgia -Dorsalgia	4.14	9.17	3.53	8.95	4.43	9.27	2.18	4.17	1.03	2.40
8	Gastritis	1.96	5.22			2.44	7.01	1.48	4.34	0.91	2.69

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Distrito Nº1 Latacunga
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida

En el cantón Latacunga la principal causa de morbilidad materna atendida en las unidades sanitarias, corresponde a infecciones de las vías urinarias, con 598 casos al año en promedio. En segundo lugar, la patología con mayor número de casos registrados corresponde a infecciones parasitarias; en el 2010 se registró una tasa de 63.04 por cada mil habitantes, siendo la tasa más alta registrada desde el 2010 al 2015.

Los casos atendidos por aumento excesivo de peso durante el embarazo, no presentan una tendencia en los datos encontrados, teniendo variaciones significativas a lo largo de los años, con el mayor número de atenciones en el 2011, 196 mujeres en gestación y un valor mínimo de 19 casos registrados en el 2013, con una tasa de 4.80 por cada mil habitantes. Una de las patologías registradas desde el 2010 al 2016 entre las principales causas de morbilidad es la hiperémesis gravídica, con una tasa de 6.10 por cada mil habitantes en promedio; patología propia del período de gestación, caracterizada por nauseas intensas durante el embarazo; véase Cuadro N° 18.

Cuadro N° 18: Principales causas de Morbilidad Materna

CAUSAS DE MORBILIDAD MATERNA															
No.	AÑOS	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	CAUSAS DE MORBILIDAD	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
1	Infección de las vías urinarias	468	167.62	892	319.48	977	349.93	323	81.52	479	87.68	686	124.30	364	65.87
2	Enfermedades maternas infecciosas y parasitarias	176	63.04			157	56.23	143	36.09	110	20.14	32	5.80		
3	Aumento excesivo de peso			196	70.20	93	33.31	19	4.80	52	9.52	104	18.84	50	9.05
4	Amenaza de Aborto	7	2.51			21	7.52	28	7.07			76	13.77	20	3.62
5	Desnutrición en el Embarazo	25	8.95	77	27.58	**19**	6.81								
6	Hiperémesis Gravídica	6	2.15	16	5.73	15	5.37	8	2.02	34	6.22	77	13.95	40	7.24
7	Enfermedades del aparato respiratorio	27	9.67	14	5.01	14	5.01								
8	Aborto incompleto	12	4.30			11	3.94	44	11.11	20	3.66				

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Distrito Nº1 Latacunga
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida

Para identificar las principales causas de morbilidad por grupo etario, se describe a continuación un análisis de las principales causas de morbilidad identificadas en las unidades de salud del primer nivel del distrito, dividiendo a la población en los grupos de: menores de 1 año, niños de 1 año a 4 años, niños de 5 a 9 años, niños de 10 a 14 años, niños de 15 a 19 años, de 20 a 49 años, de 50 a 64 años y de 65 años y mes de edad.

Causas de Morbilidad en Niños Menores De 1 Año

El mayor número de patologías atendidas en niños menores de un año, corresponde a infecciones respiratorias agudas, con un total de 2.345 casos por año en promedio desde el 2010 al 2016; correspondiente a una tasa de 819.54 por cada mil habitantes; donde el mayor número de casos registrados se encuentra en el 2010 con 3.173 niños. La segunda enfermedad de mayor frecuencia registrada, se presenta por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), con un promedio de 472 casos al año; seguido de morbilidad por dermatitis con un promedio de 240 casos; los casos por conjuntivitis han ido disminuyendo de manera paulatina, con un total de 24 casos en el 2015; véase Cuadro N° 19.

Cuadro N° 19: Principales causas de Morbilidad Menores de 1 año

CAUSAS DE MORBILIDAD EN MENORES DE UN AÑO														
No.	**AÑOS**	**2010**		**2011**		**2012**		**2013**		**2014**		**2015**		**2016**	
	CAUSAS DE MORBILIDAD	**N°**	**Tasa**	**N°**	**Tasa**	**N°**	**Tasa**	**N°**	**Tasa**	**N°**	**Tasa**	**N°**	**Tasa**	**N°**	**Tasa**
1	Infección Respiratoria Aguda	3173	1403.98	2459	1088.05	2584	1143.36	2791	880.40	2976	690.00	779	171.00	1658	360.00
2	Enfermedad Diarreica Aguda	715	316.37	614	271.68	621	274.78	446	140.69	569	130.21	118	26.53	224	50.18
3	Dermatitis	340	150.44	286	126.55	315	139.38	176	55.52	256	58.58	116	26.09	194	43.46
4	Conjuntivitis	83	36.73	95	42.04	83	36.73	43	13.56	71	16.25	24	5.40		
5	Estomatitis	76	33.63	59	26.11			21	6.62						
6	Desnutrición	64	28.32	59	26.11	26	11.50								
7	Anemia	28	12.39	134	59.29	128	56.64	83	26.18	79	18.08			148	33.00

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Distrito Nº1 Latacunga
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida

Causa de Morbilidad en Niños de 1 a 4 años

Dentro de los casos de morbilidad registrados en los niños de 1 a 4 años, se presenta un comportamiento similar a las causas de morbilidad de los niños menores de 1 año; las enfermedades de infección respiratoria aguda son la principal causa de morbilidad, un promedio de 6.093 casos en el año; con una tasa de 487.84 por cada mil habitantes. En segundo lugar, de las principales patologías, al igual que los niños menores de un año, las enfermedades diarreicas agudas registran un total de 1.241 casos; seguido de morbilidad por parasitosis amebiasis y dermatitis.

A diferencia de las patologías registradas en los niños menores de un año, en los niños de 1 a 4 años, se registran mayor número de casos por desnutrición, 197 casos en promedio al año desde el 2010 al 2013 en los cuales se situó en las principales causas de morbilidad; al igual que los casos de anemia registrados que alcanzan una tasa de 19.21 por cada mil habitantes en promedio al año; véase Cuadro N° 20.

Cuadro N° 20: Principales causas de Morbilidad en niños de 1 a 4 años

CAUSAS DE MORBILIDAD EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS															
No.	AÑOS	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	CAUSAS DE MORBILIDAD	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
1	Infección Respiratoria Aguda	6491	691.56	5161	549.86	5404	575.75	6927	542.10	6964	398.60	6992	393.00	4715	264.00
2	Enfermedad Diarreica Aguda	1759	187.41	1185	126.25	1169	124.55	1275	99.77	1558	89.18	1138	63.92	605	33.85
3	Parasitosis Amebiasis	1578	168.12	683	72.77	1214	129.34	1005	78.64	1078	61.70	2117	118.91	1098	61.44
4	Dermatitis y Eczema	400	42.62	331	35.27	351	37.40	193	15.10	278	15.91				
5	Desnutrición	344	36.65	233	24.82	86	9.16	123	9.63						
6	Anemia	186	19.82	170	18.11	226	24.08	238	18.62	314	17.97	355	19.94	284	15.89
7	Conjuntivitis	147	15.66	113	12.04	125	13.32	98	7.67	138	7.90				
8	Infección de Vías Urinarias	69	7.35	50	5.33	101	10.76	144	11.27	271	15.51	267	15.00		

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Distrito Nº1 Latacunga
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida

Causa de Morbilidad en Niños de 5 a 9 años

En los niños entre 5 a 9 años de edad, la tasa de morbilidad por infección respiratoria aguda es de 205.35 por cada mil habitantes en promedio; del total de atenciones realizadas en las 9 patologías identificadas en este grupo etario, las infecciones respiratorias son el 58% de la producción sanitaria; en el año 2013 el porcentaje de atenciones de salud con respecto al total de las principales enfermedades fue del 67%, el más alto registrado desde 2010 al 2016. En segundo lugar, se encuentran las atenciones por parasitosis con una tasa de 93.65 por cada mil habitantes, representando el 26% de atenciones de la unidad sanitaria.

Las infecciones por vías urinarias han estado en entre las principales causas de morbilidad desde el 2010 al 2016; con una tasa de 10.34 por cada mil habitantes. Entre las principales causas identificadas propias de la infancia, se detectaron casos de varicela en los años 2010 y 2011, con un total de 93 atenciones; esta patología no se ha presentado entre las principales causas de morbilidad desde el 2012, al igual que los casos registrados por anemia; por otro lado, los casos de dermatitis, en promedio se presentan en 187 niños en el año; véase el Cuadro N° 21.

Cuadro N° 21: Principales causas de Morbilidad en niños de 5 a 9 años

CAUSAS DE MORBILIDAD EN NIÑOS DE 5 A 9 AÑOS														
No.	AÑOS	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	CAUSAS DE MORBILIDAD	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
1	Infección Respiratoria Aguda	2792	220.89	2542	201.11	3508	277.53	3979	256.10	3799	177.80	4077	185.00	2643	119.00
2	Parasitosis	1868	147.78	1130	89.40	1552	122.78	1155	74.35	1160	54.28	2332	105.97	1356	61.01
3	Enfermedad Diarreica Aguda	404	31.96	356	28.16	419	33.15	476	30.64	612	28.64	442	20.08	259	11.65
4	Dermatitis y Eczema	268	21.20	192	15.19	242	19.15	125	8.05	110	5.15				
5	Infección de Vías Urinarias	101	7.99	84	6.65	145	11.47	189	12.17	290	13.57	278	12.63	176	7.92
6	Varicela	72	5.70	21	1.66					67	3.14				
7	Anemia	53	4.19	23	1.82	50	3.96								

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Distrito Nº1 Latacunga
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida

Causa de Morbilidad en Niños de 10 a 14 años

Del total de casos registrados en las principales patologías de los niños de 10 a 14 años, el 53% de las atenciones son por infecciones respiratorias agudas en promedio al año, en el 2013 representó el 61% de las atenciones realizadas con el menor porcentaje en el 2010 con un 44% de atenciones de la producción de salud. En segundo lugar, las enfermedades de parasitosis intestinal representan el 31% de la producción sanitaria en promedio al año, con un pico de participación en la producción sanitaria en el año 2010 y 2015 con un 36%.

La tercera enfermedad con mayor número de registros presentados en el distrito es por enfermedad diarreica aguda, con el mayor número de casos presentados en el 2014, 373 consultas con una tasa de 18.58 por cada mil habitantes; y con el menor registro en el año 2016, con 166 casos correspondiente a una tasa de 7.92 por cada mil habitantes. Los casos por morbilidad por Infección de vías urinarias, se ha mantenido en las principales causas de enfermedad en los niños de 10 a 14 años desde el 2010 al 2016, con el menor número de casos en el 2011, 50 pacientes atendidos; y el mayor número en registros en el 2014, con 229 casos atendidos en las unidades sanitarias; véase el Cuadro N° 22.

Cuadro N° 22: Principales causas de Morbilidad en niños de 10 a 14 años

CAUSAS DE MORBILIDAD EN NIÑOS DE 10 A 14 AÑOS														
No.	AÑOS	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	CAUSAS DE MORBILIDAD	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
1	Infección Respiratoria Aguda	1121	86.97	1070	83.01	3508	277.53	2405	165.27	2083	103.78	2116	96.00	1326	63.00
2	Parasitosis Intestinal	929	72.07	761	59.04	1552	122.78	877	60.27	1305	65.02	1457	70.38	748	35.68
3	Enfermedad Diarreica Aguda	171	13.27	170	13.19	419	33.15	315	21.65	373	18.58	273	13.19	166	7.92
4	Dermatitis y Eczema	126	9.78	133	10.32	242	19.15	87	5.98	115	5.73				
5	Desnutrición	98	7.60	106	8.22	80	6.33	77	5.29						
6	Infección de Vías Urinarias	62	4.81	50	3.88	145	11.47	153	10.51	229	11.41	228	11.01	144	6.87
7	Conjuntivitis	44	3.41	20	1.55	73	5.78								

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Distrito Nº1 Latacunga
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida

Causa de Morbilidad en Niños de 15 a 19 años

De las principales enfermedades detectadas en los niños de 15 a 19 años, al igual que los demás grupos etarios, las infecciones respiratorias agudas prevalecen en la primera posición de las causas de morbilidad. En promedio al año se registran 3.848 casos, correspondiente a una tasa de 72.69 por cada mil habitantes. En segundo lugar, se identifican a las enfermedades de parasitosis y amebiasis, con un promedio de 531 casos al año atendidos en el distrito de Latacunga. La tercera enfermedad atendida en las unidades sanitarias corresponde a los casos de infección de vías urinarias, con 283 casos en promedio al año.

Los niños de 15 a 19 años son el primer grupo etario que registra dentro de las principales causas de morbilidad las enfermedades de trasmisión sexual, con un promedio de 225 casos atendidos en el año. En el año 2015 no se presenta esta patología entre las primeras causas de morbilidad; cabe recalcar que la información proporciona por el Ministerio de Salud Pública del distrito, no se detallan todos los casos atendidos, sino únicamente las principales patologías; por lo que, no se descarta la existencia de la patología para este año; véase Cuadro N° 23.

Cuadro N° 23: Principales causas de Morbilidad en niños de 15 a 19 años

CAUSAS DE MORBILIDAD EN NIÑOS DE 15 A 19 AÑOS															
No.	AÑOS	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	CAUSAS DE MORBILIDAD	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
1	Infección Respiratoria Aguda	599	47.81	578	46.13	1082	86.35	1570	118.71	1240	67.82	21116	102.00	757	40.00
2	Parasitosis Amebiasis	238	18.99	299	23.86	338	26.98	320	24.20	824	45.07	1457	70.38	243	12.68
3	Infección de Vías Urinarias	235	18.75	297	23.70	324	25.86	241	18.22	413	22.59	228	11.01	243	12.68
4	Enfermedades de Transmisión Sexual	177	14.13	321	25.62	246	19.63	192	14.52	276	15.10			141	7.36
5	Menstruación ausente , escasa o rara	127	10.14	47	3.75	55	4.39								
6	Enfermedad Diarreica Aguda	97	7.74	73	5.83	127	10.14	155	11.72	208	11.38	273	13.19	108	5.64

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Distrito Nº1 Latacunga
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida

Causa de Morbilidad de 20 a 49 años

En las personas de 20 a 49 años, los casos de infección respiratoria aguda se mantienen como la principal causa de morbilidad, con un promedio de 3.547 casos en el año, correspondiente a un 32% en promedio del total de las principales atenciones médicas realizadas. El segundo porcentaje de participación de las atenciones totales, corresponde a las enfermedades de transmisión sexual con un 25% en promedio, en el año 2011, los casos de morbilidad por esta patología, representó el 35% de las principales patologías atendidas en las unidades sanitarias. A diferencia de los otros grupos etarios, en las personas de 20 a 49 años, se detectan dentro de las principales causas de morbilidad las enfermedades de Lumbalgia-Dorsalgia con un promedio de 812 casos al año, y una tasa de 21.49 casos por año; al igual que las enfermedades inflamatorias del cuello uterino, con 806 en promedio al año de casos registrados en las unidades sanitarias; véase Cuadro N° 24.

Cuadro N° 24: Principales causas de Morbilidad de 20 a 49 años

CAUSAS DE MORBILIDAD DE 20 A 49 AÑOS														
No.	AÑOS	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	CAUSAS DE MORBILIDAD	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
1	Infección Respiratoria Aguda	2243	98.40	1878	82.40	3533	155.10	5825	135.18	5496	77.16	2629	35.00	3229	43.00
2	Enfermedades de Transmisión Sexual	2609	114.50	2975	130.60	3433	150.70	2303	53.45	3448	48.41				
3	Infección de Vías Urinarias	1530	67.20	1464	64.30	2183	95.80	1610	37.36	2901	40.73	3071	41.38	1692	22.33
4	Lumbalgia –Dorsalgia	552	24.20	338	14.80	867	38.10	929	21.56	1418	19.91	772	10.40		
5	Parasitosis	521	22.90	320	14.00	829	36.40	1033	23.97	1812	25.44	1947	26.23	1066	14.07
6	Enfermedad Inflamatoria del Cuello Uterino	1071	47.00	704	30.90	690	30.30	693	16.08	646	9.07	1247	16.80	594	7.84
7	Gastritis	282	12.40	207	9.10	460	20.20	749	17.38	930	13.06				
8	Enfermedad Diarreica Aguda	315	13.80	240	10.50	412	18.10	533	12.37						
9	Menstruación ausente , escasa o rara	487	21.37	278	12.20	320	14.04			599	8.41				

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Distrito Nº1 Latacunga
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida

Causa de Morbilidad de 50 a 64 años

En las personas de 50 a 64 años, las causas de infección respiratoria representan el 34% del total de las principales patologías atendidas en el distrito de Latacunga, en el año 2013 se registró el mayor volumen de participación correspondía a un 43%. En segundo lugar, se registra las enfermedades por Lumbalgia-Dorsalgia con un promedio de 281 casos atendidos en el año. Por otro lado, entre las principales causas de morbilidad, es el primer grupo etario que, dentro de sus principales patologías, registra casos de Artritis-Artrosis con una tasa promedio de 10.83 por cada mil habitantes hasta el 2014.

Al igual que los grupos etarios de 15 a 19 y 20 a 49 años, dentro de las principales causas de morbilidad atendidas en el distrito de Latacunga, se registran 236 casos en promedio al año por enfermedades de transmisión sexual al 2014; con el mayor número de casos en el mismo año con 384 personas, correspondiente a una tasa de 20.57 por cada mil habitantes; véase Cuadro N° 25.

Cuadro N° 25: Principales causas de Morbilidad de 50 a 64 años

CAUSAS DE MORBILIDAD DE 50 A 64 AÑOS														
No.	AÑOS	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	CAUSAS DE MORBILIDAD	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
1	Infección Respiratoria Aguda	397	17.42	388	17.03	629	27.61	1108	51.43	1025	55.20	753	39.00	529	27.00
2	Infección de Vías Urinarias	167	7.33	139	6.10	291	12.77	347	16.11	567	30.53	590	30.89	322	16.55
3	Lumbalgia –Dorsalgia	281	12.33	154	6.76	342	15.01	329	15.27	522	28.11	224	11.73	119	6.12
4	Parasitosis – Amebiasis	128	5.62	53	2.33	199	8.73	238	11.05	396	21.32	390	20.42	201	10.33
6	Artritis – Artrosis	247	10.84	83	3.64	226	9.90	198	9.19	382	20.57				
7	Enfermedades de Transmisión Sexual	231	10.14	205	9.00	203	8.91	198	9.19	341	18.36				
8	Gastritis	130	5.71			142	6.23	178	8.26	308	16.59			114	5.86
5	Enfermedad Inflamatoria del Cuello del Útero	229	10.05	78	3.42										

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Distrito Nº1 Latacunga
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida

Causa de Morbilidad de 65 y más años

En las personas de la tercera edad, de 65 y más años, los casos de infección respiratoria y Artritis-Artrosis mantienen una participación similar del total de las principales causas de morbilidad del distrito. Los casos de Artritis-Artrosis detectados corresponden al 26% de las principales causas de morbilidad, mientras los casos de Infección respiratoria aguda corresponden el 23% en promedio; seguido de los casos por Lumbalgia-Dorsalgia que representan el 13% de las principales causas de morbilidad del cantón, con el porcentaje más alto en 2010, de un 17% de los casos atendidos. En este grupo etario se identifica dentro las principales causas de morbilidad casos de hipertensión arterial, con 444 casos por año en promedio, en el año 2015 se registraron el mayor número de casos con 840 atenciones. Las enfermedades diarreicas aguda e infecciones de vías urinarias, al igual los otros grupos etarios se mantienen entre las principales patologías, en este grupo etario con una participación del 7% en promedio al año; véase Cuadro N°26.

Cuadro N° 26: Principales causas de Morbilidad de 65 y más años

CAUSAS DE MORBILIDAD DE 65 Y MÁS AÑOS															
No.	AÑOS	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	CAUSAS DE MORBILIDAD	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
1	Artritis – Artrosis	567	65.55	273	31.56	429	49.60	632	63.60	972	68.61				
2	Infección Respiratoria Aguda	357	41.27	248	28.67	499	57.69	822	82.70	663	46.80	568	39.00	450	31.00
3	Lumbalgia –Dorsalgia	299	34.57	130	15.03	366	42.31	304	30.57	441	31.13	221	15.36		
4	Hipertensión Arterial	132	15.26	78	9.02	479	55.38	323	32.48	647	45.67	840	58.38	612	42.02
5	Gastritis	131	15.14	61	7.05	143	16.53	192	19.31	258	18.21	196	13.62	141	9.68
6	Parasitosis Amebiasis	129	14.91	53	6.13	171	19.77	148	14.88			332	23.07	168	11.54
7	Enfermedad Diarreica Aguda	86	9.94	57	6.59	88	10.17			168	11.86				
8	Infección de Vías Urinarias	84	9.71	54	6.24	183	21.16	245	24.64	468	33.04	452	31.41	282	19.36

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Distrito Nº1 Latacunga
Elaboración: María de la Paz Bonilla Almeida

En el cantón Latacunga, se encuentra el 41.66% de la población del total de la provincia de Cotopaxi; de estos 170.489 habitantes el 62.55% según la distribución demográfica del cantón, se ubica en zona rurales y el 37.45% en el sector urbano. Con un total de 147.333 habitantes, el cantón es en su mayoría posee una auto identificación según cultura y costumbre como mestizo y, en segundo lugar, con el 8.53%, 14.549 habitantes como indígena (INEC, 2010).

De la población mayor a 12 años, cerca de las tres cuartas partes, no aporta a la seguridad social (IESS), y únicamente el 7.83% cuenta con un seguro privado. Estas cifras de aportación y seguro privado, nos permiten identificar la posible demanda del cantón, hacia los centros de atención primaria. Al no contar con un seguro público o privado, la población que requiera de un servicio de salud, y no cuente con los recursos económicos necesarios para una atención médica privada, tendrá como único acceso a la salud pública la Atención Primaria que brinda los centros de salud (INEC, 2010).

En los diferentes grupos etarios de la población, la principal causa de morbilidad atendida en las unidades de atención sanitaria corresponde a Infecciones respiratorias agudas, con un 51% en promedio del total de las atenciones realizadas; correspondiente a 19.890 casos registrados en el año; este comportamiento de participación de la patología, se comporta de manera similar en los análisis realizados por género. Cabe señalar que, de las atenciones realizadas en el cantón, el promedio el 62% es dirigido a mujeres; es decir existe una mayor demanda de servicios sanitarios y presencia de patologías en las mujeres del cantón.

El comportamiento de las enfermedades detectadas en el cantón no presenta mayores variaciones respecto a las principales enfermedades detectadas en los diferentes grupos etarios, con excepción de la presencia de diferentes patologías propias de la edad analizada. Como la incorporación de enfermedades de transmisión sexual desde los 15 años de edad, o enfermedades de lumbalgia-dorsalgia desde los grupos etarios de 20 a 49 años. Cabe señalar, que el análisis presentado de las patologías, permite identificar la evolución de los servicios de salud del cantón, en base a las necesidades sanitarias de la población.

