

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

TESIS FINAL

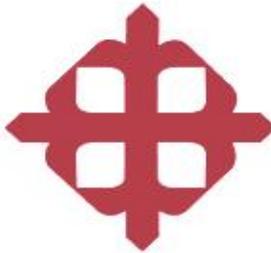
Previa la obtención del grado de Magister en Gobernabilidad y Gerencia  
Política

“El uso de las Tecnologías de Información (TICS) en las  
Políticas Públicas de Salud: Caso Instituto Ecuatoriano de  
Seguridad Social en Guayaquil desde el 2006”

Elaborada por:  
Lcda. Claudia Liliana Pezo Cunalata  
Dr. Jorge Elías Daher Nader MSc.

Tutora:  
Dra. Teresita Núñez

Guayaquil, 18 de julio de 2014



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la Lcda. Claudia Liliana Pezo Cunalata y el Dr. Jorge Elías Daher Nader como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de Magíster en Gobernabilidad y Gerencia Política.

Guayaquil, a los 18 días del mes de Julio de 2014.

**DIRECTORA DE TESIS**

Dra. Teresita Nuques

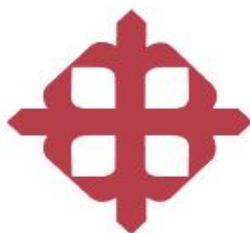
**REVISORES**

Dra. Teresa Alcívar

Dr. Édgar Larco

**DIRECTORA DEL PROGRAMA**

Dra. Olilia Carlier de Idrovo



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, Claudia Liliana Pezo Cunalata y Jorge Elías Daher Nader

DECLARAMOS QUE:

La Tesis “El uso de las Tecnologías de Información (TICS) en las Políticas Públicas de Salud: Caso Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en Guayaquil desde el 2006” previa a la obtención del Grado Académico de Magíster, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance científico de la tesis del Grado Académico en mención.

Guayaquil, 18 de julio de 2014.

EL AUTOR

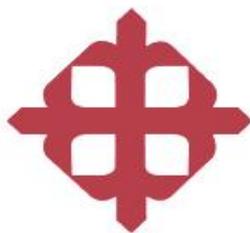
---

Lcda. Claudia Liliana Pezo Cunalata

EL AUTOR

---

Dr. Jorge Elías Daher Nader



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

AUTORIZACIÓN

Nosotros, Claudia Liliana Pezo Cunalata y Jorge Elías Daher Nader

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución de la Tesis de Maestría titulada: El uso de las Tecnologías de Información (TICS) en las Políticas Públicas de Salud: Caso Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en Guayaquil desde el 2006, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 18 de julio de 2014

EL AUTOR

---

Lcda. Claudia Liliana Pezo Cunalata

EL AUTOR

---

Dr. Jorge Elías Daher Nader



THE GEORGE WASHINGTON UNIVERSITY  
THE GRADUATE SCHOOL OF  
POLITICAL MANAGEMENT

**MAESTRÍA DE GOBERNABILIDAD Y GERENCIA POLÍTICA**

**TÍTULO:**

**El uso de las Tecnologías de Información (TICS) en las Políticas Públicas de Salud:**

**Caso Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en Guayaquil desde el 2006**

**PRESENTADA POR:**

**Lcda. Claudia Pezo Cunalata**

**Dr. Jorge Daher Nader MSc.**

**2014**

## Dedicatoria

A Dios. A mis tres hijos, que con sus energía, amor y dulzura, me dan fuerza vital para trabajar con dedicación cada día. A mi mamita, Piedad, quien me empujó a emprender este Maestría, y de quien siempre recuerdo sus palabras: “Inscríbete en la maestría, ¿cómo pagamos?, Dios proveerá”. A Octavio, mi pareja y confidente, quien tuvo que encargarse varias veces de cuidar de los bebés para que pudiera cumplir este sueño. Nuestro agradecimiento a Josevi, quien nos dio su invaluable apoyo, y de quien nos sentimos orgullosos de ser sus amigos.

Al Ayuntamiento de Bilbao por darme la oportunidad de ser parte de sus becarios a fin de poder concluir esta Maestría; y a mi querida Olilia, una gran maestra, amiga y confidente.

Claudia

A Dios, a mi querida familia y especialmente a Myriam por su gran apoyo. A nuestra directora de tesis Dra. Teresita Nuques por los grandes conocimientos impartidos , a nuestra maestra y amiga incondicional Magister Olilia Carlier de Idrovo por su paciencia, experticia y amor que nos brindó en el proceso académico, al Dr. Edgar Larco por su valioso aporte y recomendaciones