Capítulo 2: Percepción de la calidad de la Atención Primaria

En el presente capítulo se analiza la información recolectada en la Encuesta de Satisfacción a los Usuarios en los Centros de Salud (A/B/C); esta encuesta fue realizada a una muestra de 384 usuarios de las unidades de atención en el Distrito N° 1 de Latacunga. La encuesta elaborada para la recolección de datos toma como base la Encuesta de Satisfacción diseñada por el Ministerio de Salud Pública (2012), para la creación del diseño y la tabulación de resultados, incorporando los parámetros de evaluación de calidad explicados en la metodología de la presente investigación; Véase Anexo 7.

Para la presentación y división de resultados se analizarán los datos de cada pregunta, dividiendo los temas en base a los bloques de las preguntas elaboradas. En primer lugar, se toma como datos la información personal y características de los encuestados como proceso de recolección; para posterior a ello comenzar con la recolección de la información relacionadas al servicio de salud y la satisfacción del usuario.

Como última instancia del presente capítulo, se presenta una tabla resumen de resultados para permitir realizar un análisis de los 10 factores considerados en la evaluación; junto con una sistematización de los principales puntos y factores, que serán anclados a la propuesta de lineamientos del Modelo de Atención Integral (MAIS).

3.1 BLOQUE A: Información de la persona encuestada

La información descrita en el presente bloque, responde a los resultados del levantamiento de información realizada; véase Anexo 8. El primer bloque de preguntas de la encuesta, está orientada a la recopilación de las características demográficas de la población del cantón.

Para el levantamiento de la información se realizó el cálculo de la muestra basado en el total de la población identificada en el Censo de Población y Vivienda (2010), 170.489 habitantes; estableciendo como muestra un total de 384 encuestas, a un 95% de confianza, con el 5% de margen de error.

En este sentido, para la presente investigación la información considerada en este punto responde al género y edad de la persona que asistieron a las unidades de atención medica del primer nivel de salud pública, junto con una segmentación de la población, para determinar si la visita realizada al establecimiento fue por control de una

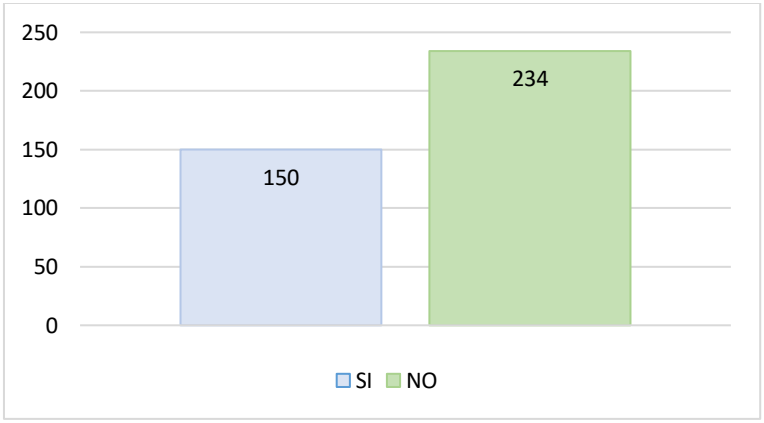
enfermedad, o por una nueva patología que se atenderá por primera vez en la unidad de salud.

1) Primera vez que acude al establecimiento por su patología

En el primer Bloque de preguntas de la Encuesta de Satisfacción al Usuario- Centro de Salud (A/B/C) realizada en el Distrito N° 1 de Latacunga-05D01 a 384. El 60.94% ya había acudido a la unidad de atención en una ocasión anterior, mientras el 39.06% restante acudía por primera ocasión a un Centro de Salud (A/B/C).

Esta pregunta nos ayuda a determinar si las personas que acudían a la unidad de atención, lo hacían por primera ocasión o eran usuarios que con frecuencia acudían a las unidades sanitarias del MSP; véase Gráfico N° 6.

Gráfico N°6



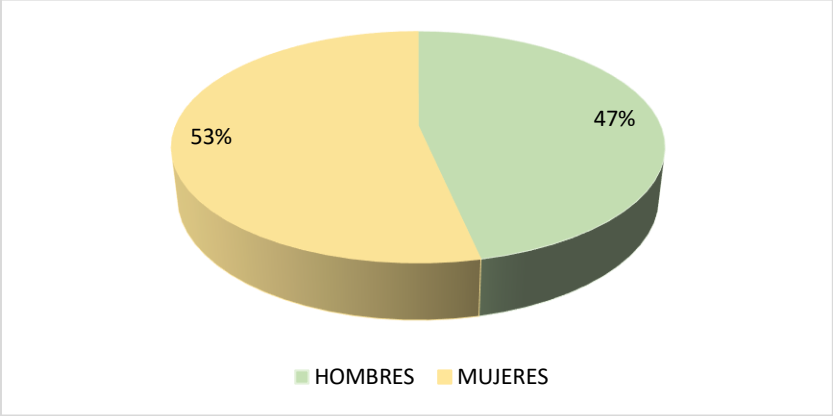
Fuente: Encuesta De Satisfacción Al Usuario- Centro De Salud (A/B/C), 2018
Elaborado por: María de la Paz Bonilla Almeida

2) Hombre/Mujer

Del total de personas encuestadas en las unidades sanitarias, el número de mujeres que asistieron a la unidad de servicio de salud es de 204, correspondiente al 53% de las atenciones; mientras que el 47% restante de las atenciones realizadas son de hombres.

En el levantamiento de información, no se detecta una diferencia considerable por género, en el total de personas que acuden a los centros de salud. A pesar de ello cabe resaltar que, según los datos del Ministerio de Salud Pública otorgados por el Distrito de Latacunga, en promedio el 62% de las causas de morbilidad atendidas en las unidades sanitarias, son a mujeres; véase Gráfico N° 7.

Gráfico N° 7



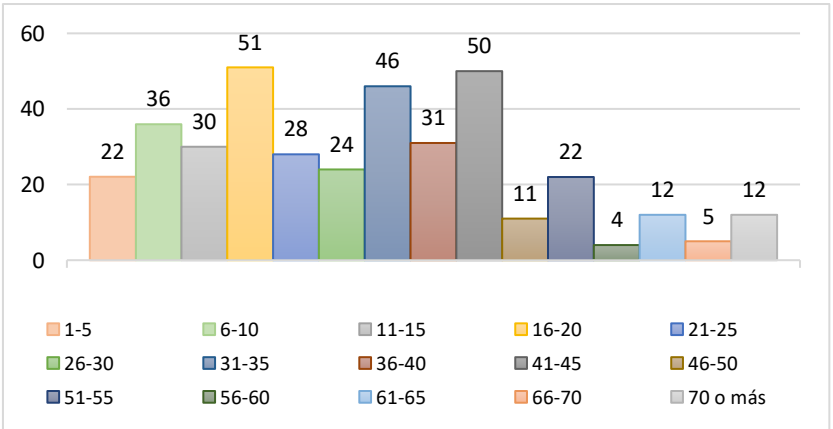
Fuente: Encuesta De Satisfacción Al Usuario- Centro De Salud (A/B/C), 2018
Elaborado por: María de la Paz Bonilla Almeida

3) ¿Cuántos años tiene?

Dentro de las características demográficas de la población encuestada, el 74.22% de los encuestados pertenecen a la población económicamente activa del cantón Latacunga; el 4.43% son personas de la tercera edad, y el restante 21.35% se encuentra la población entre 1 y 14 años de edad de la muestra de la investigación.

Del total de encuestados el 13.28% se encuentran entre los 16 a los 20 años de edad, siendo este el mayor porcentaje de personas atendidas por las unidades de atención de salud del cantón. Las personas de 41 a 45 años, son el segundo grupo poblacional con mayor número de consultas con el 13.02% de la población; véase Gráfico N° 8.

Gráfico N° 8



Fuente: Encuesta De Satisfacción Al Usuario- Centro De Salud (A/B/C), 2018
Elaborado por: María de la Paz Bonilla Almeida

3.2. BLOQUE B: Elementos Tangibles, Seguridad

El segundo bloque de la encuesta, está dirigido a la recolección de información de diagnóstico de la población con respecto a su satisfacción referente a los elementos tangibles y de seguridad del Centro de Salud. Según Zeithaml (1993) se puede identificar a los elementos tangibles como la apariencia de las instalaciones físicas, equipo sanitario disponible, materiales de comunicación y mobiliario de las unidades sanitarias, disponibles a los pacientes.

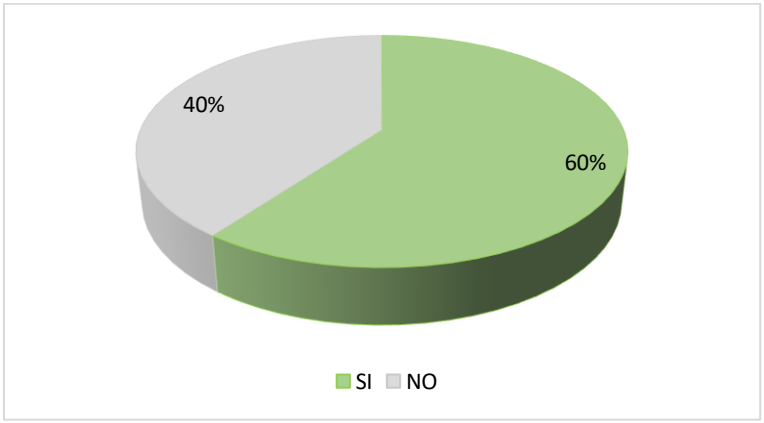
Acoplada a la Encuesta de Satisfacción del Ministerio de Salud Pública, se preguntó a los usuarios de las unidades de salud sobre su conformidad con aspectos de infraestructura, mobiliario, señalética y carteleras y la limpieza. En el formato de la respuesta, al ser una encuesta estructurada se conservó el formato de respuesta de: SI o NO, con respecto a la comodidad del usuario.

4) ¿Se siente cómodo con la infraestructura?

El primer punto analizado en el segundo bloque alude a la infraestructura física del establecimiento de salud, es decir la edificación donde se presta el servicio. El 60% de la población encuestada se siente cómoda con la infraestructura física, mientras el 40% restante no se siente cómodo.

La estructurada de la encuesta define únicamente dos parámetros de respuesta, para lograr la recopilación de información sin posibles sesgos de respuesta por las explicaciones del encuestador. Sin embargo, en los casos en los que se presentó la inconformidad, los comentarios principales aludían a la falta de cuidado de la infraestructura de las unidades de atención; véase Gráfico N°9

Gráfico N° 9



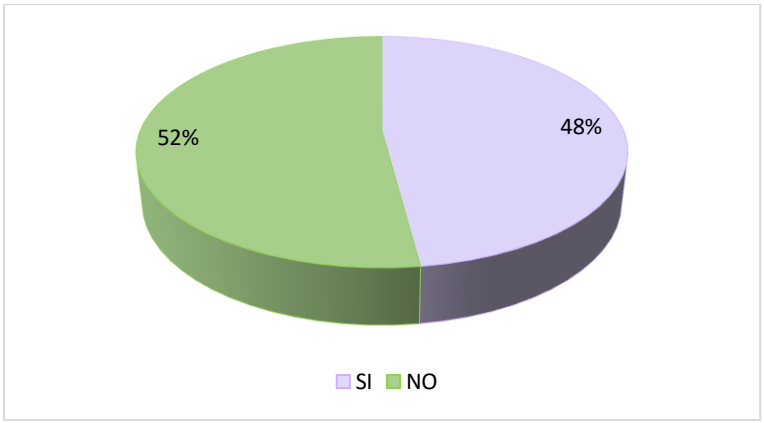
Fuente: Encuesta De Satisfacción Al Usuario- Centro De Salud (A/B/C), 2018
Elaborado por: María de la Paz Bonilla Almeida

5) ¿Se siente cómodo con el mobiliario?

Del total de encuestados, 200 usuarios no se sentían cómodos, con respecto al mobiliario del centro de atención, correspondiente al 52% de la población encuestada. Mientras que el 48% restante, estaba conforme con el mobiliario de las unidades de atención.

En esta pregunta se explicó en casos puntuales la diferencia entre la infraestructura y el mobiliario para mayor claridad de la pregunta, y por tanto de la respuesta de la satisfacción del usuario; véase Gráfico N° 10

Gráfico N° 10



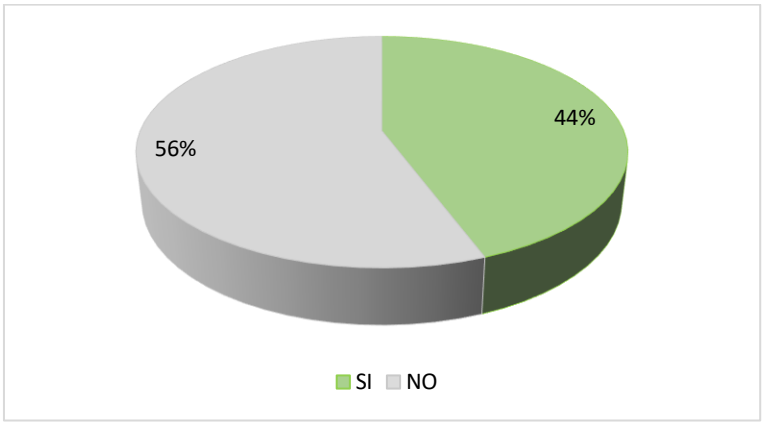
Fuente: Encuesta De Satisfacción Al Usuario- Centro De Salud (A/B/C), 2018
Elaborado por: María de la Paz Bonilla Almeida

6) ¿Se siente cómodo con la señalética y carteleras?

Dentro de los elementos tangibles de la unidad de atención, se encuentra las instalaciones de seguridad e información impresa en carteleras para la información de los usuarios. En este punto se incorporan la señalización de salidas de emergencias, espacio preferencial, señalización de tipos de desechos, publicidad impresa, información de interés, horarios de atención, novedades de la unidad de salud, entre otros.

El 44% de los usuarios encuestados se encuentran satisfechos con la señalización e información impresa del centro de atención; mientras que el 56% restante, no se encuentra cómodo con la información de seguridad e información de interés disponible; véase Gráfico N° 11.

Gráfico N° 11



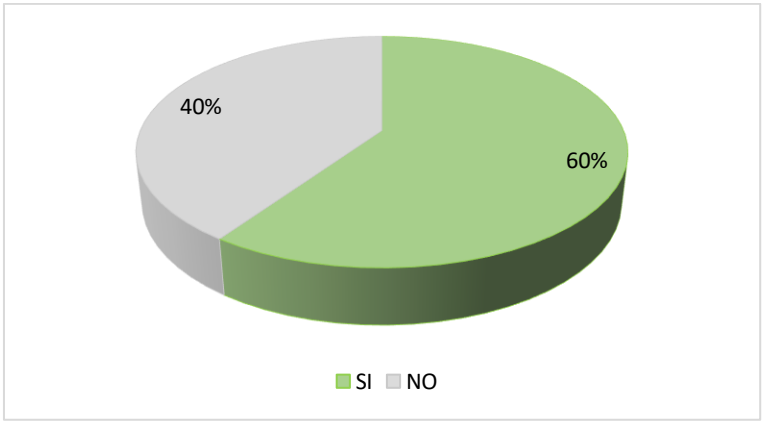
Fuente: Encuesta De Satisfacción Al Usuario- Centro De Salud (A/B/C), 2018
Elaborado por: María de la Paz Bonilla Almeida

7) ¿Se siente cómodo con la limpieza?

Como última pregunta del bloque relacionado a elementos tangibles y de seguridad de la unidad de atención, se incorporó la satisfacción del usuario por la limpieza de las unidades sanitarias. El 60% de personas encuestadas se sienten cómodas con la limpieza de los centros de salud, a diferencia del 40% restante que no se siente conforme.

Este punto fue incorporado en este bloque por la influencia de la prevención y cuidado de patologías en un ambiente salubre, dado que la generación de enfermedades y posibilidad de contagio, son mayores en un ambiente contaminado. En este aspecto la satisfacción de los elementos tangibles y la seguridad que un paciente detecte en una unidad de atención de salud, estará relacionada al aseo del establecimiento; véase Gráfico N° 12

Gráfico N° 12



Fuente: Encuesta De Satisfacción Al Usuario- Centro De Salud (A/B/C), 2018
Elaborado por: María de la Paz Bonilla Almeida

3.3 BLOQUE C: Fiabilidad, Accesibilidad

El tercer bloque de la encuesta, está dirigido a la recolección de información de diagnóstico de la población con respecto a su satisfacción referente a la fiabilidad y accesibilidad del servicio de salud pública. La fiabilidad se define como la habilidad de realizar el servicio prometido; por otro lado, el concepto de accesibilidad está determinado por la facilidad de contactarse con el servicio de salud.

8) Tiempo de Espera Agenda

En la Constitución de la República del Ecuador, se definió al Estado como dotador del derecho de la salud. En esta base constitucional se estableció que este servicio, junto con otros parámetros, se debe brindar de forma universal y oportuna; incorporando en este sentido la accesibilidad del servicio Asamblea Nacional (2008).

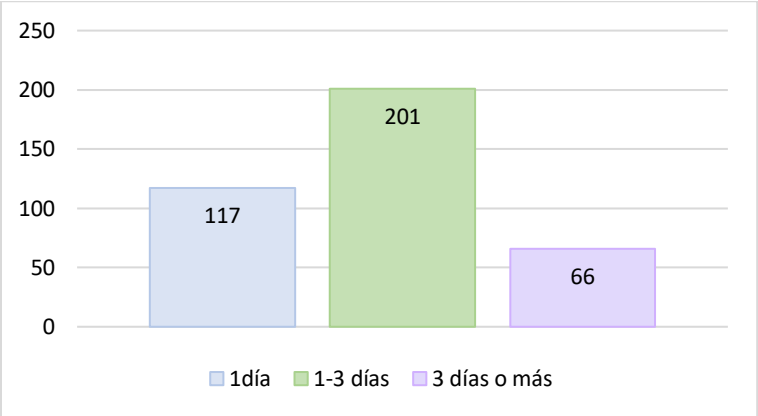
En la encuesta realizada, siguiendo los procesos que la población debe realizar para tener acceso a los servicios de salud pública, exceptuando las consultas por emergencias, se considera el tiempo de espera para la reservación de una cita médica. En este proceso, el usuario agenda una cita médica vía telefónica, en el departamento médico que requiera, en base a la disponibilidad de citas que el centro de salud disponga al momento.

De 384 encuestados, la mayor parte de la población encuestada, 201 personas, correspondientes al 52.34%, agendó una cita médica en un lapso de 1 a 3 días de la llamada telefónica realizada al Ministerio de Salud Pública. En segundo lugar, 117 personas reservaron su cita médica con un día de espera, correspondiente 30.47% de la población. Y el 17.19% restante, tuvo disponibilidad de consulta luego de 3 días o más de la llamada realizada.

En esta pregunta realizada no se preguntó la patología, ni el departamento al cual se necesitaba la consulta. En primer lugar, por respecto a la privacidad del usuario respecto a su salud personal; y por el alcance de la investigación realizada. Dado que se abarca la calidad del servicio de salud, la accesibilidad de la atención sanitaria no debe discriminar entre patologías presentadas por los usuarios o disponibilidad de consultas en los departamentos de salud dentro de las unidades de atención; véase Gráfico N° 13.

a. ¿Cuánto tiempo espero para agendar su cita médica?

Gráfico N° 13

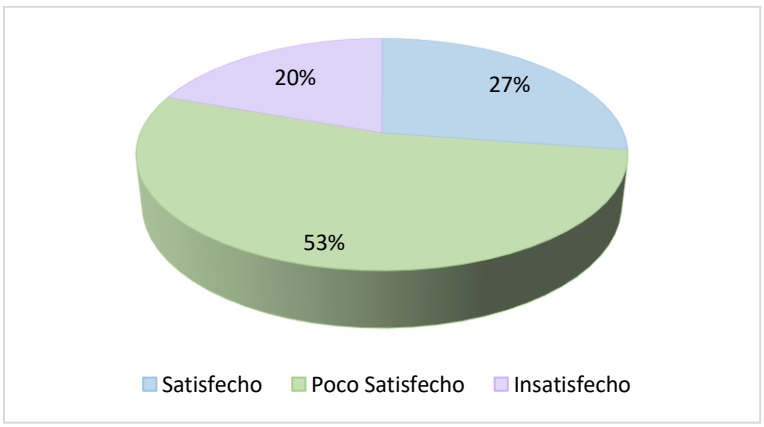


Fuente: Encuesta De Satisfacción Al Usuario- Centro De Salud (A/B/C), 2018
Elaborado por: María de la Paz Bonilla Almeida

b. ¿Cómo se siente con respecto al tiempo de espera?

Como pregunta de satisfacción con respecto al tiempo de espera para agendar una cita en la unidad de atención de salud, se establecieron tres niveles de conformidad: satisfecho, poco satisfecho e insatisfecho. El mayor porcentaje de la población encuesta determinó encontrarse poco satisfecho con el tiempo que tomó agendar una cita en la unidad de atención, representando el 53% de la población encuestada. El 27% se encuentra satisfecho con el tiempo, y el 20% expresó estar insatisfecho; véase Gráfico N° 14

Gráfico N° 14



Fuente: Encuesta De Satisfacción Al Usuario- Centro De Salud (A/B/C), 2018
Elaborado por: María de la Paz Bonilla Almeida

9) Tiempo de Espera Consulta

Dentro de los lineamientos del Ministerio de Salud Pública, al momento de realizar la reservación de una consulta, el personal que toma nota de la cita médica informa al usuario que es necesario se presente en la unidad de atención con 30 minutos de

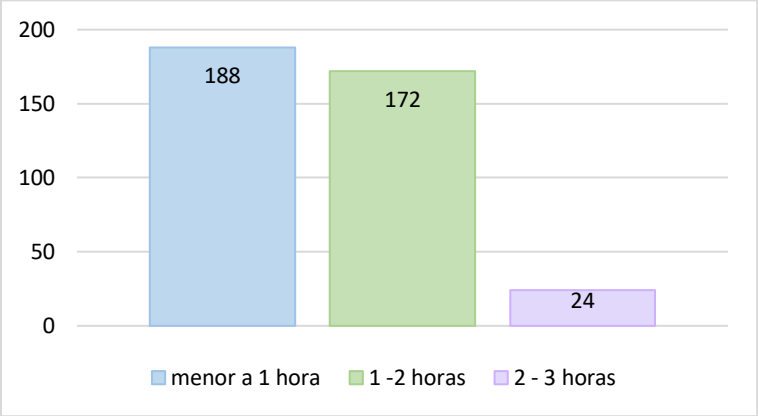
anticipación, esto con el fin de tomar los datos del paciente y signos vitales previa a la atención con el personal médico.

Según la Secretaria de Salud de México (2015), las instituciones de salud definen el tiempo de espera para recibir atención, como aquel que transcurre desde la hora de la cita agendada por el usuario, hasta que es atendido por el profesional de salud. Considerando este tiempo anticipado en el que el usuario debe acercarse a la unidad de atención previo a la cita médica, se determinaron tres escenarios, en los cuales un paciente debe esperar desde el momento que llega a la unidad de salud hasta ser atendido por el profesional de salud para el cual tomó cita, tiempo de espera: menor a 1 hora, 1 a 2 horas y de 2 a 3 horas.

En la información recopilada, la mayoría de la población encuestada esperó menos de 1 hora en el centro de salud para ser atendido por el personal de salud, un total de 188 personas, correspondiente a un 48.96%. En segundo lugar, 172 pacientes esperaron de 1 a 2 horas por la atención del profesional de salud, desde que llegó a la unidad sanitaria, 44.79%; y el 6.25% restante espero un lapso de 2 a 3 horas para ser atendido; véase Gráfico N° 15.

a. ¿Cuánto tiempo esperó desde que llegó hasta que fue atendido?

Gráfico N° 15



Fuente: Encuesta De Satisfacción Al Usuario- Centro De Salud (A/B/C), 2018
Elaborado por: María de la Paz Bonilla Almeida

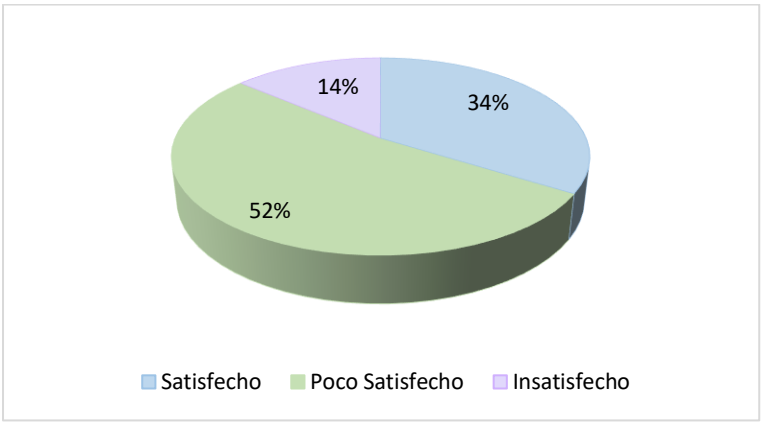
b. ¿Cómo se siente con respecto al tiempo de espera?

Al igual que la pregunta anterior que captura la conformidad del usuario, se establecieron tres niveles de satisfacción: satisfecho, poco satisfecho e insatisfecho. El comportamiento de esta respuesta presenta resultados similares a la conformidad con el tiempo en el que un usuario agenda una cita médica. El 52% de la población encuestada se encuentra poco satisfecha con el tiempo de espera dentro de la unidad

de salud; en segundo lugar, el 34% de personas están satisfecho, y el 14% restante se encuentra insatisfecho.

De las 58 personas que acudieron al centro de salud por una patología de un paciente de 1 a 10 años de edad, el 76% se encuentra poco satisfecho e insatisfecho, mientras que el 24% restante está satisfecho; esta falta de conformidad se presenta de mayor manera en estos pacientes, ya que las unidades de atención, no existe un área de recreación para niños en la sala de espera.; véase Gráfico N° 16.

Gráfico N° 16



Fuente: Encuesta De Satisfacción Al Usuario- Centro De Salud (A/B/C), 2018
Elaborado por: María de la Paz Bonilla Almeida

10) Medio y Tiempo de Transporte

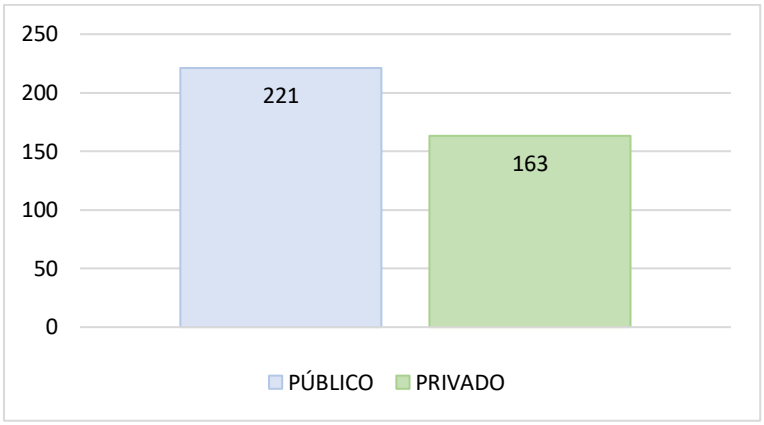
En el plan de desconcentración y descentralización establecido por SENPLADES (2012), se determinó como parámetro fundamental de la división y seccionamiento del país (zonas, distritos y circuitos) acercar los servicios públicos a la población. Dentro de los parámetros para asignar a un usuario a un determinado centro de salud, se considera la distancia de la unidad de atención a su domicilio.

Basado en el fundamento de cercanía a la comunidad, y con ello la accesibilidad del servicio, se planteó en la encuesta de satisfacción un segmento relacionado a la distancia del centro de atención de salud del usuario.

Del total de la población encuestada 57.55%, 221 usuarios, acudieron al centro de salud utilizando un trasporte público, mientras el 42.45% restante utilizó un medio de trasporte privado para acudir a la unidad sanitaria; véase Gráfico N° 17

a. ¿Cuál fue su medio de transporte para acceder al establecimiento de salud?

Gráfico N° 17



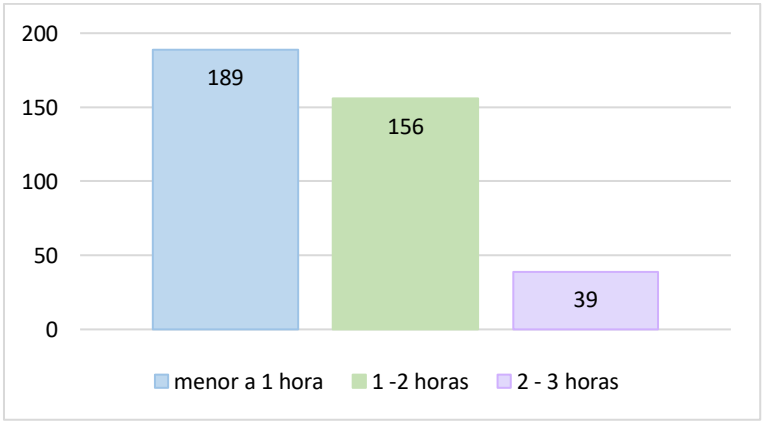
Fuente: Encuesta De Satisfacción Al Usuario- Centro De Salud (A/B/C), 2018
Elaborado por: María de la Paz Bonilla Almeida

b. ¿Cuánto tiempo se demora en llegar desde su domicilio?

En segundo lugar, con respecto al medio de trasporte utilizado para llegar al centro de salud, el 49.22% de la población encuestada se demoró menos de una hora en llegar al establecimiento de salud, un total de 156 personas se tardaron de 1 a 2 horas en llegar a la unidad sanitaria, y un total de 39 pacientes, correspondientes al 10.16% de la población de la muestra tardó de 2 a 3 horas.

Esta información permite determinar uno de los parámetros de accesibilidad de servicio de salud, considerando la cercanía del paciente a la unidad sanitaria. Cabe señalar, que los casos en los que se presentó un tiempo de demora mayor a las 2 horas, no detallaron el motivo de retraso, por lo que existe una posibilidad de una externalidad independiente del lugar de domicilio del usuario; véase Gráfico N° 18.

Gráfico N° 18



Fuente: Encuesta De Satisfacción Al Usuario- Centro De Salud (A/B/C), 2018
Elaborado por: María de la Paz Bonilla Almeida

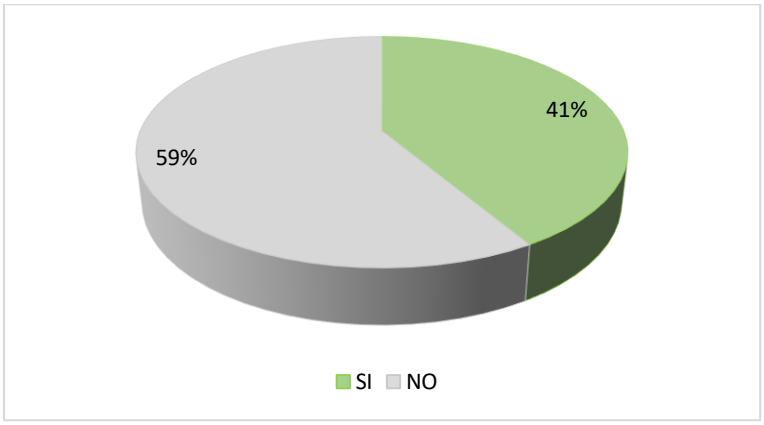
11) ¿Se siente cómodo con el proceso de atención médica?

Como cierre del Bloque C de la encuesta realizada, como punto final sobre fiabilidad y accesibilidad, se realizó una pregunta de satisfacción del usuario sobre el proceso para acceder a una consulta en un centro de salud, con la consideración de los tiempos y el proceso por el cual trascurrió. Del total de encuestados el 41% se siente cómodo con el proceso de atención médica, mientras el 51% no se siente conforme.

Hasta este bloque de la encuesta, no se han considerado temas relacionados al proceso médico. En el control de calidad integral y de mejoramiento continuo según el planteamiento del problema y los parámetros de calidad justificados en la metodología, en la mitad de la encuesta se recolectó información sobre elementos tangibles, seguridad, fiabilidad y accesibilidad, adicional a las características demográficas de la población.

En estos resultados se determina que la población tomada como muestra se encuentra poco satisfecha en los elementos tangibles y de seguridad de la población. Por otro lado, la mitad de los encuestados no se sienten cómodos con el proceso por el cual se debe acceder a una consulta médica, considerando los tiempos de espera y accesibilidad de la unidad sanitaria; véase Gráfico N° 19

Gráfico N° 19



Fuente: Encuesta De Satisfacción Al Usuario- Centro De Salud (A/B/C), 2018
Elaborado por: María de la Paz Bonilla Almeida

3.4 BLOQUE D: Resolución de Problemas capacidad de respuesta y comunicación

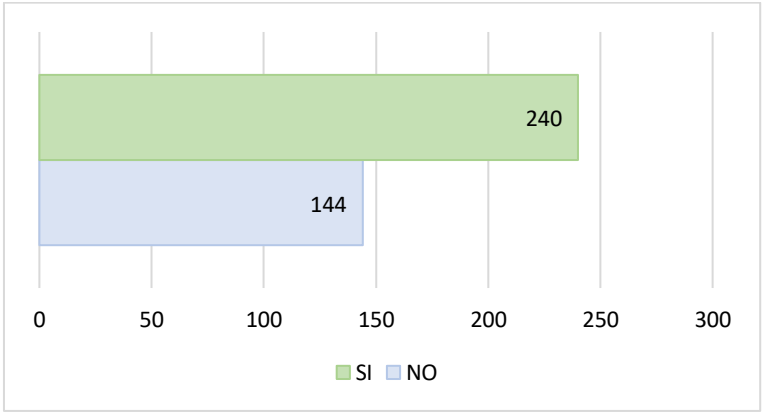
En el Bloque D de la encuesta, se realizó la recolección de información de diagnóstico de la población referente a la capacidad de respuesta de la unidad sanitaria y la comunicación. Segú Zeithaml (1993) la capacidad de respuesta se define como la disposición de ayudar a los usuarios y proveedor de un servicio correcto y eficiente, asociado a la resolución de posibles problemáticas; por otro lado, la comunicación es el mantener a los usuarios informados utilizando un lenguaje comprensible, escuchando sus inquietudes o sugerencias.

12) ¿Le brindó información correcta el personal administrativo?

En primer lugar, dentro del Bloque D de preguntas se priorizó la información que reciben los pacientes al acudir a la unidad de atención. En el proceso dispuesto por el Ministerio de Salud, la primera fuente de información que recibe un paciente al ingresar a la unidad de atención, es del departamento de Estadística.

En Estadísticas le comunican al paciente sobre su consulta agendada: horario, lugar y consultorio; adicional a ello aquí se proporciona información sobre cualquier requerimiento adicional que requiera el usuario. Del total de encuestados el 62.5% de encuestados recibió información correcta, mientras que 144 personas, correspondiente al 37.5% restante, afirmó no haber recibido la información adecuada; véase Gráfico N° 20.

Gráfico N° 20



Fuente: Encuesta De Satisfacción Al Usuario- Centro De Salud (A/B/C), 2018
Elaborado por: María de la Paz Bonilla Almeida

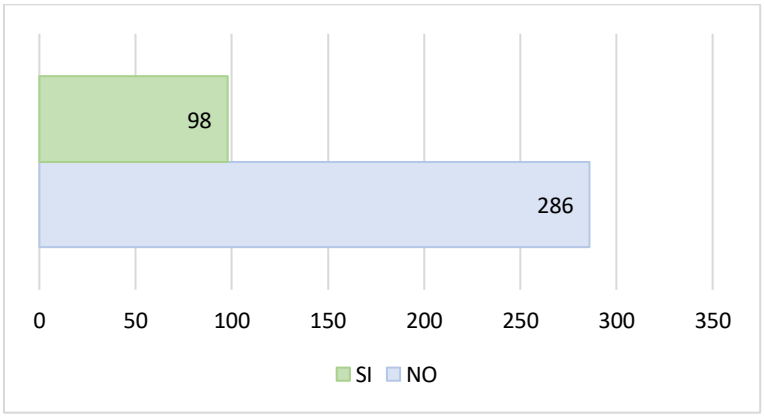
¿Tuvo algún problema en el establecimiento de salud?

Dentro de la comunicación e información solicitada por el paciente, se encuestó sobre la posible existencia de algún tipo de inconveniente en la unidad de atención, referente

a la información disponible o carente, sin la especificación del tipo de problema que se pudo haber generado. Del total de encuestados el 74.48% reconoce no haber tenido algún tipo de inconveniente en el centro de atención.

El 25.52% restante, tuvo algún problema en su visita a la unidad sanitaria; del total de personas que recibieron información incorrecta en la unidad de salud, el 63.27% de los encuestados presentó algún inconveniente en su visita. Esto implica que la mayoría de casos que presentan algún problema en su visita al centro de salud, se ocasionan por el desfase en la información brindada en primera instancia; de resolverse la asimetría de información al usuario en la unidad de salud, se reducirían aproximadamente 62 problemáticas a los pacientes por muestra de investigación; véase Gráfico N° 21

Gráfico N° 21



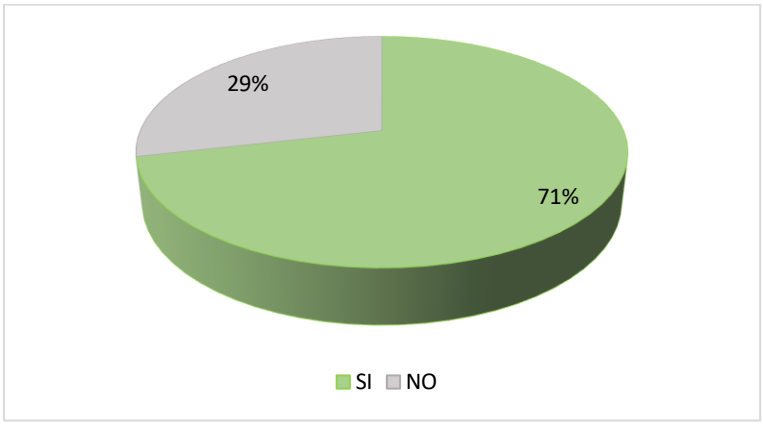
Fuente: Encuesta De Satisfacción Al Usuario- Centro De Salud (A/B/C), 2018
Elaborado por: María de la Paz Bonilla Almeida

a. *¿Se solucionó su problema?

Dentro de la pregunta realizada sobre la existencia de un problema de cualquier índole en la unidad de atención, se realizó una pregunta únicamente a las personas que comentaron haber tenido en el centro de salud. En esta pregunta se definió para establecer la capacidad de respuesta y solución de problemas del establecimiento, de las 98 personas que tuvieron un problema en la unidad sanitaria, el 71% pudo resolver el inconveniente, mientras que el restante 29%, correspondiente a 25 personas no encontraron solución de su problema.

En esta pregunta no se detallaron los aspectos específicos de los inconvenientes presentados, ya que como objetivo de la pregunta se determinó la capacidad de respuesta independiente de los detalles del problema que se le presentó al paciente; este punto se incorpora por la influencia de la información y la resolución de problemas en la satisfacción del usuario; véase Gráfico N° 22

Gráfico N° 22



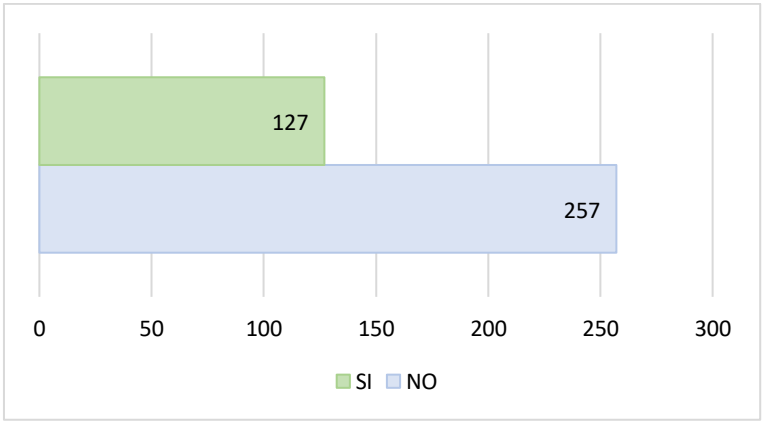
Fuente: Encuesta De Satisfacción Al Usuario- Centro De Salud (A/B/C), 2018
Elaborado por: María de la Paz Bonilla Almeida

13) ¿Se le explicó cómo poner una queja?

Como último punto del Bloque D de la encuesta, se levantó información sobre el sistema de quejas y sugerencias, y si el personal que lo atendió, independiente de existir un problema, le informó al usuario como puede realizar una queja o reclamo de la atención brindada; punto se incorporó por el marco normativo, y el esquema en la Constitución.

Del total de encuestados, 257 personas, correspondientes al 66.93% de la población no fue informada de un proceso de quejas o sugerencias dentro del establecimiento de salud; mientras que el 33.07% restante si tenía conocimiento de este proceso. Cabe señalar, que del total de personas que fueron informadas del proceso para levantar una queja de la atención o servicio de salud, 30.7% tuvieron un problema en la unidad sanitaria, siendo este el motivo por el cual conocían del procedimiento, el restante 69.3% tuvo la información independientemente de haber presentado un problema en el establecimiento de salud; véase Gráfico N° 23

Gráfico N° 23



Fuente: Encuesta De Satisfacción Al Usuario- Centro De Salud (A/B/C), 2018
Elaborado por: María de la Paz Bonilla Almeida

3.5 BLOQUE E: Profesionalidad

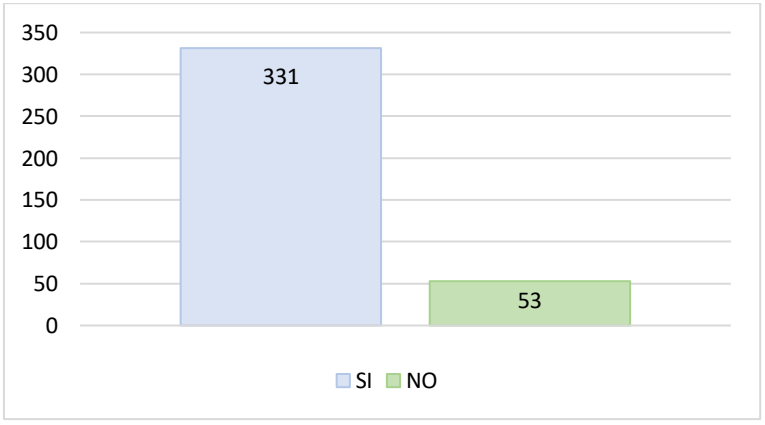
El quinto bloque de la encuesta, está dirigido a la recolección de información respecto a la profesionalidad del personal médico de la unidad sanitaria. Según Zeithaml (1993) la definición de profesionalidad es la posesión de las destrezas y conocimientos requeridos para la ejecución del servicio. En la presente investigación, la profesionalidad está asociada a los conocimientos, destrezas del procesional de salud e indicaciones que son percibidas por el usuario.

14) ¿El profesional de salud le examinó?

En la primera pregunta realizada en el bloque relacionado a la profesionalidad del personal de la unidad de atención al paciente, el 86.20% de la población encuestada fue examinada por el profesional de salud con el cual agendó la consulta médica; mientras que 13.8% restante, correspondiente a 53 encuestados no fueron examinados por el profesional de salud.

Las causas por las cuales existe un porcentaje de personas que no fueron examinadas por el profesional de salud, se presenta por: ausentismo del médico de turno, abandono de la cita médica por un tiempo prolonga de espera, atención médica de control, y renovación de medicación sin la examinación previa del paciente; véase Gráfico N° 24.

Gráfico N° 24



Fuente: Encuesta De Satisfacción Al Usuario- Centro De Salud (A/B/C), 2018
Elaborado por: María de la Paz Bonilla Almeida

15) ¿Le explicaron las posibles contraindicaciones de los medicamentos?

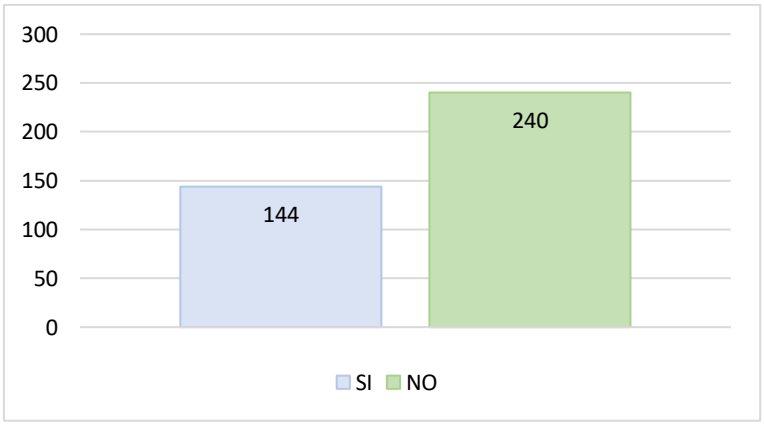
El 62.5% de las personas encuestadas no fueron informados por parte del profesional de salud, las contraindicaciones y efectos secundarios de la medicación, o tratamiento sanitario, que fue recetado para el control de la patología presentada; mientras el 37.5%,

correspondiente a 144 pacientes, que afirmaron haber recibido esta información en la consulta médica.