Jorge



2.3. CORRELACIÓN DE VARIABLES.....	33
2.3.1 Satisfacción del usuario de servicios de Salud .....	33
2.3.2 Promoción de Gobierno Virtual .....	33
2.3.3 Modelo de comunicación en redes sociales .....	34
2.3.4 Ingresos de afiliados que accedieron a convenios de Salud .....	34
CAPÍTULO III .....	35
3. METODOLOGÍA Y DESARROLLO .....	35
3.1. ENFOQUE METODOLÓGICO .....	35
3.2. UNIVERSO Y MUESTRA A UTILIZARSE.....	35
3.3. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	37
3.3.1. Estudio de satisfacción de la atención a los afiliados al IESS de Guayaquil.....	37
3.3.2. Análisis del Gobierno Virtual del IESS-ECUADOR .....	57
3.3.2.1. Instituciones generadoras de las políticas públicas de salud .....	57
3.3.2.2. Políticas públicas sanitarias actuales .....	58
3.3.2.3. Establecimiento de un sistema georreferenciado.....	59
3.3.2.5 Primer nivel como sintetizador de la información de los derechohabientes y su familia:.....	61
3.3.2.6. Sistema de Información .....	61
3.3.2.7. Registros médicos electrónicos.....	61
3.3.2.8. Redes de información .....	62
3.3.2.9. Tecnologías de la Información (TICS) y beneficiarios en IESS Guayaquil.....	62
3.3.2.10. Alianzas estratégicas con el sector privado .....	64
3.3.3. La comunicación institucional a través de las redes sociales.....	67
3.3.3.1. Acceso a la tecnología en Ecuador, la clave para mejoramiento de las funcionalidad en los servicios públicos.....	67
3.3.3.2. Herramientas virtuales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social aplicadas a los servicios de salud .....	79
3.3.3.3. Capacitación sobre el manejo de la página web para empleadores .	80
3.3.3.4. Call Center del IESS.....	80
3.3.3.5. Números clave: 1800 100 000 y el 140.....	82
3.3.3.6. Sectorización de los servicios a los afiliados.....	84
3.3.3.7. Funcionabilidad de la Página Web del IESS .....	86
3.3.3.8. Análisis de las Redes Sociales del IESS .....	98
3.3.3.9. Mecánica de la estrategia en Redes Sociales .....	106

3.3.3.10 Implementación correcta de un plan de difusión digital de los servicios del IESS Guayaquil .....	108
3.3.3.11. Áreas de Estrategia .....	110
3.3.3.12. FODA de las redes sociales en la Salud Pública .....	110
3.3.4 Sectores vulnerables beneficiarios de las políticas públicas de salud implementadas en el IESS.....	112
CAPÍTULO IV.....	118
4. 1. CONCLUSIONES.....	118
4.2. RECOMENDACIONES: .....	120
LISTA DE REFERENCIAS .....	121

# CAPÍTULO I

## 1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación ahondará el estudio sobre el uso de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC's) dentro de las Políticas Públicas de Salud en el Ecuador —específicamente en aseguramiento universal y en la ciudad de Guayaquil— a partir del 2007; año en el cual ascendió al poder el economista Rafael Correa Delgado, con una plataforma de gobierno basada en el denominado Socialismo del siglo XXI.

Desde entonces, en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), y acorde a su naturaleza como entidad autónoma de origen público, se ha buscado mecanismos para incorporar dichas tecnología en la atención al público mediante políticas transformadoras; las cuales empezaron a ejecutarse, principalmente, a partir del año 2008.

### 1.1. Antecedentes

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) se creó el 25 de julio de 1970, mediante un Decreto Supremo Número 40 que transformó la ex Caja del Seguro Social —que existía desde 1937— en la actual entidad.

Once años antes se había fundado la Caja de Pensiones que tenía como objetivos iniciales conceder a los empleados públicos, civiles y militares, los beneficios de la Jubilación, Montepío Civil y Fondo Mortuorio.

Luego, con el tiempo, se aplicaron esos patrocinos a los empleados bancarios y se abrieron otras secciones como la del Servicio Médico y el Instituto Nacional de Previsión, cuyo fin era impulsar la práctica del Seguro Social Obligatorio y Voluntario, y de ejercer el Patronato del Indio y del Montubio.

En el año 1937 empezó a funcionar la Caja del Seguro de Empleados Privados y Obreros, con una ley que afianzaba por primera vez el seguro social del país.

Esa Caja se fusionó, 26 años después, con la de Pensiones y se transformó en la Caja Nacional del Seguro Social, definiéndose el Seguro de Riesgos del Trabajo, el Seguro Artesanal, el de Profesionales, el de Trabajadores Domésticos y, en 1966, el Seguro del Clero Secular.

Luego de esas transformaciones, se conformó el IESS y se consagró su permanencia como única institución autónoma, con personería jurídica y

recursos propios, responsable de la aplicación del Seguro General Obligatorio para los empleados.

El IESS fue sumando beneficiarios y actualmente su número de afiliados a nivel nacional sobrepasa los 2 millones y medio de personas, distribuidos en varios sectores, según datos cortados a abril de 2013; mientras que el número de jubilados asciende a los 300 mil, según datos del 2009.

La atención a este gran número de personas no se ha dado de forma eficaz, pues en los últimos 20 años, siempre se destacó el mal servicio que se ofrecía en las ventanillas debido a la falta de plataformas tecnológicas que permitieran acelerar trámites, así como las actualizaciones de historia laboral, o la adquisición de los préstamos quirografarios y de cesantía, fondos de reserva, pensiones de jubilados, etc.