La falta de comunicación sobre las contraindicaciones y efectos secundarios de un determinado tratamiento sanitario, ahonda la asimetría de información; falla de mercado considerada como una de las principales en los servicios sanitarios.

El escaso conocimientos en el campo de la medicina por parte de los pacientes, influye en la toma de decisiones de seguir o no las recomendaciones médicas para una patología específica. Al tener menor información por parte del profesional de salud, el paciente puede llegar a cuestionar de la fiabilidad y profesionalismo del médico, con la posibilidad de tomar la decisión de no seguir el tratamiento sanitario, perjudicando en mayor medida su salud; junto con un incremento en su tiempo de recuperación y con ello la necesidad de acudir un mayor número de ocasiones al médico especialista; véase Gráfico N° 25.

Gráfico N° 25



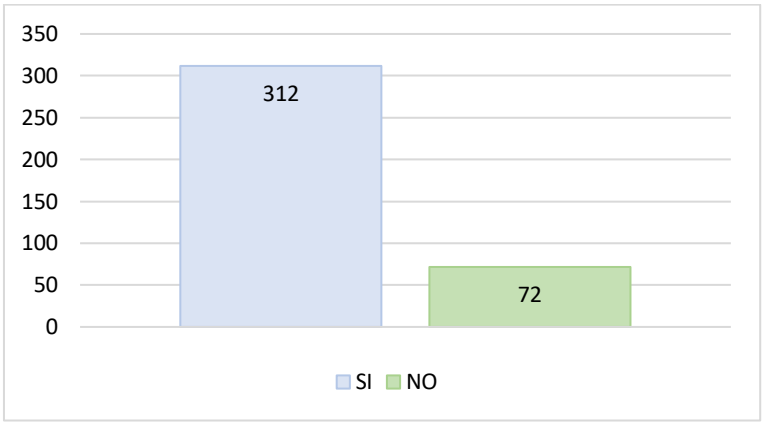
Fuente: Encuesta De Satisfacción Al Usuario- Centro De Salud (A/B/C), 2018
Elaborado por: María de la Paz Bonilla Almeida

16) ¿Le informaron sobre los cuidados que debe seguir?

De las 384 personas atendidas 81.25% fueron informados por el profesional de salud sobre los cuidados que debe seguir para el cuidado y tratamiento de la patología, mientras el 18.75% restante no fue informado sobre los cuidados que debe seguir.

En esta pregunta no se detalla si los cuidados están relacionados al seguimiento horario de un tratamiento recetado por el personal de salud, o cuidados cotidianos independientes de una receta, dada la variedad de departamentos de salud y de patologías, en temas de calidad del servicio los detalles del tratamiento no son de consideración para el análisis; véase Gráfico N° 26.

Gráfico N° 26



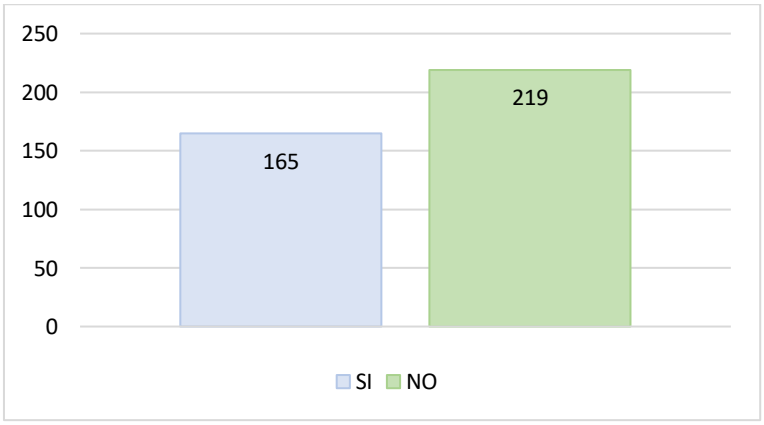
Fuente: Encuesta De Satisfacción Al Usuario- Centro De Salud (A/B/C), 2018
Elaborado por: María de la Paz Bonilla Almeida

17) ¿Le comunicaron que regrese si los síntomas persisten?

El 57.03% de los encuestados les informaron que, de permanecer los síntomas, o no ver mejorías con el tratamiento médico, deben regresar a la unidad de salud, correspondiente a un total de 219 personas atendidas. Por otro lado, el 42.97% de pacientes, no recibió esta información, 165 personas atendidas de la población encuestada.

Esta información debe ser notificada al paciente siempre que se realice una consulta por patología, con una estimación del tiempo aproximado de resultados del tratamiento médico, ya que, de no presentar mejoras, dicha información alerta al paciente para realizar una consulta adicional para prever mayores complicaciones en el su estado de salud, o de ser el caso detectar una nueva enfermedad en el paciente; véase Gráfico N° 27.

Gráfico N° 27



Fuente: Encuesta De Satisfacción Al Usuario- Centro De Salud (A/B/C), 2018
Elaborado por: María de la Paz Bonilla Almeida

3.6 BLOQUE F: Cortesía, Compresión del cliente

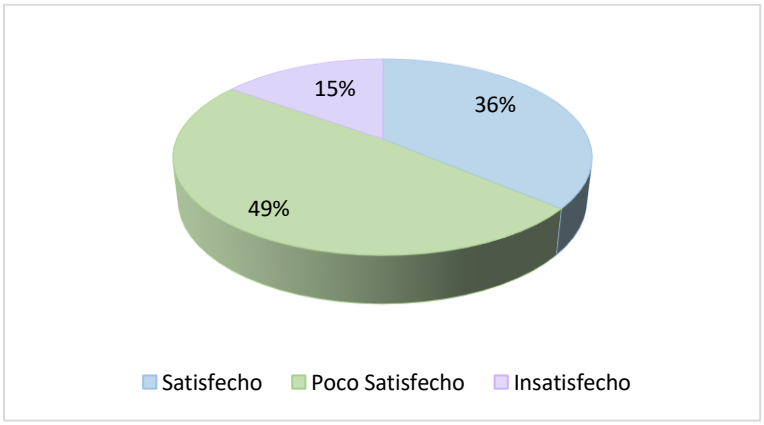
Dentro del Bloque F, se encuentran preguntas relacionadas a la cortesía del personal médico y la compresión que el usuario percibió en su visita al centro de atención. La definición de cortesía utilizada para la encuesta se refiere a la atención, consideración, respeto y amabilidad del personal del centro de salud. Por otro lado, la compresión al usuario es el esfuerzo que demostró el personal por conocer al usuario y sus necesidades (Zeithaml, 1993)

En el segmento anterior únicamente se evalúo al profesional de salud con el cual se realizó la consulta médica; en este bloque de la encuesta las preguntas de satisfacción o conformidad de la atención, se consultó dirigido a todo el personal que tuvieron participación con el usuario en la unidad sanitaria.

18) ¿Cómo se sintió con el trato del Profesional de salud?

Para describir la conformidad del paciente o su nivel de satisfacción, se describieron 3 niveles: satisfecho, poco satisfecho e insatisfecho. Del total de encuestados el 49% se sintió poco satisfecho con el trato brindado por el profesional de salud con el cual se atendió en su consulta médica. El 36% de la población está satisfecho con la consideración, respeto y amabilidad recibida por el médico de atención o profesional de salud de la unidad sanitaria; véase Gráfico N° 28.

Gráfico N° 28



Fuente: Encuesta De Satisfacción Al Usuario- Centro De Salud (A/B/C), 2018
Elaborado por: María de la Paz Bonilla Almeida

19) ¿Cómo se sintió con el trato del Personal de Atención al usuario?

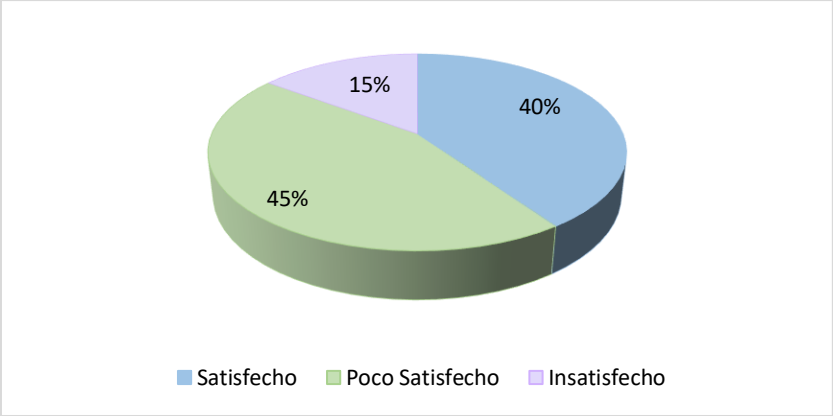
En segundo lugar, se preguntó el nivel de satisfacción del usuario con respecto al personas de atención, considerando así a todas las personas del establecimiento de salud que le brindaron apoyo en información al usuario; en este punto se aludió de mayor

manera al personal del área de Estadística y Farmacia. Del total de encuestados el 45% se encuentra poco satisfecho con el trato recibido, el 40% está satisfecho con la atención y el 15% restante está insatisfecho.

Del total de personas que están insatisfechas con el trato recibido por parte del personal de atención, el 63.15% recibieron información incorrecta en el establecimiento de salud; el 36.85% restante, correspondiente a 21 usuarios de los encuestados, recibieron información correcta. Pero en un 33.33% de estos casos que, si contaron con la información adecuada, manifestaron que tuvieron algún problema en la unidad de atención en su visita o consulta médica.

Del total de 384 encuestados, únicamente en 12 casos los usuarios manifestaron estar insatisfechos con el trato del personal de atención, a pesar de tener información correcta y no tener ningún problema en el establecimiento de salud. Cabe señalar que este análisis involucra únicamente a la resolución de problemas del centro de atención, y por tanto a la capacidad de respuesta y comunicación brindada al usuario; véase Gráfico N° 29.

Gráfico N° 29



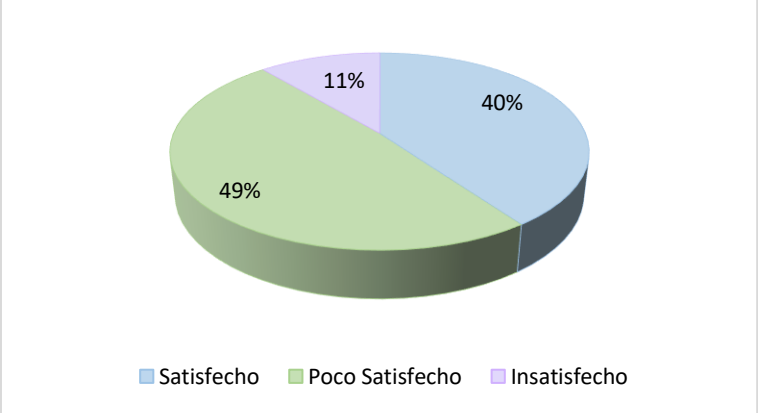
Fuente: Encuesta De Satisfacción Al Usuario- Centro De Salud (A/B/C), 2018
Elaborado por: María de la Paz Bonilla Almeida

20) ¿Cómo se sintió con el trato del Personal de Seguridad?

Como última pregunta dentro del Bloque F, se encuestó sobre la satisfacción del usuario respecto al trato brindado por el personal de seguridad del centro de atención. Del total de encuestados un 49% de los usuarios se sienten poco satisfechos con el trato recibido por el personal de seguridad, el 40% se sienten satisfechos, y el 11% re sienten insatisfechos con la atención brindada por el servicio de seguridad dentro de la unidad sanitaria.

En este bloque se recolectó información sobre la satisfacción en global, para visualizar la percepción del usuario respecto a la cortesía del personal hacia el cliente, y como se siente el cliente en cuenta a la compresión que le brindaron en su visita al centro de salud. En términos generales el paciente se encuentra en un 48%, en promedio, poco satisfecho con el trato que recibió en su visita; por otro lado, el 39% se siente satisfecho con el cuidado, dejando un promedio restante del 13% de personas insatisfechas con el trato que recibió en su visita al centro de salud; véase Gráfico N° 30

Gráfico N° 30



Fuente: Encuesta De Satisfacción Al Usuario- Centro De Salud (A/B/C), 2018
Elaborado por: María de la Paz Bonilla Almeida

3.7 BLOQUE G: Credibilidad

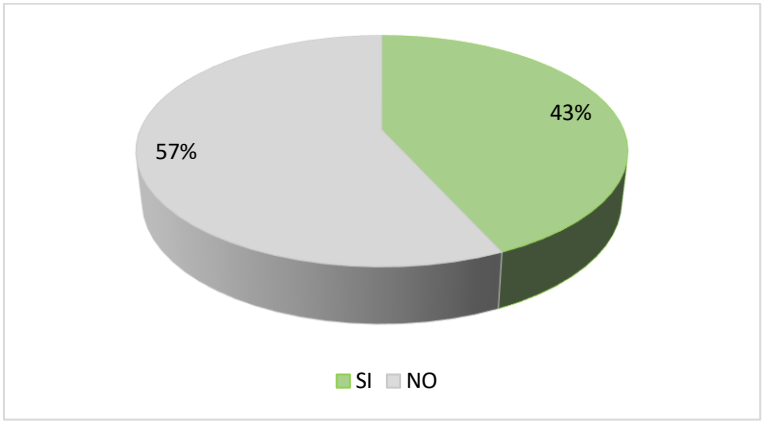
El Bloque G, está dirigido a la recolección de información sobre la credibilidad del servicio Según Zeithaml (1993) la credibilidad es la percepción del usuario sobre la veracidad, creencia, honestidad en el servicio recibió. En este punto la asimetría de información del usuario sobre conocimientos del campo de la salud, determina con mayor énfasis el concepto de percepción versus la expectativa de servicio que como paciente quería recibir.

21) ¿Confía en la atención que se le brindó?

Como punto final del bloque de preguntas en el centro de salud, se recolectó información sobre la credibilidad de la atención sanitaria. Este punto de la encuesta se lo dejó al final de la encuesta con el fin de que el usuario al finalizar las preguntas correspondientes a: información, satisfacción de elementos tangibles, seguridad, fiabilidad, accesibilidad, capacidad de respuesta, comunicación, profesionalidad, cortesía y compresión; pueda establecer según toda la información recopilada y en base a su experiencia en la unidad sanitaria define el nivel de credibilidad a la atención sanitaria recibida.

De 384 encuestados, 166 usuarios confían en la atención brindada, correspondiente al 43% de los encuestados, mientras el 57% restante, correspondiente a 218 usuarios, no confía en la atención sanitaria de la unidad de atención a la que se dirigió por su patología; véase Gráfico N° 31

Gráfico N° 31



Fuente: Encuesta De Satisfacción Al Usuario- Centro De Salud (A/B/C), 2018
Elaborado por: María de la Paz Bonilla Almeida

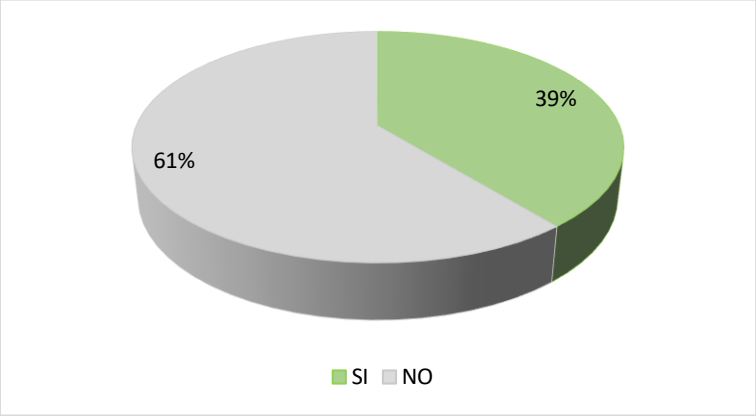
22) ¿Regresaría de manera voluntaria al establecimiento de salud?

Relacionado a la credibilidad de la atención sanitaria, se levantó información sobre si el usuario regresaría a la unidad de atención, por la atención de una nueva patología o control de la enfermedad por la cual se visitó la unidad de atención. De los 384 encuestados, 150 personas, correspondientes al 39% de los usuarios encuestados regresarían de manera voluntaria a la unidad de atención, mientras el 61% restante manifestó que no regresaría para la atención médica al establecimiento de salud.

De los 234 usuarios que afirmaron no regresar a la unidad de atención, 153 pacientes asistían a la unidad sanitaria por segunda ocasión, equivalente al 65.38%. El 34.62% de usuarios que manifestaron no regresar a la unidad sanitaria, asistían por primera ocasión al centro de salud.

Adicional de las 234 personas, en 93 casos los usuarios afirman no haber tenido información correcta, y en 57 casos tuvieron algún inconveniente dentro del establecimiento. Este factor nos permite determinar posibles puntos a mejorar que ayuden a cambiar la perspectiva de credibilidad y satisfacción de los usuarios al acudir a un Centro de Salud del distrito; véase Gráfico N° 32

Gráfico N° 32



Fuente: Encuesta De Satisfacción Al Usuario- Centro De Salud (A/B/C), 2018
Elaborado por: María de la Paz Bonilla Almeida

La percepción del usuario sobre el servicio de salud, determina la calidad, dada la relación personal del paciente con las unidades sanitarias (Vandamme y Leunis, 1993). En un estudio realizado en Colombia sobre la calidad de los servicios de salud, se concluyó que el 64,7% de las personas encuestadas con enfermas crónicas y no crónicas, no usan los servicios de salud por razones asociadas a problemas de calidad (Velandia, Ardón, Cardona, Jara y Pérez, 2001).

Las razones de no uso, permiten identificar por medio de los factores de evaluación de calidad los principales puntos a mejorar en el sistema de salud pública, y por tanto la priorización de las políticas públicas basados en un análisis de presupuestos y necesidades epidemiológicas y de servicio de la población; es así como las encuestas de satisfacción permiten contar con el levantamiento de información necesario para la elaboración de programas y proyectos de mejora continua.

Para la mayor visibilidad de lo obtenido, se realizó una tabla resumen de los resultados de la encuesta de satisfacción levantada; véase Cuadro N° 27. En esta sistematización de resultados se detalla el porcentaje de encuestados en el formato de la encuesta aplicada en cada pregunta. Como aclaratoria al final de cada bloque se encuentra la tipología de la respuesta y a que factor de calidad hace referencia el bloque de preguntas, de acuerdo con la metodología planteada y la fundamentación teórica de la investigación.

Cuadro N° 27: Sistematización resultados Encuesta de Satisfacción al Usuario

SISTEMATIZACIÓN DE RESULTADOS- ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO- CENTRO DE SALUD (A/B/C)																											
RESPUESTA	**BLOQUE A**		**BLOQUE B**				**BLOQUE C**							**BLOQUE D**				**BLOQUE E**				**BLOQUE F**			**BLOQUE G**	
	Primera vez que acude al establecimiento por su patología	1. Hombre 2. Mujer	¿Se siente cómodo con?:				Tiempo de Espera Agenda		Tiempo de Espera Consulta	Medio y Tiempo de Transporte			¿Se siente cómodo con el proceso de atención médica?	Resolución de Problemas				Consulta Médica				¿Cómo se sintió con el trato de?:			¿Confía en la atención que se le brindó?	¿Regresaría de manera voluntaria al establecimiento de salud?
			La infraestructura	El mobiliario	Señalética y carteles	La limpieza	¿Cuánto tiempo espero para agendar su cita médica?	¿Cómo se siente con respecto al tiempo de espera?	¿Cuánto tiempo esperó desde que llegó hasta que fue atendido?	¿Cómo se siente con respecto al tiempo de espera?	¿cuál fue su medio de transporte para acceder al establecimiento de salud?	¿Cuánto tiempo se demora en llegar desde su domicilio?		¿Se le brindó información correcta el personal administrativo?	¿Tuvo algún problema en el establecimiento de salud?	*¿Se solucionó su problema?	¿Se le explicó cómo poner una queja?	¿El profesional de salud le examinó?	¿Le explicaron las posibles contraindicaciones de los medicamentos?	¿Le informaron sobre los cuidados que debe seguir?	¿Le comunicaron que regrese si los síntomas persisten?	Profesional de Salud	Personal de Atención al Usuario	Personal de Seguridad		
PORCENTAJE DE RESPUESTA																											
1	39%	47%	60%	48%	44%	60%	30%	27%	49%	34%	58%	49%	41%	63%	26%	71%	33%	86%	38%	81%	43%	36%	40%	40%	43%	39%
2	61%	53%	40%	52%	56%	40%	52%	53%	45%	52%	42%	41%	59%	38%	74%	29%	67%	14%	63%	19%	57%	49%	45%	49%	57%	61%
3	-	-	-	-	-	-	17%	20%	6%	14%	-	10%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15%	15%	11%	-	-
Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100-**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
TIPOLOGÍA	**BLOQUE A**		**BLOQUE B**				**BLOQUE C**							**BLOQUE D**				**BLOQUE E**				**BLOQUE F**			**BLOQUE G**	
	1. Si 2.No	1. Hombre 2.Mujer	1. Si 2.No				1. < 1 h 2. 1-2 h 3. 2-3 h	1. Satisfecho 2. Poco satisfecho 3.Insatisfecho	1. < 1 h 2. 1-2 h 3. 2-3 h	1. Satisfecho 2. Poco satisfecho 3.Insatisfecho	1.Público 2.Privado	1. < 1 h 2. 1-2 h 3. 2-3 h	1. Si 2. No	1. Si 2.No				1. Si 2.No				1. Satisfecho 2. Poco Satisfecho 3. Insatisfecho			1. Si 2.No	
	Información personal		Elementos Tangibles, Seguridad				Fiabilidad, Accesibilidad							Capacidad de respuesta, Comunicación				Profesionalidad				Cortesía, Compresión			Credibilidad	

Fuente: Encuesta De Satisfacción Al Usuario- Centro De Salud (A/B/C), 2018
Elaborado por: María de la Paz Bonilla Almeida

La información recopilada en la encuesta de satisfacción, de acuerdo a la fundamentación teórica de respaldo de la presente investigación, fue divida en siete bloques. El primer bloque recopila información básica del usuario encuestado, mientras los 6 bloques restantes agrupan los 10 criterios que evalúan los usuarios al acudir a un servicio. En el Cuadro N° 28, se presenta un análisis de la información recolectada en la encuesta de los datos de mayor resultado, junto con un cálculo del promedio de los resultados, como sistematización de los factores de evaluación.

Cuadro N° 28: Bloques de Resultados Encuesta de Satisfacción al Usuario

Bloque	Factor de Evaluación	Resultados Obtenidos
BLOQUE A	Información personal	-El 61% de la población encuestada, no acudía por primera ocasión a la unidad de atención (independiente de la patología) -El 53% de personas encuestados eran mujeres -El 13.28% de los encuestados tenía de 16 a 20 años de edad.
BLOQUE B	Elementos tangibles Seguridad	-De los elementos tangibles de: Infraestructura, mobiliario, señalética y carteleras y limpieza en promedio el 53% de encuestados se siente cómodo y el 47% no se siente cómodo.
BLOQUE C	Fiabilidad Accesibilidad	-En promedio la satisfacción del tiempo de espera para agendar una cita médica y ser atendido en la unidad de atención el 31% de encuestados se encuentran satisfechos, 53% pocos satisfechos y el 16% insatisfechos. -El 58% de los encuestados utilizan trasporte público para acceder al centro de salud, con un tiempo de llegada menor de 1 hora en el 49% de los encuestados. -El 59% de encuestados no se sienten cómodos con el proceso de atención médica de las unidades de atención.
BLOQUE D	Capacidad de respuesta Comunicación	-Del 38% de encuestados que no recibieron información correcta en la unidad de atención el 74% tuvo algún inconveniente en su visita, sin tener una solución en un 29% de los casos.
BLOQUE E	Profesionalidad	-Del protocolo de atención que maneja el personal médico en la atención médica, el mayor inconveniente presentado es en la falta de información con respecto a las posibles contraindicaciones del medicamento o tratamiento sanitario en un 63% de los casos.
BLOQUE F	Cortesía Compresión	-En promedio la satisfacción del usuario por el trato del personal de salud, personal de atención al usuario y de seguridad en promedio el 39% estaban satisfechos, el 48% poco satisfechos y el 14% restante insatisfechos. -Los encuestados mostraron la insatisfacción más alta con un 15% por el profesional de salud y el personal de atención al usuario
BLOQUE G	Credibilidad	-En el 57% de los casos encuestados los usuarios no confían la atención recibida en la unidad de atención, junto un 61% de usuario que señalan que regresarían por una atención sanitaria a la unidad de atención.

Fuente: Encuesta De Satisfacción Al Usuario- Centro De Salud (A/B/C), 2018
Elaborado por: María de la Paz Bonilla Almeida

Capítulo 3: Propuesta de Lineamientos al Modelo de Atención Integral

El modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) que fue planteado por el Ministerio de Salud Pública en el 2012, basa sus principios en el marco constitucional del Ecuador. Los componentes que hacen viable la operación y desarrollo de este, permiten coordinar las actividades de los diferentes actores de la Red Integral de Salud Pública, la provisión de servicios, organización, gestión y financiamiento permiten vincular y desarrollar las actividades en base a las necesidades sanitarias de la población (MSP, 2012).

En la investigación realizada y por la recolección de datos levantada en territorio, se pudo identificar principales puntos de insatisfacción de los usuarios respecto a: elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, profesionalidad, cortesía, credibilidad, seguridad, accesibilidad, comunicación y compresión del cliente. En el planteamiento de la propuesta presentada en el presente capítulo se presenta una propuesta transversal de la composición del Modelo de Atención Integral y estrategias particulares identificadas en los principales puntos de insatisfacción de los usuarios en base a la encuesta realizada.

En primer lugar, se explicará el lineamiento transversal de la propuesta como mejora del modelo, con un comparativo a los lineamientos teóricos propuestos y parámetros a destacar de la Atención Primaria, en la que debe estar enfocada la estructura y componentes del Modelo de Atención. En segunda instancia se establecerán las estrategias específicas a incorporarse para el incremento de la calidad del servicio de salud, en los bloques de información recopilada.

4.1 Componente de calidad y mejoramiento continuo

El actual Modelo de Atención Integral para la coordinación y sinergia de actores, se establece cuatro componentes para la ejecución y control de procesos. El componente de provisión de servicios, establece los derechos y normativas que rigen la dotación de salud a los ciudadanos, sin discriminación y con la garantía de proporcionar un servicio integral en todas las etapas de la vida. El componente de organización, determina la tipología y características de los establecimientos que prestan servicios sanitarios, y forman parte de la Red Integral de Salud; mientras que el componente de financiamiento, determina la obligación del Estado frente al sector, para dotar de los recursos necesarios dependiendo las necesidades patológicas de la población (MSP, 2012).

Con respecto a la garantía de calidad, el Modelo de Atención Integral de Salud, según el MSP (2012), se encuentra incorporado dentro del Componente de Gestión del Sistema Nacional de Salud, en el cual se establecen las políticas para lograr el control de calidad, promoviendo prácticas de vida saludable, prevención, control y seguimiento de patologías. Estos lineamientos y procesos continuos deben estar acompañados de evaluaciones o auditorias de cumplimiento, determinando así un control continuo de la calidad de los procesos.

El componente de gestión que en la actualidad maneja el MAIS, incorpora parámetros de descentralización y desconcentración de la atención sanitaria, utilizando una metodología orientada a los ciudadanos. A pesar de los lineamientos establecidos en el marco legal del Sistema Nacional de Salud, la satisfacción del usuario en base a la recolección de información presentada, permite identificar diversas posibilidades de mejora en el servicio sanitario y, por tanto, en la estructura de los componentes del Modelo de Atención Integral.

Según Donabedian (1980), la calidad en los servicios de salud es lograr los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente, teniendo resultados en la mejoría de la salud por la atención sanitaria brindada. Junto con la definición de calidad del servicio determinada por una mejora de salud del paciente, la satisfacción del usuario por otro lado, está determinada por la experiencia del beneficiario con el servicio, determinando así a la satisfacción como un factor multidimensional (Feigenbaum, 1994).

Con la información recolectada, y por la complejidad de la calidad del servicio como factor multidimensional, se determinó como propuesta del tema de investigación, la necesidad de crear un único componente dedicado a la mejora continua y evaluación de la calidad dentro del Modelo de Atención. Este componente, junto con los existentes en la actualidad, responderían a los lineamientos constitucionales de velar por el cumplimiento del derecho a la salud, con la diferencia de que en el nuevo componente de operación y desarrollo propuesto la evaluación de los programas y estrategias ejecutados, estarían determinados por la diferencia entre el servicio percibido y las expectativas previstas por los usuarios; estableciendo como evaluador directo a la ciudadanía y su satisfacción del servicio.

4.1.1 Estructura Componente de calidad y mejoramiento continuo

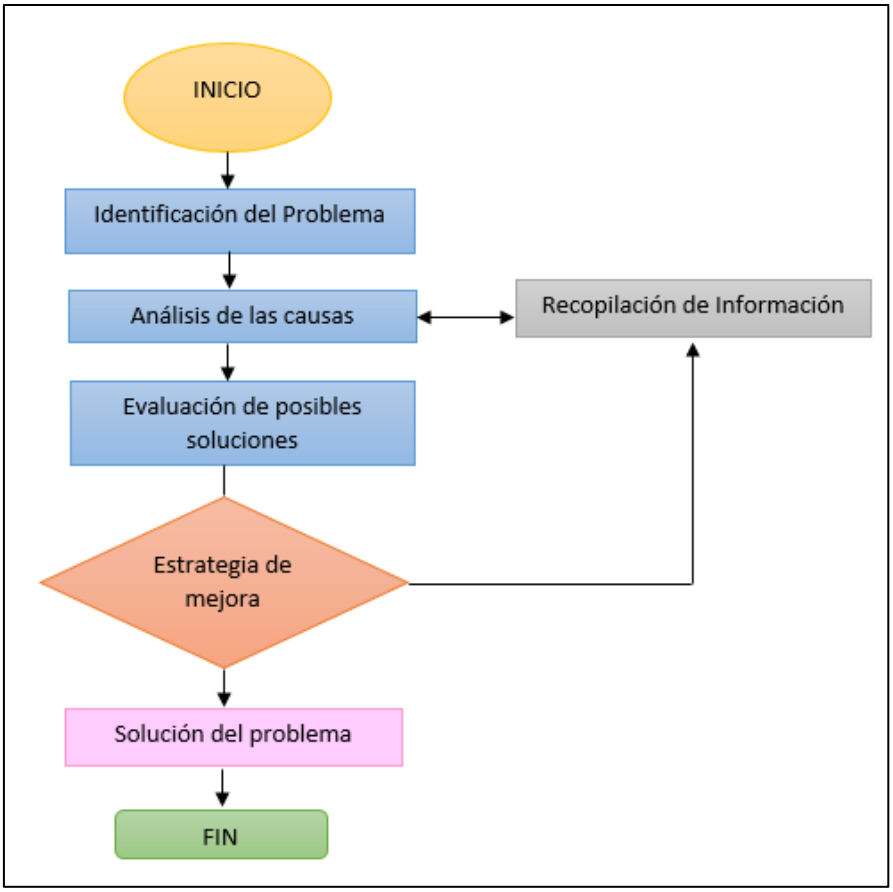
Enfocada a la Atención Primaria y a la salud como un factor de desarrollo, el componente propuesto responde a todos los criterios y normativas constitucionales establecidos en la actualidad. Por otro lado, la estructura del nuevo componente de calidad y mejoramiento

continuo, se establecerían de manera similar a los lineamientos generales de un plan de mejora continua, que permitan producir cambios en los resultados de la gestión del MAIS.

Este componente mantendría un flujo estructural determinando para la ejecución de proyectos o actividades en el sector de la salud, con el fin de ser una guía para los diferentes niveles del sector. Por otro lado, la estructura del diagrama de flujo del proceso de estrategias y acciones para el mejoramiento continuo de la calidad, permitiría la flexibilidad a posibles cambios con respecto al esquema original, basado en las necesidades de la población objetivo o problemática que esté afectando a la calidad del servicio.

Es así que el diagrama de flujo propuesto mantiene una estructura simplificada que permita conservar los criterios de desconcentración y descentralización, en este diagrama propuesto las estrategias y acciones mapeadas se establecerían mediante una recolección de información a los usuarios de manera periódica; véase Figura N° 10.

Figura N° 10 Diagrama de flujo Componente de calidad y mejora continua



Fuente: Proaño Villavicencio (2017)
Elaborado por: María de la Paz Bonilla Almeida

La estructura presentada como flujo de procesos para el mejoramiento de la calidad será modificada a nivel de las necesidades distritales, ya que el distrito es definido como la unidad básica de planificación (SENPLADES,2012).

4.1.2 Prioridades sobre los factores de evaluación de calidad

Con la disponibilidad de la información sobre la satisfacción del usuario de la calidad del servicio, información que será levantada por el distrito de manera periódica. Se podrá identificar los problemas en las unidades de atención y las posibles soluciones que se adapten al territorio y la población objetivo, que permitan mejorar la percepción de los usuarios del servicio de salud en las unidades de atención del primer nivel.

En la fundamentación teórica delimitada en la presente investigación, los factores establecidos por Zeithaml en 1993, capturan los parámetros para la evaluación de las unidades de atención sanitaria; abarcando así, los puntos sobre los cuales se deberían efectuar las acciones y estrategias para el incremento de la calidad.

Realizada la recolección de la información con la identificación de los factores de la calidad, el distrito deberá proceder con una determinación de la priorización que se dará a cada factor de evaluación, basado en la criticidad de cada uno. Cabe resaltar, que en el componente de mejora continua propuesto, se determina al distrito como participante activo y tomador de decisión sobre la priorización de los factores de evaluación de la calidad, por la cercanía a la realidad del territorio.

Como punto final de la estructura del componte de calidad y mejoramiento continuo, en base a la problemática de satisfacción detectada en los usuarios del distrito; para los procesos de aprobación, seguimiento y evaluación de resultados, se procedería con el escalamiento de la información y de las estrategias y programas de mejora a aplicarse; conservando como objetivo del MAIS y del nuevo componente de operación y desarrollo, el seguimiento y mejora continua de la calidad basado en factores de evaluación de satisfacción del usuario.

La determinación de la efectividad de los proyectos de mejora continua de calidad y estrategias implementadas en los distritos, se evaluarán en cada levantamiento de información, ya que, con el continuo seguimiento del factor de evaluación de satisfacción, se podrá determinar si se tuvo resultado positivo o negativo. La implementación de estrategias independientes por territorios, basado en la información recopilada del mismo, permitirá la innovación continua de nuevas propuestas dentro del sector de la salud, que permitan contar

con un lineamiento de propuesta, evaluación y seguimiento para la mejora de la calidad y la satisfacción de los usuarios. Este cambio en la estructura del MAIS permite tener una participación mayor y significativa del sector, junto con un empoderamiento en los procesos de diagnóstico y soluciones en los distritos a nivel territorial, dando como resultado un mayor acercamiento a las necesidades de la población.

4.2 Estrategias de incremento de calidad

Realizada la propuesta del lineamiento de política pública en la estructura del Modelo de Atención Integral de Salud, con la información recolectada del cantón Latacunga por medio de las encuestas de satisfacción, se determinarán las estrategias de calidad para este territorio. En este proceso se identificará los principales puntos de insatisfacción de los usuarios, las posibles soluciones y la priorización de los proyectos, basado en la criticidad y dados los factores de evaluación definidos en la fundamentación teórica.

El ejercicio se realizará en cada factor de evaluación, determinando dentro de cada uno el principal problema según la información recopilada y la posible propuesta de mejora de calidad, al final del diagnóstico de los criterios evaluados por los usuarios, se identificará la prioridad de las estrategias propuestas en cada punto y por tanto el orden que debería darse en la implementación. Cabe mencionar, que las estrategias planteadas para cada factor de evaluación, están determinadas por la información cantonal, pero por el método inductivo aplicado a la investigación, son propuestas dirigidas a todas las unidades de atención del primer nivel en el Ecuador.

4.2.1 Instalaciones físicas y elementos tangibles

En la información recopilada en las encuestas de satisfacción se determinó que de las instalaciones físicas: infraestructura, mobiliario, señalética y limpieza. El 56% de los usuarios no se sienten cómodos con la señalética de las unidades de atención, siendo este el primer punto de modificación dentro de este parámetro de calificación. Identificado dentro del factor de evaluación el principal punto de insatisfacción de los usuarios, se procedió a realizar el análisis de las posibles causas del problema para la evaluación de las posibles y la implementación de una estrategia de mejor continua.

Como estrategia de implementación de mejora continua para las unidades de atención, se determinó la necesidad del levantamiento de las condiciones actuales de las unidades de atención como punto de diagnóstico de los principales puntos de deficiencia de la información hacia los usuarios; dado que, en el actual Manual de Lineamientos Operativos para la

Implementación del MAIS y RPIS, no se determina un componente específico de señalética e información en las unidades sanitarias.

El manual de señalética es considerado como es un instrumento guía de las normas básicas para la correcta y adecuada señalización de los diferentes ambientes de las unidades de atención médica; su objetivo es identificar y guiar a los usuarios en su visita al centro de atención sanitaria. La información por medio de simbología y apoyo en carteleras en las instalaciones permiten que los usuarios tengan un mayor conocimiento del flujo del proceso en su visita y las áreas de espera y atención en la unidad (EsSalud, 2016).

El proceso de señalización de las unidades sanitarias que se sugiere toma como referencia el aporte metodológico de la EsSalud Humanizando el Seguro “Manual de Señalética e Imagen Corporativa de las Unidades de Servicios del Seguro Social de Salud –EsSalud” (2016). Para la elaboración de este modelo se requiere la ejecución de los siguientes pasos en las unidades sanitarias del distrito:

1) Recopilación de planos arquitectónicas de las unidades de atención sanitaria, con la identificación de riesgos potenciales y salidas de evacuación en caso de emergencias naturales.
2) Levantamiento de información de los ambientes de la unidad de atención y con un énfasis en las áreas donde existe un mayor tránsito del personal sanitario y los pacientes.
3) Elaboración del plan de señalética de interiores y exteriores de las unidades de atención que facilite la ubicación de los pacientes y personal médico dentro de la unidad de atención, con determinación de rutas de circulación, tipología de unidades funcionales y detalle de las especificaciones técnicas de la señalética, manteniendo un esquema homologado a nivel de país.

Con la incorporación del modelo de señalética e información, se proporcionarían las facilidades necesarias en las áreas de las unidades sanitarias para el personal y los usuarios del servicio. Este modelo de señalética sería evaluado posterior a la aplicación de ciertas unidades sanitarias, como plan piloto, mediante la satisfacción de los usuarios respecto a las instalaciones físicas y elementos tangibles.

En la incorporación de la señalética permite contemplar un sistema progresivo de distribución de información, disminuyendo posibles inconvenientes en las unidades sanitarias por desconocimiento del proceso de la atención o de las instalaciones de la unidad. Cabe destacar, que este modelo debe incorporar apoyo por parte de carteleras e información adicional que promueva hábitos de vida saludable, prevención de patologías e información de

patologías de prevalencia en el territorio; cumpliendo los lineamientos de atención primaria y su enfoque multidimensional.

4.2.2 Habilidad de ejecución y acceso del servicio

En la encuesta realizada en el cantón de Latacunga, en promedio el 53% de los usuarios se encuentran poco satisfechos con el tiempo de espera para acceder a una consulta médica, mientras el 59% de los usuarios no se sienten cómodos con el sistema de atención del centro de salud. En el primer lugar para la accesibilidad del servicio de salud se evaluó el tiempo en el que una persona puede agendar una cita para la atención de una patología en un centro de salud. El mayor porcentaje de casos que registran su cita por medio del Contact Center del Ministerio de Salud, tardan de 1 a 3 días en agendar una cita con el profesional de salud, correspondiente al 52% de los encuestados.

El agendamiento de citas médicas para el primer nivel de atención se realiza por medio de una llamada telefónica al 171. En primer lugar, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador informa las opciones disponibles en la llamada telefónica; véase Cuadro N° 29:

Cuadro N° 29: Opciones de marcado para reservación de una cita médica

OPCIÓN DE MARCADO	SOLICITUD DEL PACIENTE
Opción 1	Agendar, re agendar o cancelar una cita médica
Opción 2	Información y asesoría en salud sexual y salud reproductiva, nutrición en el embarazo, en el niño menor de 2 años, dudas o complicaciones en el embarazo, salud mental y drogas
Opción 3	Mejor el servicio de salud con sus solicitudes, inconformidades o felicitaciones

Fuente: Ministerio de Salud Pública (2012)
Elaborado por: María de la Paz Bonilla Almeida

Posterior a la información de las opciones disponibles, para la reservación de una cita médica se solicita el ingreso del número de cédula del paciente o de quien va a realizar la consulta médica, confirmado los datos, la llamada es trasferida a un agente quien agenda al paciente en medicina general, odontología, psicología o calificaciones para personas con discapacidad. El agente de atención del Contact Center le informa al usuario la disponibilidad de la agenda de la unidad de atención más cercana a su domicilio informando la fecha y hora de la cita médica; de tener una respuesta positiva por parte del paciente para a reservación de la consulta médica se le informa al usuario que debe acudir a la unidad de atención con 30 minutos de anticipación de la hora registrada; concluyendo el proceso de reserva de cita médica (MSP, 2012).

El proceso de Contact Center fue incorporado con la finalidad de disminuir el tiempo de espera del paciente en la unidad de atención, junto con el número de pacientes que esperaban por una atención médica durante largas jornadas por medio de largas filas de usuarios a las afueras de los establecimientos de salud. Brindando a los usuarios la capacidad de agendar sus citas médicas con antelación y mejorar la eficiencia del proceso, por medio de una llamada telefónica gratuita al servicio del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2012).

En la información recopilada los pacientes muestran una insatisfacción en el tiempo que se demoran en agendar una cita médica, dado que algunas enfermedades requieren atención inmediata y no pueden ser cubiertas en 2 o 3 días de espera para la atención sanitaria. En este punto se realizó la validación del Speech que se maneja en el Contact Center, y se identificó la posibilidad de la incorporación de un sistema de evaluación y monitoreo de llamadas a los ejecutivos de atención.

4.2.2.1 Sistema de Monitoreo

Como propuesta para mejorar la calidad de la atención médica en este factor, se propone un sistema de monitoreo a las llamadas para mejorar la información brindada a los pacientes que llamen al servicio de Contact Center para la reservación de una cita médica. La asignación de citas médicas por la alta demanda y concentración demográfica en sectores de las provincias impiden por el momento y con la información recolectada una metodología que permita la asignación de turnos médicos con menor tiempo de espera.

Como solución alternativa a la problemática identificada en el centro de salud, se establece la necesidad de informar a los pacientes que no puedan asistir a la consulta médica disponible en agenda, opciones alternativas a la reservación de una consulta vía telefónica. Esta información adicional debe ofrecer al usuario una alternativa viable para la atención de su patología. En la información propuesta para la comunicación al paciente se estableció la necesidad de informar sobre:

- La atención existente en el área de Emergencias de cualquier unidad de atención de la Red Pública Integral de Salud.
    - Las unidades de atención cercanas a su domicilio con área de Emergencia

Junto con la información adicional proporcionada, se propone establecer un sistema de monitoreo de llamadas aleatorio que permita evaluar la atención del ejecutivo, identificando posibles puntos a mejorar en el servicio ofrecido. La matriz de monitorio propuesta para las llamadas de agendamiento de citas médicas se detalla a continuación, véase Cuadro N°30.

Cuadro N° 30: Matriz de monitoreo ejecutivo Contact Center

MONITOREO – LLAMADAS			
DATOS	**DETALLE**	**PONDERACIÓN**	**MONITOREO**
Fecha llamada:			
Fecha monitoreo:			
Distrito:			
Nombre agente:			
Base de calificación		**100%**	**100**
1. Apertura y Cierre		**15%**	**100.00**
1.1 Utiliza protocolos de saludo			
1.2 Utiliza protocolo de despedida			
1.3 Justifica y agradece los tiempos de espera			
1.4 Ofrece ayuda adicional // se asegura que la solicitud fue atendida			
2. Validación, eficiencia y conocimiento		**45%**	**100.00**
2.1 Confirma datos o información del paciente			
2.2 Utiliza preguntas para clarificar la solicitud // filtro de preguntas			
2.3 Muestra conocimiento, seguridad y confianza			
2.4 Realiza procedimientos de acuerdo a la política establecida			
2.5 Ofrece información completa, correcta y agota alternativas de solución			
3. Habilidades de Comunicación		**20%**	**100.00**
3.1 Tono de voz agradable			
3.2 Pronunciación y vocalización adecuada			
3.3 Evita interrupciones			
3.4 Evita utilizar tecnicismos, muletillas, malas palabras, modismos, etc.			
3.5 Duración de la llamada acorde al requerimiento			
4. Actitud de Servicio		**20%**	**100.00**
4.1 Amabilidad			
4.2 Empatía			
4.3 Paciencia – Tolerancia			
Calificación Parcial		**100.00%**	**100.00**
5. Errores Tipo 1		**20% c/u**	**0.00**
5.1 No Registra los datos de identificación del cliente y gestión de la llamada			
5.2 Utiliza la tipificación incorrecta			
6. Errores Graves Tipo 2		**50% c/u**	**0.00**
6.1 Dejar al cliente en espera			
6.2 No valida, direcciona de domicilio			
7. Errores Graves Tipo 3		**100% c/u**	**0.00**
7.1 Cierra la llamada sin justificación			
7.2 Llamada personal			
Calificación Final			**100.00**
Observaciones:			

Fuente: María de la Paz Bonilla Almeida
Elaborado por: María de la Paz Bonilla Almeida

En la propuesta de monitoreo realizada se estableció 4 criterios en la evaluación, con diferentes ponderaciones, este análisis se realizó basado en la información recolectada sobre los problemas presentados en las unidades de atención por información errada por parte del personal médico y der servicio. Se detallan los criterios de evaluación determinados en la propuesta:

1) Apertura y cierre 15%
2) Validación, eficiencia y conocimiento 45%
3) Habilidades de Comunicación Actitud de servicio 20%
4) Actitud de servicio 20%

Las ponderaciones seleccionadas para los factores del monitoreo a mejorar, se determinaron en base a la fundamentación teórica encontrada. En primer lugar, según Coddington y Moore (1987) la empatía, el respeto y el cuidado son los factores principales de calidad del servicio de salud desde la perspectiva del cliente; junto con una información verídica de los procesos sanitarios. Por otro lado, según Bopp (1990) la percepción de calidad se determina en mayor medida por lo que "expresa" el personal del servicio sanitario, sobre el desempeño técnico o profesional.

Por el peso de las ponderaciones y la relevancia de los mismos en los servicios de atención al cliente, se clasifica los factores de evaluación de acuerdo a su criticidad, con el fin de focalizar la capacitación y ejecución de los ejecutivos en estos puntos; véase en el Cuadro N°31.

Cuadro N° 31: Habilidades evaluadas relevancia de ponderación

Resumen de Habilidades Evaluadas		Monitoreo
NO CRÍTICO	1. Apertura y Cierre	**100.00**
CRITICO	2. Validación, eficiencia y conocimiento	**100.00**
NO CRÍTICO	3. Habilidades de Comunicación	**100.00**
NO CRÍTICO	4. Actitud de Servicio	**100.00**
NO CRÍTICO	5. Errores Tipo 1	**0.00**
CRITICO	6. Errores Graves Tipo 2	**0.00**
CRITICO	7. Errores Graves Tipo 3	**0.00**
Calificación Final		**100.00**

Fuente: María de la Paz Bonilla Almeida
Elaborado por: María de la Paz Bonilla Almeida

Este sistema de monitoreo y evaluación permitiría llevar un seguimiento y calificación a los ejecutivos de atención al usuario, incrementando la eficiencia a del Contact Center y

mejorando los sistemas de comunicación al usuario y con ello la información de los procedimientos administrativos de las unidades de atención.

De igual manera la calificación obtenida por los agentes de atención al cliente puede ser tipificada en los siguientes niveles de resultados, que permitan llevar un seguimiento del ejecutivo y su desempeño; incrementando punto de control en la información que se brinda a la ciudanía con respecto a los procesos sanitarios; véase en el Cuadro N° 32.

Cuadro N° 32: Tipificación de Resultados de la evaluación

TIPIFICACIÓN	Calificación obtenido
OPTIMO	100.00
	90.00
CRITICO	89.00
	80.00
MINIMO	79.00
	0.00

Fuente: María de la Paz Bonilla Almeida
Elaborado por: María de la Paz Bonilla Almeida

En este factor de evaluación, se busca que el usuario posea toda la información disponible del servicio de atención pública, con el fin de disminuir su asimetría de información, incrementando la posibilidad de reacción del paciente para la planificación de controles médicos y atención inmediata de ser necesaria por emergencia.

4.2.3 Credibilidad del servicio

Al finalizar la encuesta de satisfacción del usuario se solicitó a los usuarios, responder sobre su confianza y credibilidad sobre la atención médica recibida en la unidad sanitaria. De cada 10 personas encuestadas 6 no confían en la atención médica recibida en el centro de salud, y no estarían dispuestos a regresar a la unidad de salud.

A pesar de la satisfacción identificada en los elementos tangibles de las unidades de atención y la satisfacción razonable con los tiempos de espera, la problemática presentada, determina que la falta de información de las unidades sanitarias y la falta de conocimientos de los procesos de atención por parte del personal sanitario, determinan la inconformidad con la salud pública brindada. En este sentido la presencia de problemas en las unidades sanitarias, y la no resolución de los casos expuestos durante la visita a la unidad sanitaria, marcan la satisfacción del paciente.

La capacidad del usuario para dar un juicio de valor sobre el servicio sanitario, marca la necesidad de conocer las necesidades y perspectivas de los usuarios, en el marco conceptual de la investigación realizada el cliente es el árbitro de un servicio, por ello la satisfacción del cliente es vital para medir la calidad (Davins, 2011). Dentro de los resultados encontrados se puede establecer la prioridad de mejora en la capacitación del personal sobre los procesos médicos y la sensibilidad y buen trato al usuario.

Para incrementar la credibilidad del servicio de salud, es necesario disminuir la brecha existente en la actualidad sobre las expectativas previstas por el usuario y el servicio percibido. Para lo cual se requiere un plan de capacitación continuo al personal administrativo y médico de las unidades de atención; con el fin de responder de manera acertada a las inquietudes de los pacientes y evitar posibles inconformidades en el servicio de salud. Este plan de capacitación debe ser continuo ya que, por la teoría y metodología propuesta, un incremento en el servicio de salud, aumentaría las expectativas de los usuarios, volviendo a ampliar la brecha con respecto a la satisfacción (Davins, 2011).

A pesar de que las expectativas de los usuarios están determinadas por las necesidades individuales, las características de su entorno, el estado de salud, entre otros aspectos que pueden modificar la percepción de la calidad de los servicios recibidos (Davins, 2011). La información recopilada muestra un patrón común de insatisfacción de la atención recibida, las mejoras proporcionada en el sistema y aplicadas por el Modelo de Atención Integral han dado significativos avances respecto a varios factores de evaluación como elementos tangible y accesibilidad; pero dejan oportunidad a planes de mejora en el resto de aspectos de evaluación de satisfacción.

Adicional, la satisfacción individual puede ser un punto de partida para la identificación de posibles propuestas de mejoras en los distritos a nivel nacional, conservando los lineamientos de desconcentración y descentralización. Cabe mencionar que la complejidad de la Atención Primaria y sus diferentes dimensiones permite la implementación y elaboración de propuestas que apunten a todos los factores de evaluación de la satisfacción en prevención, promoción, cuidado del estado de salud.

Conclusiones

El marco constitucional y normativo del sistema de salud pública ha venido experimentando diversos cambios a partir del año 2008 en la Constitución de la República del Ecuador, cuando fue determinada a la salud como un derecho fundamental de la población, con el Ministerio de Salud Pública como rector del servicio. Uno de los cambios representativos, posterior al mencionado, fue la incorporación del criterio de descentralización y desconcentración que dividió al Ecuador en: 9 zonas, 140 distritos y 1.134 circuitos, estableciendo al distrito como unidad básica de planificación.

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (MAIS), es el sistema de gestión de los diferentes niveles de atención. La provincia de Cotopaxi, se encuentra dividida en 6 distritos, con un total de 43 unidades de atención primaria; en el Distrito Nº1 se encuentra el 41,66% del total de la población de la provincia, con el mayor número de establecimiento de salud del primer nivel. En el Censo de Población y Vivienda, del total de población mayores de 12 años, el 73.3% no aporte o es afiliado a la seguridad social, determinada en la investigación como demanda potencial del primer nivel de atención pública.

En el cantón Latacunga los mayores casos de mortalidad se presentan por politraumatismos por accidentes de tránsito y neumonía-bronconeumonía según la tipificación de enfermedades del Ministerio de Salud, tasas que no han tenido variaciones significativas desde el 2010 al 2016, correspondiente al 34.12% de defunciones del cantón; causas mortuorias que pueden ser evitadas desde el primer nivel de atención.

Al igual que las causas de mortalidad las causas de morbilidad están asociadas a patologías de infección respiratorias, con un total de 139.231 casos registrados desde el 2010 al 2016. Seguido de esta enfermedad, la segunda patología con mayor número de casos registrados en el Distrito de Latacunga es por parasitosis Intestinal, con 39.176 personas y en tercer lugar las patologías por infección de Vías urinarias con 23.128 casos.

De las encuestas de satisfacción realizadas se determinó que, dentro de los 10 factores de evaluación de la calidad de los usuarios considerados, la credibilidad y confianza es el indicaron con menor nivel de satisfacción; de cada 10 encuestados 5 personas no confían en el servicio de salud y no estarían dispuestos a regresar de manera voluntaria al establecimiento de salud pública. Del nivel de satisfacción por elementos tangibles, el 53% de

la población encuestada se sintió cómoda con las instalaciones, con el nivel más alto de insatisfacción, en señalética y carteleras de información, con un 56% de inconformidad.

El 53% de los encuetados se encuentran poco satisfechos y el 16% insatisfechos con servicio de atención en el factor de accesibilidad, a pesar de que la mayoría de la población, 58% de los encuestados, utilizan trasporte público para acceder a los centros de atención el 49% accede a la unidad de atención en un tiempo menor a una hora; con un promedio del 59% de satisfacción en el sistema administrativo de atención médica.

El principal factor que determina si un paciente tiene problemas en la unidad de atención, se encuentra establecido por los fallos en la comunicación, del 38% de encuestados que no recibieron información correcta en la unidad de atención, el 74% tuvo algún inconveniente en su visita, y en el 29% de estos no se tuvo una solución.

El mayor inconveniente con respecto a la profesionalidad de la atención médica, se identificó que en 63% de las atenciones sanitarias realizadas, de la muestra de estudio, no se notificó al paciente las posibles contraindicaciones de los medicamentos o tratamientos médicos recomendados por el profesional de salud. En promedio el 39% de pacientes se encontraban satisfechos con el trato del personal de atención al usuario y de seguridad, el 48% poco satisfechos y el 14% restante insatisfechos. Identificando la insatisfacción más alta con un 15% por el profesional de salud y el personal de atención al usuario.

Finalmente se determinó una alta posibilidad de mejora en la calidad del servicio, por medio de la incorporación de un componente de calidad y mejora continua en el Modelo de Atención Integral y Comunitaria (MAIS), modificación en la política pública que permita realizar una evaluación y seguimiento continuo a la satisfacción del usuario; identificando los factores de evaluación críticos para la satisfacción.

El objetivo con la incorporación de este componente de ejecución en el MAIS, es permitir a nivel distrital analizar la calidad de los usuarios y evaluar según las condiciones del territorio un programa o modificación a los programas ya ejecutados, que permita mejorar la percepción de calidad de los usuarios. En el caso del distrito de Latacunga, se determinó como punto crítico y de mejora, la incorporación de un manual de señalética que permita mejora la información brindada al paciente, junto con un sistema de monitorio al Contact Center que amplíe el conocimiento del usuario sobre el sistema de salud pública y la capacitación continua al personal médico y administrativo sobre los procesos de atención, resolución de problemas y trato adecuado.

Recomendaciones

En la actualidad el levantamiento de información de la satisfacción de los usuarios se realiza en los distritos de salud de manera trimestral, información que es enviada a la zona para su análisis y evaluación de resultados. Se recomienda que este levantamiento, evaluación y seguimiento de resultados obtenidos, se realice en el distro de las unidades sanitarias; al ser el distrito la unidad básica de planificación y la división territorial más cercana a la población, la toma de decisiones respecto a la calidad del servicio debe ser identificada y resulta por este nivel de organización.

De los factores de evaluación de calidad identificados para el levantamiento de información y análisis de resultados, se recomienda realizar una priorización de los mismos en base a la criticidad reconocida por los usuarios de las unidades sanitarias. Por limitación de recursos, no se pudo realizar una segunda encuesta que permita identificar la importancia de cada factor de evaluación; por lo que, para la ejecución de un plan de mejora continua de calidad, se requiere identificar el o los aspectos que impactan en mayor medida a la satisfacción de los pacientes. Con esta identificación de prioridades por parte de los usuarios, se podrá identificar los aspectos críticos para mejorar según las expectativas de los pacientes, y designar los recursos de manera óptima.

El presente tema de investigación se realizó a las personas que asistieron a una consulta médica en la unidad de atención sanitaria, minutos después de la atención recibida, dado la metodología establecida y la información de interés de la investigación, se recolectó la data en el Distrito N° 1 de Latacunga por la baja tasa de afiliación a la seguridad social. Se recomienda ampliar el universo de la investigación, en otros distritos que presenten una demanda potencial al primer nivel de atención, focalizando unidades de atención que cuenten con la mayor oferta de salud primaria.

Finalmente, para conocer de mejor manera la situación de la calidad sanitaria y la satisfacción de los usuarios con respecto a la salud pública, es recomendable analizar los demás niveles de atención sanitaria. Manteniendo un sistema de información y continuidad a los estudios y data recolectada en la población, para la identificación de las posibles mejoras a realizar por medio del seguimiento a los indicadores de salud, junto con la percepción de los usuarios, reconociendo a estos como el fin último de la atención sanitaria.

Referencias Bibliográficas

Aquino, Tomas (1485) ***Suma Teología: I-II, 50.***

Arrow, Kenneth y Scitovsky, Tibor (1974) ***Ensayos sobre economía del Bienestar: Los fundamentos de la Economía del Bienestar.*** México: Fondo de Cultura Económica.

Asamblea Nacional (2008) ***Constitución de la República del Ecuador***. Ecuador: Autor

Asamblea Nacional (2008) ***Constitución de la República del Ecuador.*** Ecuador: Autor

Berlinguer, Giovanni (2007) **Determinantes Sociales de las Enfermedades,** *Revista Cubana de Salud Pública, 33* (1).

Bopp, K. D. (1990). ***How patients evaluate the quality of ambulatory medical encounters: a marketing perspective.*** Journal of Health Care Marketing, 19 (1), 6-15

Casado, Verónica (2012) ***Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria: La Atención Primaria de Salud Otro Ámbitos de Actuación de la Medicina Familiar y Comunitaria.*** Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria [Semfyc Ediciones].

Coddington, D. C. and Moore, K. D. (1987). ***Market strategies in health care.*** San Francisco: Jossey Bass Publischers.

Congreso Nacional (2002) ***Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud***. Ecuador: Autor

Congreso Nacional (2006) ***Ley Orgánica de Salud.*** Ecuador: Autor

Congreso Nacional (2006) ***Ley Orgánica de Salud.*** Ecuador: Autor

Copplestone, John (1991) **¿Qué es la Salud?** *Foro Mundial de la Salud (12)* (455-457). http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/52056/1/WHF-1991-12-n4-p453-457-spa.pdf Consulta: [08/03/2017].

Correa, Rafael (2015) ***Decreto 703.*** Ecuador: Palacio Nacional.

Davins, Josep (2011) ***Metodología de evaluación y mejora continuada: Calidad y Mejora Continua Conceptos.*** Generalitat de Catalunya Departament de Salut*:* Calidad 2011*,* 1-20. http://projectes.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/GrupsTreball/Docs/Qualitat/TEMA1.pdf [Consulta: 30/10/2017]

De la Fuente, Juan; Tapia, Roberto; Lezana Miguel (2002) ***La información en Salud: Información y mejora continua de la calidad en los servicios de salud.*** México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Deming, William (1986) ***Out of the Crisis: Quality, Productivity and Competitive Position.*** Editorial: Cambridge University Press.

Diderichsen F, Evans T Y Whitehead M. (2001) ***The social basis of disparities in health: Challenging inequities in health care.*** New York: Oxford University Press.

Donabedian, Avedis (1980) ***Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment.*** Editorial: Health Administration Press.

Drummond, M; Stoddart, G y Torrance (1987). ***Methods for Economic Evaluation of Health Care Programes***. Oxford: Oxford University Press

EsSalud, (2016) ***Manual de Señalética e Imagen Corporativa de las Unidades de Servicios del Seguro Social de Salud – EsSalud.*** Perú: Oficina de Relaciones internacionales-Subgerencia de Imagen.

Evans, Robert; Barer, Morris y Marmor, Theodore (1996) ***¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones.*** Madrid: Díaz de Santos S.A.

Fadini, Diogene y Vila, Llor (2005) ***Guía de investigación clínica para atención primaria: Evaluar la eficiencia de las intervenciones.*** http://w3.icf.uab.es/ficf/es/pub/IAP/GuiaInvestigacionClinicaAP/GICAPcapitulo-9.pdf Consulta: [10/04/2017].

Feigenbaum, Armand V. (1994) ***Control Total de la Calidad.*** México: Compañía Editorial Continental.

Feito, Lydia (1996) **La definición de la salud.** *Diálogo Filosófico* 34 (61-84).

Gimeno, Juan; Rubio, Santiago; Tamayo, Pedro (2005) ***Economía de la Salud: Fundamentos***. Ediciones: Díaz de Santos.

Gimeno, Juan; Rubio, Santiago; Tamayo, Pedro (2006) ***Economía de la Salud: Instrumentos***. Ediciones: Díaz de Santos.

Gobierno Autónomo Descentralizado del cantón Latacunga [GAD Latacunga] (2015) ***Diagnostico del Plan de Desarrollo del Cantón Latacunga 2016-2019.*** Ecuador: Autor. Recuperado de: http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/PORTAL_SNI/data_sigad_plus/sigadplusdiagnostico/0560000380001_Dignostico%20PDyOT%20Latacunga%202016%20-%202019%20PDF_19-04-2015_23-48-13.pdf

Graaff, J de V. (1967) ***Teoría de la Economía del Bienestar.*** Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Hernández, Mauricio y Lazcano (Eds.) (2013) ***Salud Pública Teoría y Práctica.*** México: Instituto Nacional de Salud Pública: Editorial El Manual Moderno

http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf [Consulta: 30/05/2017]

Institute of Medicine (1974) ***Advancing the Quality of Health Care: Key Issues and Fundamentals Principles.*** Washington DC: National Academy of Science.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2010) ***Censo de Población y Vivienda 2010.*** Ecuador: Autor.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2011) ***Anuario de Recursos y Actividades de Salud 2011.*** Ecuador: INEC-Dirección De Estadísticas Socio-demográficas.

Kark, Sidney; Kark Emily; Abramson, J.H. y Gofin, Jaime (Eds.) (1994) ***Atención Primaria Orientada a la Comunidad: Atención Primaria en la comunidad los fundamentos***. Barcelona: Doyma S.A.

Lalonde, Marc (1981) ***A new perspective on the health of Canadians.*** Canada: Minister of Supply and Services Canada.

Lucio, Ruth; Villacrés, Nilhda y Henríquez, Rodrigo (2011) ***Sistema de salud de Ecuador***. Salud Pública de México, 53, (177-187).

Malo, Miguel (2013) ***La Salud en el Ecuador Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural.*** Perú: Ministerio de Salud Pública. Recuperado de: http://www1.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/uploads/2013/09/Miguel-Malo-Ecuador.pdf

Martín, A; Cano, J.F y Gené, J (Eds.) (2014) ***Atención Primaria: Principios, organización y métodos en Medicina de Familia***. España: Elsevier España S.A.

Mendoza, Pedro (1994) **Evaluación Económica en Salud: Principios de evaluación económica en salud.** *Revista Médica 3.*

Mérida, Francisco y Moreno, Elvira (Eds.) (2012) ***Fundamentos de Seguridad del Paciente: análisis estratégico en los laboratorios clínicos.*** España: Editorial Médica Panamericana S.A.

Mikkonen, Juha y Raphael, Dennis (2010) ***Social Determinants of Health: The Canadian Facts.*** Toronto: York University School of Health Policy and Management.

Mills A y Gilson L (1998) ***Health Economics for developing Contries: A survival kit.*** London, EPC N°17.

Ministerio de Salud Pública (2006) ***Ley Orgánica Del Sistema Nacional De Salud***. Ecuador: Ministerio de Salud Pública.

Ministerio de Salud Pública (2012) ***Acuerdo Ministerial No. 1203: Tipología para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención del Sistema Nacional de Salud.*** Ecuador: Ministerio de Salud Pública.

Ministerio de Salud Pública (2012) ***Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS.*** Ecuador: Ministerio de Salud Pública.

Ministerio de Salud Pública (2013) ***Acuerdo Ministerial Nº 4520: Estatuto Orgánico sustitutivo de Gestión Organización por procesos del Ministerio de Salud Pública.*** Ecuador: Ministerio de Salud Pública.

Ministerio de Salud Pública (2013) ***Sistema de Salud Ecuador: Hacia la Cobertura Universal.*** Ecuador: Ministerio de Salud Pública-Coordinación General del Desarrollo Estratégico: Dirección de Economía de la Salud en Salud. Recuperado de: http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=seminario-economia-salud-2013&alias=150-ecuador&Itemid=1145

Ministerio de Salud Pública (2014) ***Lineamientos Operativos del Modelo de Atención Integral en Salud y de la Red Pública Integral de Salud.*** Ecuador: Ministerio de Salud Pública- Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud.

Ministerio de Salud Pública (2014) ***Modelo de Atención Integral de Salud MAIS: Lineamientos Operativos para la implementación del MAIS y RPIS.*** Ecuador: Ministerio de Salud Pública.

Ministerio de Salud Pública (2015) ***Convenio Interinstitucional No. 0000017: Convenio marco interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública, Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional para integrar la Red Pública Integral de Salud.*** Ecuador: Ministerio de Salud Pública.

Ministerio de Salud Pública (s.f.) ***"Planificación Estratégica***". Recuperado de http://www.salud.gob.ec/valores-mision-vision/

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (1996) ***Gerencia y Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud: Manual del Participante.*** Ecuador: Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012) ***Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS.*** Ecuador: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Organización Mundial de la Salud (2009) ***Subsanar las desigualdades en una generación-Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.*** Buenos Aires: Jornal S.A.

Organización Mundial de la Salud (2014) ***Documentos básicos: Constitución de la Organización Mundial de la Salud.*** Italia: Autor.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2010) ***Informe Sobre la Salud den el Mundo: La Financiación de los Sistemas de Salud: El camino hacia la cobertura universal***. Ediciones de la OMS.

Organización Mundial de la Salud-Unicef (1978) ***Declaración de Alma-Ata: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud.*** Ginebra: Autor. https://medicinaysociedad.files.wordpress.com/2011/06/declaracion-de-alma-ata.pdf Consulta: [30/05/2017]

Organización Panamericana de la Salud (2010) ***Determinantes ambientales y sociales de la salud: Las nuevas agendas de la salud a partir de sus determinantes sociales.*** México: McGraw-Hill Interamericana Editores S.A. de C.V.

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (1987) ***Atención Primaria de Salud Principios y métodos: Aspectos programáticos de la atención primaria de salud a nivel nacional e internacional.*** México: Pax México y Librería Carlos Césarman S.A.

Otilio, Blanco y Oslund, Franklin (2014) **Teoría del bienestar y el óptimo de Pareto como problemas Microeconómicos**, *Revista Electrónica de Investigación en Ciencias Económicas (REICE), 2* (3), (217-234).

Pardo, Antonio (2010) ***Cuestiones Básicas de Bioética: Técnica y Salud.*** España: Rialp S.A.

Pigou, A. C. (1946) ***La economía del Bienestar: El Bienestar y el bienestar económico****.* España: M. Aguilar.

Proaño Villavicencio, D.X. (2017) ***Metodología para elaborar un plan de mejora continua***. 3C Empresa: investigación y pensamiento crítico, Edición Especial, 50-56. http://dx.doi.org/10.17993/3cemp.2017.especial.50-56 Consulta: [30/07/2017]

Restrepo, Jorge (2005) ***Cobertura y acceso a los servicios de salud. Ámbito nacional y regional.*** Congreso Nacional de Seguridad Social – Régimen Subsidiado. Medellín.

Rodríguez, Sandra (2010) ***Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia.*** España: Universidad Autónoma de Barcelona.

Secretaría de Salud (2015) ***La calidad de la atención a la Salud en México a través de sus instituciones.*** México: Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario.

Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo-SENPLADES (2013) ***Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017: Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural.*** Ecuador: Autor.

Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo-SENPLADES (2017) ***Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 Toda una Vida.*** Ecuador: Autor.

Sen, Amartya (1998) ***Bienestar, Justicia y Mercado: El Bienestar y la Libertad****. España*: Paidós Ibérica S.A.

Sen, Amartya y Nussbaum, Martha (1996) compilado del texto ***La Calidad de Vida: Capacidad y Bienestar.*** México: Fondo de Cultura Económica.

Vandamme, R. y Leunis, J. (1993). ***Development of a multiple-item scale for measuring hospital service quality.*** International Journal of Service Industry Management.

Velandia, F., Ardón, N., Cardona, J. M. y Jara, M. I. (2005). ***Comparación de la forma cómo las encuestas de calidad de vida en Colombia indagan sobre la calidad de los servicios de salud.*** Revista Gerencia y Políticas de Salud, 4 (8), 116-148.

Villaroel, Luis Carlos (1999) ***Economía de la Salud una nueva ciencia: Prospectivas de la Medicina Cuantitativa y de la Economía de la Salud.*** Editorial: Dossat 2000.

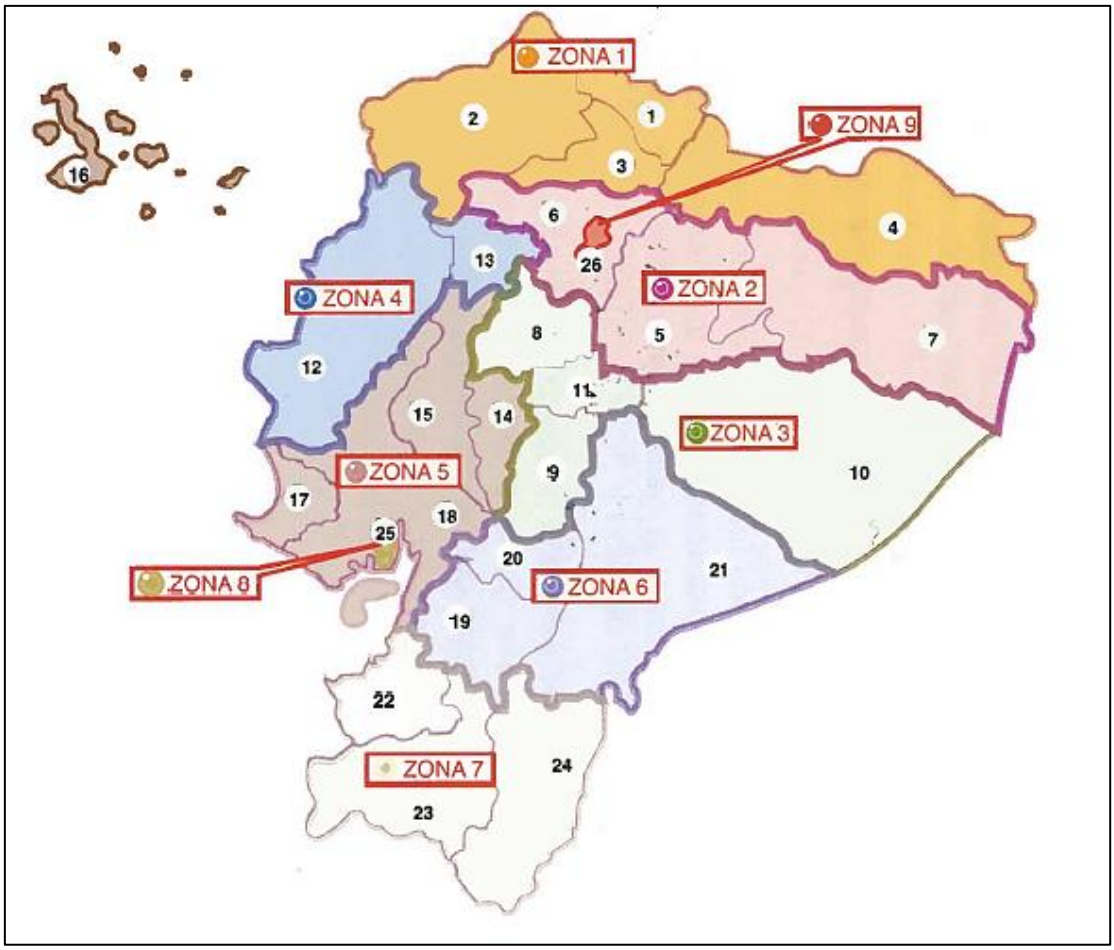
Wilkinson, R y Marmot, M. (1998) ***The Solid Facts Social determinants of health***. Europa: World Health Organization.

Wilkinson, R. (1992) **Income Distribution and Life Expectancy*.*** *British Medical Journal*, *304* (6820), (165-168).

Zeithaml, Valarie (1993) ***Calidad total en la gestión de servicios: Cómo lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores.*** Madrid: Ediciones Díaz de Santos

Anexos

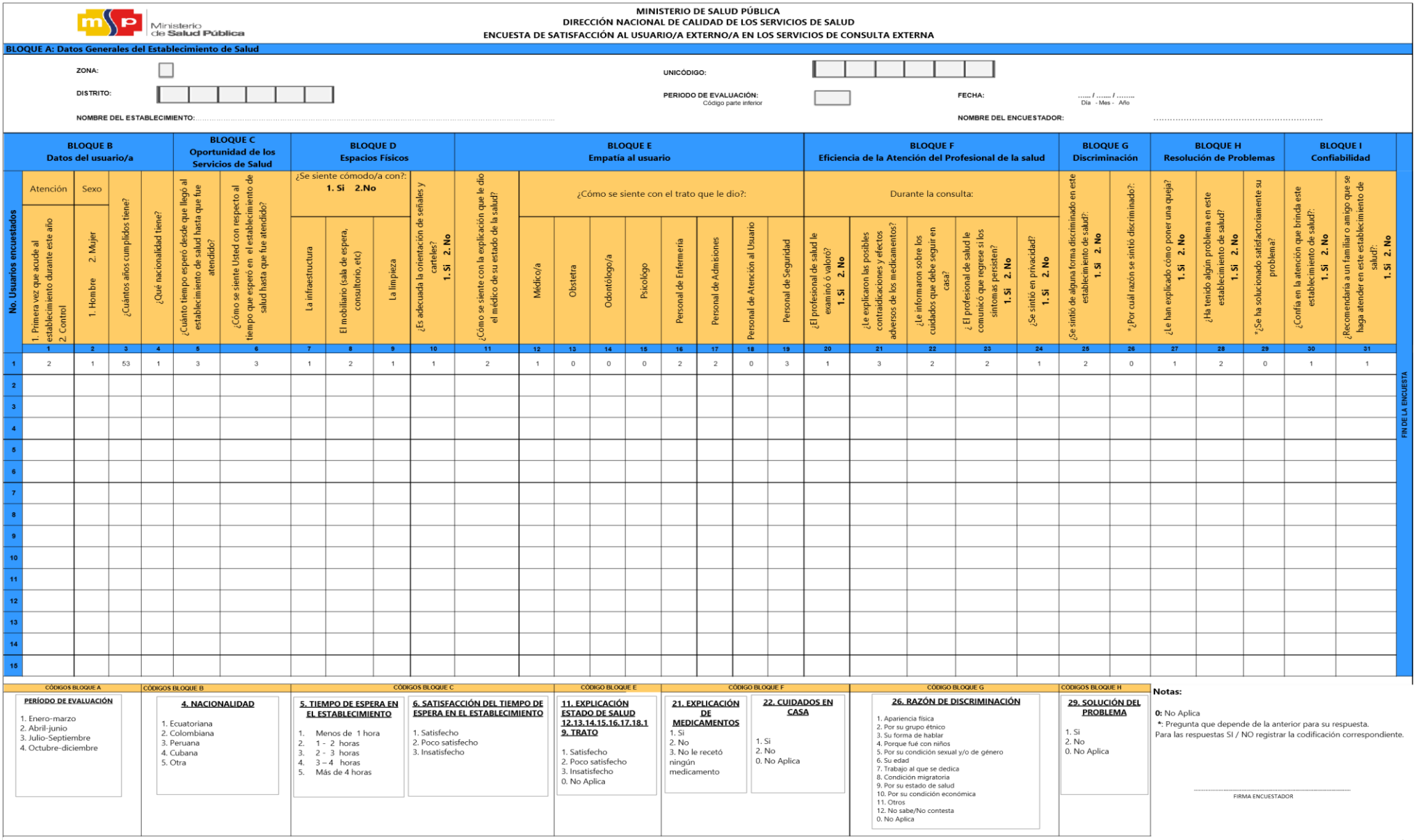
Anexo 1: Organización Territorial



Fuente: Ministerio de Salud Pública (2012)
Elaboración: Ministerio de Salud Pública

ZONA 1	• Carchi • Esmeraldas • Imbabura • Sucumbíos	**ZONA 6**	• Azuay • Cañar • Morona Santiago
ZONA 2	• Napo • Pichincha • Orellana	**ZONA 7**	• El Oro • Loja • Zamora Chinchipe
ZONA 3	• Cotopaxi • Chimborazo • Pastaza • Tungurahua	**ZONA 8**	• Metropolitano de Guayaquil
ZONA 4	• Manabí • Santo Domingo de los Tsáchilas	**ZONA 9**	• Distrito Metropolitano de Quito
ZONA 5	• Bolívar • Los Ríos • Galápagos • Santa Elena • Guayas		

Anexo 2: Encuesta de Satisfacción al Usuario Externo en los servicios de Consulta Externa



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN NACIONAL DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO/A EXTERNO/A EN LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA

BLOQUE A: Datos Generales del Establecimiento de Salud

ZONA: | UNICÓDIGO: | DISTRITO: | PERIODO DE EVALUACIÓN: Código parte inferior | FECHA: ..... / ..... / ..... Día - Mes - Año | NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: ..... | NOMBRE DEL ENCUESTADOR: .....

No. Usuarios encuestados	BLOQUE B Datos del usuario/a				BLOQUE C Oportunidad de los Servicios de Salud		BLOQUE D Espacios Físicos				BLOQUE E Empatía al usuario								BLOQUE F Eficiencia de la Atención del Profesional de la salud					BLOQUE G Discriminación		BLOQUE H Resolución de Problemas			BLOQUE I Confiabilidad	
	Atención: 1. Primera vez que acude al establecimiento durante este año 2. Control	Sexo: 1. Hombre 2. Mujer	¿Cuántos años cumplidos tiene?	¿Qué nacionalidad tiene?	¿Cuánto tiempo esperó desde que llegó al establecimiento de salud hasta que fue atendido?	¿Cómo se siente Usted con respecto al tiempo que esperó en el establecimiento de salud hasta que fue atendido?	¿Se siente cómodo/a con?: 1. Si 2.No — La infraestructura	El mobiliario (sala de espera, consultorio, etc)	La limpieza	¿Es adecuada la orientación de señales y carteles? 1. Si 2. No	¿Cómo se siente con la explicación que le dio el médico de su estado de la salud?	¿Cómo se siente con el trato que le dio?: Médico/a	Obstetra	Odontólogo/a	Psicólogo	Personal de Enfermería	Personal de Admisiones	Personal de Atención al Usuario	Personal de Seguridad	Durante la consulta: ¿El profesional de salud le examinó ó valoró? 1. Si 2. No	¿Le explicaron las posibles contraidicaciones y efectos adversos de los medicamentos?	¿Le informaron sobre los cuidados que debe seguir en casa?	¿ El profesional de salud le comunicó que regrese si los síntomas persisten? 1. Si 2. No	¿Se sintió en privacidad? 1. Si 2. No	¿Se sintió de alguna forma discriminado en este establecimiento de salud?: 1. Si 2. No	*¿Por cual razón se sintió discriminado?:	¿Le han explicado cómo poner una queja? 1. Si 2. No	¿Ha tenido algún problema en este establecimiento de salud? 1. Si 2. No	*¿Se ha solucionado satisfactoriamente su problema?	¿Confía en la atención que brinda este establecimiento de salud?: 1. Si 2. No	¿Recomendaría a un familiar o amigo que se haga atender en este establecimiento de salud?: 1. Si 2. No
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	2	1	53	1	3	3	1	2	1	1	2	1	0	0	0	2	2	0	3	1	3	2	2	1	2	0	1	2	0	1	1
2																															
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															
11																															
12																															
13																															
14																															
15																															

FIN DE LA ENCUESTA

CÓDIGOS BLOQUE A

PERÍODO DE EVALUACIÓN
1. Enero-marzo
2. Abril-junio
3. Julio-Septiembre
4. Octubre-diciembre

CÓDIGOS BLOQUE B

4. NACIONALIDAD
1. Ecuatoriana
2. Colombiana
3. Peruana
4. Cubana
5. Otra

CÓDIGOS BLOQUE C

5. TIEMPO DE ESPERA EN EL ESTABLECIMIENTO
1. Menos de 1 hora
2. 1 - 2 horas
3. 2 - 3 horas
4. 3 – 4 horas
5. Más de 4 horas

6. SATISFACCIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA EN EL ESTABLECIMIENTO
1. Satisfecho
2. Poco satisfecho
3. Insatisfecho

CÓDIGO BLOQUE E

11. EXPLICACIÓN ESTADO DE SALUD 12.13.14.15.16.17.18.19. TRATO
1. Satisfecho
2. Poco satisfecho
3. Insatisfecho
0. No Aplica

CÓDIGO BLOQUE F

21. EXPLICACIÓN DE MEDICAMENTOS
1. Si
2. No
3. No le recetó ningún medicamento

22. CUIDADOS EN CASA
1. Si
2. No
0. No Aplica

CÓDIGO BLOQUE G

26. RAZÓN DE DISCRIMINACIÓN
1. Apariencia física
2. Por su grupo étnico
3. Su forma de hablar
4. Porque fué con niños
5. Por su condición sexual y/o de género
6. Su edad
7. Trabajo al que se dedica
8. Condición migratoria
9. Por su estado de salud
10. Por su condición económica
11. Otros
12. No sabe/No contesta
0. No Aplica

CÓDIGOS BLOQUE H

29. SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
1. Si
2. No
0. No Aplica

Notas:

0: No Aplica
*: Pregunta que depende de la anterior para su respuesta.
Para las respuestas SI / NO registrar la codificación correspondiente.

..... FIRMA ENCUESTADOR

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Fuente: Ministerio de Salud Pública (2012)
Elaboración: Ministerio de Salud Pública

Anexo 3: Conjunto de prestaciones por ciclos de vida

Según el Ministerio de Salud Pública (2012), en el Modelo de Atención Integral de la Salud Familiar, Comunitario e Intercultural, el conjunto de prestaciones del primer nivel de atención por en los ciclos de vida de la población es el siguiente:

CICLO DE VIDA	Conjunto de Acciones para el Primer Nivel de Atención
Recién Nacidos 0 - 28 días **Referirse a:** Normas de Atención a la niñez, Norma y Protocolo neonatal, Atención Integral Enfermedades de la Infancia (AIEPI), Normas PAI	***Prestaciones de Promoción*** *Información Educación a padres o cuidadores* - Promover la autoconfianza en el cuidado del niño/a y fortalecer el vínculo afectivo. - Informar la importancia de la vacunación, lactancia materna, estimulación psicomotriz. - Generar mecanismos de motivación para que acuda a los controles - Comunicar las enfermedades comunes en el desarrollo del niño/a así como su comportamiento y la salud satisfactoria del niño/a
	Prestaciones de Prevención - Atención del recién nacido, evaluar: nutrición, desarrollo neuromuscular y psicomotriz, lactancia materna, crecimiento y desarrollo - Inmunización según la edad (vacunación) - Detección de conflictos de pareja, consumo de sustancias, tabaquismo. - Detección de la agudeza visual y ceguera - Detección, prevención y consejería de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/SIDA - Desnutrición: suplemento de micronutrientes según grupos de edad
	Prestaciones de Recuperación *Atención de la patología más frecuente en recién nacidos* - Diagnóstico y tratamiento de: infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas y parasitosis, enfermedades infecciosas y transmisibles, dificultad respiratoria, retardo de crecimiento, malformación congénita, lesiones traumáticas, esguinces, luxaciones y fracturas de extremidades - Recuperación de trastornos de la agudeza visual en niños - Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental: conflictos de pareja, consumo de sustancias, tabaquismo. - Diagnóstico y tratamiento de discapacidades - Diagnóstico y tratamiento de emergencias medicas - Otras
	Prestaciones de Rehabilitación - Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención. - Actividades de psico-rehabilitación basadas en la comunidad. - Discapacidades
Niños/as actante de 29 días - 11 meses **Referirse a:** Normas de atención a la niñez, Atención Integral Enfermedades de la Infancia (AIEPI), Normas PAI, Guía para la atención Oftalmológica infantil, Normas y	***Prestaciones de Promoción*** *Información educación a padres o cuidadores* - Promover la autoconfianza en el cuidado del niño/a, fortalecer el vínculo afectivo - Informar la importancia de la vacunación, lactancia materna hasta los seis meses lactancia mixta, alimentación complementaria - Informar la importancia de la higiene, salud bucal, riesgos de accidentes en el hogar, derechos de los niños - Promover la estimulación psicomotriz y de lenguaje, prevención de discapacidades y ayudas técnicas. - Generar mecanismos de motivación para que acuda a los controles mensuales - Comunicar las enfermedades comunes en el desarrollo del niño/a, el comportamiento del lactante, y la salud satisfactoria del niño/a.
	Prestaciones de Prevención - Control de salud: evaluar el desarrollo físico, valoración nutricional, neuromuscular, psicomotriz, salud bucal, agudeza visual, auditiva, neurosensorial y patologías - Cumplir con el esquema de vacunación - Administración de micronutrientes - Evaluar el bienestar del lactante e identificar anomalías congénitas - Salud mental: violencia, consumo de sustancias, tabaquismo - Detección de problemas en el desarrollo del lenguaje, motricidad, social. - Detección de la agudeza visual y ceguera - Detección, prevención y consejería de ITS y VIH/SIDA - Desnutrición: suplemento de micronutrientes, según grupos de edad
	Prestaciones de Recuperación *Atención de la patología más frecuente en niños*

	- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades: prevalentes de la infancia, de la región o provincia, infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas y parasitosis, enfermedades infecciosas y transmisibles, retardo del crecimiento, malformación congénita, lesiones traumáticas y de tejidos blandos, esguinces, luxaciones y fracturas de extremidades - Diagnóstico de deficiencias para evitar discapacidades - Recuperación de trastornos de la agudeza visual en niños - Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental: violencia intrafamiliar, consumo de sustancias, tabaquismo - Manejo de maltrato: físico, sicológico, sexual. - Diagnóstico y tratamiento de discapacidades - Diagnóstico y tratamiento de emergencias médicas - Otras
	Prestaciones de Rehabilitación - Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención - Actividades de psico-rehabilitación basadas en la comunidad. - Discapacidades
Niños/as de 1 - 4 años: **Referirse a:** Normas de atención a la niñez, Atención Integral Enfermedades de la Infancia (AIEPI), Normas PAI, Guía para la atención Oftalmológica Infantil Normas y procedimientos de atención en Salud Bucal.	***Prestaciones de Promoción*** Información educación a padres o cuidadores - Promover la autoconfianza en el cuidado del niño/a, fortalecer el vínculo afectivo - Informar la importancia de la vacunación, lactancia materna hasta los dos años, alimentación complementaria - Informar la importancia de la higiene, salud bucal, riesgos de accidentes en el hogar, derechos de los niños - Promover la estimulación psicomotriz y de lenguaje, prevención de discapacidades, ayudas técnicas. - Promover la alimentación saludable - Generar mecanismos de motivación para que acuda a los controles mensuales - Comunicar las enfermedades comunes en el desarrollo del niño/a así como en el comportamiento del lactante, y la salud satisfactoria del niño/a
	Prestaciones de Prevención - Control de salud: evaluar el desarrollo físico, valoración nutricional, neuromuscular, psicomotriz, salud bucal, agudeza visual, auditiva, neurosensorial - Cumplir con el esquema de vacunación - Administración de micronutrientes - Evaluar el bienestar del lactante e identificar anomalías congénitas - Detección de problemas en el desarrollo del lenguaje, motricidad, social, aptitud intelectual. - Detección de problemas de violencia, consumo de sustancias, tabaquismo. - Detección de la agudeza visual y ceguera - Detección, prevención y consejería de ITS y VIH/SIDA - Desnutrición: suplemento de micronutrientes, según grupos de edad
	Prestaciones de Recuperación *Atención de la patología más frecuente en niños* - Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes de la infancia - Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la región, provincia, infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas y parasitosis, enfermedades infecciosas y transmisibles, retardo de crecimiento, malformación congénita, lesiones traumáticas y de tejidos blandos, esguinces, luxaciones y fracturas de extremidades. - Diagnóstico de deficiencias para evitar discapacidad - Recuperación de trastornos de la agudeza visual en niños - Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental: violencia intrafamiliar, consumo de sustancias, tabaquismo - Manejo de maltrato: físico, sicológico, sexual. - Diagnóstico y tratamiento de discapacidades - Diagnóstico y tratamiento de emergencias médicas - Otras
	Prestaciones de Rehabilitación - Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención - Actividades de psico-rehabilitación basadas en la comunidad - Discapacidades
Niños/as de 5 - 9 años (ESCOLARES):	***Prestaciones de Promoción*** *Información educación a padres o cuidadores* - Promover la autoconfianza en el cuidado del niño/a, fortalecer el vínculo afectivo - Informar la importancia de la vacunación y una buena alimentación - Informar la importancia de la higiene, salud bucal, riesgos de accidentes en el hogar, derechos de los niños

	- Promover la estimulación psicomotriz, de aptitudes intelectuales; prevención de discapacidades, ayudas técnicas, participación derechos de los niños y sexualidad saludable - Promover la alimentación saludable - Generar mecanismos de motivación para que acuda a los controles - Comunicar las enfermedades comunes en el desarrollo del niño/a, así como en el comportamiento del niño, y la salud satisfactoria del niño/a - Promover las escuelas saludables - Promover la salud bucal - Promoción de los derechos de los niños - Fomentar espacios saludables
	Prestaciones de Prevención - Control de salud: evaluar el desarrollo físico, valoración nutricional, neuromuscular, psicomotriz y emocional del niño, salud bucal, agudeza visual, auditiva, neurosensorial - Cumplir con el esquema de vacunación - Evaluar el bienestar del niño e identificar anomalías congénitas - Prevención de la caries - Detección precoz de problemas en las habilidades escolares; trastornos afectivos, emocionales - Prevención de maltrato: físico, psicológico y sexual - Detección de la agudeza visual y ceguera en niños - Detección, prevención y consejería de ITS y VIH/SIDA - Desnutrición: suplemento de micronutrientes, según grupos de edad - Prevenir riesgos de accidentes en el hogar y la escuela. - Prevención de discapacidades y uso de ayudas técnicas
	Prestaciones de Recuperación *Atención de la patología más frecuente en niños* - Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes de la infancia - Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la región, provincia, infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas y parasitosis, enfermedades infecciosas y transmisibles, retardo de crecimiento, malformación congénita, lesiones traumáticas y de tejidos blandos, de esguinces, luxaciones y fracturas de extremidades - Diagnóstico de deficiencias para evitar discapacidades - Recuperación de trastornos de la agudeza visual en niños - Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental: problemas de habilidades escolares, trastornos afectivos, emocionales; maltrato infantil - Diagnóstico y tratamiento de discapacidades - Diagnóstico y tratamiento de emergencias médicas - Otras
	Prestaciones de Rehabilitación - Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención - Actividades de psico-rehabilitación basadas en la comunidad - Discapacidades y ayudas técnicas
Adolescentes 10 a 19 años: Referirse a: Normas y procedimientos de atención para la atención integral de Salud de Adolescentes, Protocolo de atención integral a adolescentes, Normas y procedimientos de	***Prestaciones de Promoción*** *Información educación a padres, adolescentes o cuidadores* - Promover la autoconfianza en el cuidado del adolescente, fortalecer el vínculo afectivo - Información educación sobre: nutrición, higiene, sedentarismo, salud bucal, riesgos de accidentes en la escuela, comunidad, violencia, derechos, salud sexual y reproductiva, alcoholismo, drogas, tabaquismo, culturas urbanas y juveniles - Promover crecimiento y desarrollo - Promoción de salud sexual y reproductiva, salud mental, salud bucal - Procesos identitarios en adolescentes y jóvenes, así como de identificación social - Fomentar espacios saludables, recreativos - Generar mecanismos de motivación para que acuda a los controles - Comunicar de las enfermedades comunes en el desarrollo del niño/a así como en el comportamiento del niño, y la salud satisfactoria del niño/a
	Prestaciones de Prevención - Control de salud: evaluar el desarrollo físico, valoración nutricional, psicomotriz y emocional del adolescente - Vacunación adecuada - Atención: crecimiento y desarrollo, salud sexual y reproductiva, salud mental, salud bucal - Atención preventiva de adolescentes en riesgo - Malnutrición: obesidad - Sicosociales: depresión, consumo de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosa) intento de suicidio, violencia - Infecciones de transmisión sexual, embarazo adolescente - Tuberculosis

	- Inactividad física - Discapacidad - Evaluar el bienestar del adolescente e identificar anomalías congénitas - Salud mental: detección de problemas de violencia, aprendizaje, afectivos, emocionales; trastornos de la alimentación; consumo de alcohol y otras drogas; prácticas sexuales de riesgo, embarazos no planificados - Detección de la agudeza visual y ceguera - Detección, prevención y consejería de ITS y VIH/SIDA - Desnutrición: suplemento de micronutrientes, según grupos de edad - Prevenir riesgos de accidentes en el hogar - Prevención de discapacidades, uso de ayudas técnicas
	Prestaciones de Recuperación *Atención de la patología más frecuente en adolescentes* - Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes de la adolescencia - Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la región, provincia, infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas y parasitosis, enfermedades infecciosas y transmisibles, retardo de crecimiento, malformación congénita, lesiones traumáticas y de tejidos blandos, esguinces, luxaciones y fracturas de extremidades - Diagnóstico de deficiencias para evitar discapacidades - Recuperación de trastornos de la agudeza visual en adolescentes - Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental: trastornos afectivos, emocionales, de la alimentación; violencia; problemas de aprendizaje - Diagnóstico y tratamiento de discapacidades - Diagnóstico y tratamiento de emergencias médicas - Otras
	Prestaciones de Rehabilitación - Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención - Actividades de psico-rehabilitación basadas en la comunidad. - Discapacidades y ayudas técnicas
Adulto joven 20 - 64 años: Referirse a: Normas del Programa de Salud Preventiva del Adulto 20 a 64 años, Normas PAI, Normas y Procedimientos de Atención en Salud Bucal.	***Prestaciones de Promoción*** - Información educación - Nutrición - Salud bucal - Buen trato - Derechos - Salud sexual y reproductiva - Salud mental culturas urbanas y juveniles - Participación social y exigencia de derechos - Discapacidad y ayudas técnicas
	Prestaciones de Prevención - Atención salud preventiva en adulto: riesgos cardiovasculares y metabólicos, detección oportuna de cáncer, infecciones de transmisión sexual, tuberculosis - Salud Bucal: prevención de la caries - Planificación Familiar - Diagnóstico de deficiencias y discapacidades - Vacunación - Atención preventiva del adulto en riesgo - Salud mental: trastornos afectivos, emocionales, cognitivos; consumo de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosa) intento de suicidio, violencia, trastornos cognitivos - Inactividad física - Discapacidad - Evaluar el bienestar del adulto e identificar anomalías congénitas - Detección de la agudeza visual y ceguera - Detección, prevención y consejería de ITS y VIH/SIDA - Desnutrición: suplemento de micronutrientes, según grupos de edad - Prevenir riesgos de accidentes en el hogar - Prevención de discapacidades y uso de ayudas técnicas
	Prestaciones de Recuperación - Atención de las patologías más frecuente: diabetes, hipertensión, enfermedad cardíaca, enfermedad renal, cerebrovascular, tuberculosis, infecciones de transmisión sexual, depresión, ansiedad, problemas cognitivos, discapacidades y cuidados paliativos en la etapa terminal de la vida
	Prestaciones de Rehabilitación - Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención - Actividades de psico-rehabilitación basadas en la comunidad, discapacidades y ayudas técnicas

Adulto mayor > 65 años: **Referirse a:** Normas y protocolos de atención integral del Adulto Mayor mayores de 65 años	***Prestaciones de Promoción*** *Información educación a miembros de la familia* - Nutrición - Salud bucal - Buen trato - Salud Mental - Salud sexual - Envejecimiento activo - Participación social y exigencia de derechos - Discapacidad - Fomentar espacios saludables, recreativos
	Prestaciones de Prevención - Valoración geriátrica Integral - Identificar factores de riesgo, condicionantes de deterioro funcional y cognitivo - Valoración precoz y diagnóstico de la fragilidad - Dependencia funcional - Salud bucal - Violencia, consumo de alcohol y tabaquismo - Vacunación - Prevención, detección y manejo de violencia, maltrato y discapacidad
	Prestaciones de Recuperación - Atención de la patología más frecuente - Síndromes geriátricos - Prevención y diagnóstico de problemas visuales, auditivos, motrices, y otras discapacidades - Depresión, ansiedad - Cuidados paliativos en etapa terminal de la vida
	Prestaciones de Rehabilitación - Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención - Actividades de psico rehabilitación basadas en la comunidad - Discapacidades y ayudas técnicas
Embarazadas Referirse a: Normas y protocolos materno, Normas PAI Normas y procedimientos de atención en Salud Bucal,	***Prestaciones de Promoción*** *Información educación a embarazada y su pareja* - Lactancia materna - Cuidado del recién nacido - Salud bucal - Buen trato - Salud mental - Fortalecimiento de vínculo afectivo con el recién nacido - Preparación al parto - Participación social y exigencia de derechos - Promover el parto institucional - Promover preparación para el parto
	Prestaciones de Prevención - Control prenatal: evaluación estado nutricional, salud bucal - Consejería genética - Vacunación - Prevención, detección y manejo de violencia y maltrato, drogodependencia. - Trastornos afectivos y emocionales - Prevención de embarazadas que no acuden a control - Atención de postparto - Seguimiento de problemas de salud - Captación de embarazadas en puerperio - Parto domiciliario
	Prestaciones de Recuperación - Atención de la patología más frecuente en embarazadas - En el parto - En el postparto - Enfermedades perinatales - Ansiedad, depresión leve - Atención de parto
	Prestaciones de Rehabilitación - Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención - Actividades de psico-rehabilitación basadas en la comunidad - Discapacidades y ayudas técnicas

Fuente: Ministerio de Salud Pública (2012)
Elaboración: María de la Paz Bonilla

Anexo 4: Criterios de Dispensarización para diagnóstico y seguimiento familiar

Según el Ministerio de Salud Pública (2012), en el Modelo de Atención Integral de la Salud Familiar, Comunitario e Intercultural, se presentan los siguientes criterios para la asignación de actividades de servicios sanitarios, que se basan en la recolección de información de la Ficha Familiar, las actividades establecidas son las siguientes:

Planificación de actividades para el seguimiento individual y familiar según criterios de dispensarización			
Grupo de Clasificación Individual	**Definición del Grupo**	**Actividades Intramurales**	**Actividades Extramurales (Seguimiento)**
GRUPO I: Aparentemente Sano	Personas que no manifiestan ninguna patología o de riesgo individual sin existencia de posibles alteraciones del criterio.	Consultas de control al año según los estándares del MSP por ciclos de vida: promoción y prevención, registro clínico individual, visitas domiciliarias de ser necesario. Incluye un interrogatorio y examen físico en busca de características de riesgo o daño. Orientar o reforzar hábitos que favorezcan un estilo de vida saludable.	1 visita de seguimiento al año a las familias que tengan todos sus integrantes en este grupo. Actividades de promoción y prevención Entrega de turnos para facilitar el acceso al servicio de salud en casos especiales.
GRUPO II: Con factores de riesgos	Personas que con condiciones anormal de posible riesgo para su salud (biológicos, psicológicos y sociales)	Consultas de control al año según los estándares del MSP por ciclos de vida: promoción y prevención, registro clínico individual, visitas domiciliarias de ser necesario. La evaluación se realizará según el tipo y la magnitud del riesgo. Esquemas de seguimiento basada en el enfoque de riesgo, complementando la estratificación del grupo, en personas con riesgo alto o bajo.	2 visita de seguimiento al año a las familias que tengan integrantes en este grupo. Actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Entrega de turnos para facilitar el acceso al servicio de salud en casos especiales.
GRUPO III: Con patologías crónica	Todo individuo patologías o trastornos que afecten su capacidad para desempeñarse normalmente en su vida.	Consultas de control al año según los estándares del MSP por ciclos de vida: promoción y prevención, registro clínico individual, visitas domiciliarias de ser necesario. Actividades de: promoción, prevención, curación y rehabilitación, registro clínico, coordinar visitas domiciliarias, a partir de criterios de magnitud y severidad.	3 visita de seguimiento al año a las familias que tengan integrantes en este grupo. Actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Entrega de turnos para facilitar el acceso al servicio de salud en casos especiales.

GRUPO IV: Con secuelas o discapacidad	Personas con alguna condición que implica una alteración temporal o definitiva de sus capacidades, con enfermedades con condiciones que provoquen un grado de limitación mayor, con discapacidad físico motora, intelectual, auditiva, visual, visceral, psíquica, mixta.	Consultas de control al año según los estándares del MSP por ciclos de vida: promoción y prevención, registro clínico individual, visitas domiciliarias de ser necesario. Actividades de: promoción, prevención, curación y rehabilitación, registro clínico, coordinar visitas domiciliarias, a partir de criterios de magnitud y severidad. El seguimiento se realizará en coordinación con el especialista en rehabilitación.	4 visita de seguimiento al año a las familias que tengan integrantes en este grupo. Actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Entrega de turnos para facilitar el acceso al servicio de salud en casos especiales.

Fuente: Ministerio de Salud Pública (2012)
Elaboración: María de la Paz Bonilla

Anexo 5: Tipología y Características de los Centros de Salud A-B-C

CENTRO DE SALUD TIPO A		
Población de responsabilidad		2.001 a 10.000
Cartera de Servicios		-Atención integral de medicina familiar -Promoción de salud y prevención enfermedades -Salud oral
Talento Humano	Equipo de Atención Integral de Salud: - Medico - Enfermero - Técnico de Atención Primaria de Salud	Urbano: 1 por cada 4000 habitantes Rural: 1 por cada 1500 a 2500 habitantes
	Odontólogo	1 por cada 5000 habitantes
	Otros profesionales de salud	1
	Asistentes Administrativos: admisión, manejo de archivo, farmacia	1-4

Fuente: Malo, Miguel (2013)
Elaboración: María de la Paz Bonilla

CENTRO DE SALUD TIPO B	
Población de responsabilidad	10.001 a 25.000
Cartera de Servicios	-Atención integral de medicina familiar -Promoción de salud y prevención enfermedades -Salud oral -Salud mental -Pediatría de interconsulta

		-Imágenes: Rayos X y ecografía
Talento Humano	Equipo de Atención Integral de Salud: - Medico - Enfermero	Urbano: 1 por cada 4000 habitantes Rural: 1 por cada 1500 a 2500 habitantes
	- Técnico de Atención primaria en salud	1 por cada 1000 habitantes áreas dispersas 1 por cada 4000 habitantes áreas concentradas
	Odontólogo	1 por cada 5000 habitantes
	Psicólogo	1-2 (apoyo al equipo
	Otros profesionales de salud	12
	Asistentes Administrativos: admisión, manejo de archivo, farmacia	4

Fuente: Malo, Miguel (2013)
Elaboración: María de la Paz Bonilla

CENTRO DE SALUD TIPO C		
Población de responsabilidad		25.001 a 50.000
Cartera de Servicios		-Atención integral de medicina familiar -Promoción de salud y prevención enfermedades -Salud oral -Salud mental -Pediatría de interconsulta -Imágenes: Rayos X y ecografía -Rehabilitación -Atención de Urgencias y parto
Talento Humano	Equipo de Atención Integral de Salud: - Medico - Enfermero	Urbano: 1 por cada 15000 habitantes áreas dispersas Rural: 1 por cada 4000 habitantes áreas concentradas
	- Técnico de Atención primaria en salud	1 por cada 1000 habitantes áreas dispersas 1 por cada 4000 habitantes áreas concentradas
	Odontólogo	1 por cada 5000 habitantes áreas dispersas 1 por cada 10000 habitantes áreas concentradas
	Psicólogo	1-2 (apoyo al equipo
	Otros profesionales de salud	18-26
	Asistentes Administrativos: admisión, manejo de archivo, farmacia	4

Fuente: Malo, Miguel (2013)
Elaboración: María de la Paz Bonilla

Anexo 6: Resultados encuesta de Satisfacción del usuario

SISTEMATIZACIÓN DE RESULTADOS - ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO- CENTRO DE SALUD (A/B/C)

RESPUESTA	BLOQUE A		BLOQUE B				BLOQUE C							BLOQUE D				BLOQUE E				BLOQUE F			BLOQUE G	
	1	2	5	6	7	8	9	10					11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
	Primera vez que acude al establecimiento por su patología	1. Hombre 2. Mujer	¿Se siente cómodo con?:				Tiempo de Espera Agenda		Tiempo de Espera Consulta	Medio y Tiempo de Transporte			¿Se siente cómodo con el proceso de atención médica?	Resolución de Problemas				Consulta Médica				¿Cómo se sintió con el trato de?:			¿Confía en la atención que se le brindó?	¿Regresaría de manera voluntaria al establecimiento de salud?
			La infraestructura	El mobiliario	Señalética y carteles	La limpieza	¿Cuánto tiempo espero para agendar su cita médica?	¿Cómo se siente con respecto al tiempo de espera?	¿Cuánto tiempo esperó desde que llegó hasta que fue atendido?	¿Cómo se siente con respecto al tiempo de espera?	¿cuál fue su medio de transporte para acceder al establecimiento de salud?	¿Cuánto tiempo se demora en llegar desde su domicilio?		¿Se le brindó información correcta el personal administrativo?	¿Tuvo algún problema en el establecimiento de salud?	*¿Se solucionó su problema?	¿Se le explicó cómo poner una queja?	¿El profesional de salud le examinó?	¿Le explicaron las posibles contraindicaciones de los medicamentos?	¿Le informaron sobre los cuidados que debe seguir?	¿Le comunicaron que regrese si los síntomas persisten?	Profesional de Salud	Personal de Atención al Usuario	Personal de Seguridad		
NÚMERO DE PERSONAS																										
1	150	180	230	184	169	230	117	104	188	131	221	189	157	240	98	273	127	331	144	312	165	138	154	154	165	150
2	234	204	154	200	215	154	201	204	172	200	163	156	227	144	286	111	257	53	240	72	219	188	173	188	219	234
3	-	-	-	-	-	-	66	77	24	54	-	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	58	58	42	-	-
Total	**384**	**384**	**384**	**384**	**384**	**384**	**384**	**384**	**384**	**384**	**384**	**384**	**384**	**384**	**384**	**384**	**384**	**384**	**384**	**384**	**384**	**384**	**384**	**384**	**384**	**384**
TIPOLOGÍA	**BLOQUE A**		**BLOQUE B**				**BLOQUE C**							**BLOQUE B**				**BLOQUE E**				**BLOQUE F**			**BLOQUE G**	
	1. Si 2.No	1. Hombre 2.Mujer	1. Si 2.No				1. < 1 h 2. 1-2 h 3. 2-3 h	1. Satisfecho 2. Poco satisfecho 3.Insatisfecho	1. < 1 h 2. 1-2 h 3. 2-3 h	1. Satisfecho 2. Poco satisfecho 3.Insatisfecho	1.Público 2.Privado	1. < 1 h 2. 1-2 h 3. 2-3 h	1. Si 2. No	1. Si 2.No				1. Si 2.No				1. Satisfecho 2. Poco Satisfecho 3. Insatisfecho			1. Si 2.No	
	Información personal		Elementos Tangibles, Seguridad				Fiabilidad, Accesibilidad							Capacidad de respuesta, Comunicación				Profesionalidad				Cortesía, Compresión			Credibilidad	

Fuente: Encuesta De Satisfacción Al Usuario- Centro De Salud (A/B/C), 2018
Elaborado por: María de la Paz Bonilla Almeida

Anexo 7: Encuesta de Satisfacción a la Usuario del Centro de Salud (A/B/C)

BLOQUE A			BLOQUE B				BLOQUE C							BLOQUE D				BLOQUE E				BLOQUE F			BLOQUE G	
1	2	3	5	6	7	8	9	10					11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
Primera vez que acude al establecimiento por su patología	1. Hombre 2. Mujer	¿Cuántos años tiene?	¿Se siente cómodo con?:				Tiempo de Espera Agenda		Tiempo de Espera Consulta	Medio y Tiempo de Transporte				Resolución de Problemas				Consulta Médica				¿Cómo se sintió con el trato de?:			¿Confía en la atención que se le brindó?	¿Regresaría de manera voluntaria al establecimiento de salud?
			La infraestructura	El mobiliario	Señalética y carteles	La limpieza	¿Cuánto tiempo espero para agendar su cita médica?	¿Cómo se siente con respecto al tiempo de espera?	¿Cuánto tiempo esperó desde que llegó hasta que fue atendido?	¿Cómo se siente con respecto al tiempo de espera?	¿cuál fue su medio de transporte para acceder al establecimiento de salud?	¿Cuánto tiempo se demora en llegar desde su domicilio?	¿Se siente cómodo con el proceso de atención médica?	¿Se le brindó información correcta el personal administrativo?	¿Tuvo algún problema en el establecimiento de salud?	*¿Se solucionó su problema?	¿Se le explicó cómo poner una queja?	¿El profesional de salud le examinó?	¿Le explicaron las posibles contraindicaciones de los medicamentos?	¿Le informaron sobre los cuidados que debe seguir?	¿Le comunicaron que regrese si los síntomas persisten?	Profesional de Salud	Personal de Atención al Usuario	Personal de Seguridad		

BLOQUE A		BLOQUE B	BLOQUE C						BLOQUE B	BLOQUE E	BLOQUE F	BLOQUE G
1. Si 2.No	1. Hombre 2.Mujer	1. Si 2.No	1. < 1 h 2. 1-2 h 3. 2-3 h	1. Satisfecho 2. Poco satisfecho 3.Insatisfecho	1. < 1 h 2. 1-2 h 3. 2-3 h	1. Satisfecho 2. Poco satisfecho 3.Insatisfecho	1.Público 2.Privado	1. < 1 h 2. 1-2 h 3. 2-3 h	1. Si 2. No	1. Si 2.No	1. Satisfecho 2. Poco Satisfecho 3. Insatisfecho	1. Si 2.No
Información personal		Elementos Tangibles, Seguridad	Fiabilidad, Accesibilidad						Capacidad de respuesta, Comunicación	Profesionalidad	Cortesía, Compresión	Credibilidad

Fuente: Encuesta De Satisfacción Al Usuario- Centro De Salud (A/B/C), 2018
Elaborado por: María de la Paz Bonilla Almeida

Anexo 8: Encuestas Realizadas de Satisfacción a la Usuario del Centro de Salud (A/B/C)

Por la extensión máxima del presente documento, las encuestas físicas levantadas se encuentran en poder de la autora y directora de la investigación, las cuales pueden ser entregadas bajo pedido.