Según el histórico referencial de usuarios del IESS, el promedio de tiempo de atención por persona era de 15 minutos debido, a la falta de una base de datos electrónica actualizada, y al uso de un programa electrónico lento y a la ineficiente atención de parte de los funcionarios.

Como efecto negativo de ese problema, se generaba un sentido de malestar por parte de los afiliados, quienes veían (según testimonios recogidos en la citada investigación) al IESS como una institución que muchas veces no les reconocía sus años de trabajo ni su condición de personas, pues las largas filas motivaban su desesperación y enojo al ser atendidos hasta después de tres horas.

Este sentido de malestar generalizado en afiliados y afiliadas generó que, en el 2008, durante el gobierno de Rafael Correa, se emprendiera un proceso con el cual las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC's) se convertirían en una ayuda enorme para agilizar y resolver los trámites del instituto. El proceso se traduce en la implementación de un Gobierno Electrónico (e-gob) que pretende derribar ciertas fronteras entre las sociedades y las autoridades o instituciones.

De allí que se actualizara la página web ([www.iess.gob.ec](http://www.iess.gob.ec)), incorporando el acceso a través de una clave personal, dada por el Instituto, para que los beneficiarios de la seguridad social realicen parte de los trámites necesarios para lograr prestación de cesantías, préstamos quirografarios, fondos de reserva y pensiones.

No obstante el propósito de este e-gob sus alcances son limitados ya que el uso de Internet en Ecuador no es generalizado. Para el año 2010 sólo el 7,7 por

ciento de los hogares ecuatorianos tenían acceso a un servicio permanente (ADSL, Banda Ancha). En cuanto al consumo personal, no doméstico, podemos decir que la cifra varía, ya que durante el 2012 dos de cada cinco ecuatorianos tuvieron acceso a Internet<sup>1</sup>. Entonces, proyectando los indicadores de uso y acceso a Internet, tenemos un universo limitado de afiliados que emplean el gobierno virtual, a lo cual se suma la existencia de grupos como jubilados, analfabetos y de la tercera edad que no manejan ni Internet ni computador; quienes muchas veces se acercan a los centros de acceso público a pedir asistencia en sus consultas.

## **1.2. Descripción del objeto de investigación**

La tesis investigará, de manera exploratoria, si el uso de las nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación en el IESS benefició o mejoró la calidad del servicio que se ofrece a los afiliados, específicamente en el acceso al hospital y a los fondos de reserva y préstamos. Se analizará el impacto que tuvieron en los beneficiarios; tomando en cuenta que, debido a que no todos acceden a internet o no tienen conocimientos suficientes para realizar los trámites electrónicos los sectores socioeconómicos más pobres (que son la bandera de lucha de este Gobierno) no habrían resultado directamente beneficiados de las mejoras.

## **1.3. Justificación**

El uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación en una institución pública con miles de usuarios en Ecuador, es una práctica nueva que debería fortalecer la administración pública y mejorar el sentimiento ciudadano y el servicio social.

Además, debido a la falta de registros o informes anuales que indiquen las variables y los resultados por rubros y segmentos de la implementación tecnológica, la presente investigación, en base a los datos macro que hemos recopilado, recomendará nuevos métodos que potencialicen un mejor uso por parte de los usuarios, así como un modelo de mejora de la plataforma electrónica en el caso de que se presenten falencias.

---

<sup>1</sup> La incidencia de internet en Ecuador, no obstante, mejora a ritmo rápido. El acceso a internet se sextuplicó con relación al año 2006. La aplicación total de Internet en el Ecuador es de 36, 77%, con alrededor de 5,5 millones de usuarios a nivel nacional, es decir 2 de cada 5 ecuatorianos. De estos, un 31% lo utilizó para acceder a información de distinta índole. Actualmente, 25 de cada 100 hogares ecuatorianos cuentan con una computadora de escritorio y 10 posee un computador portátil (INEC, Encuesta sobre utilización de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), diciembre 2011).

## **1.4. Hipótesis**

La optimización de las Tecnologías de la Información y comunicación permite agilizar los trámites y reducir el caos físico, en el hospital del IESS en Guayaquil.

### **1.4.1. Preguntas de investigación**

- ¿De qué forma el uso de las TICS ha mejorado el servicio ciudadano que se ofrece en el IESS, en cuanto al acceso en los hospitales públicos?
- ¿Qué grupos y de qué estratos sociales se han beneficiado del uso de las TICS en el servicio ciudadano que se ofrece en el IESS, específicamente en el sector de salud?

Las respuestas enfocarán la situación hospitalaria y de políticas de salud de forma previa a la variable de las TIC's. Luego se analizará el tema de los cambios y su relación con las TIC's

## **1.5. Objetivos**

### **1.5.1. General**

Determinar si las TIC's ayudaron a fortalecer las políticas públicas de salud, evaluando el nivel de satisfacción en los procesos de atención hospitalaria del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, brindados a través del convenio con el Hospital Enrique Sotomayor de la Junta de Beneficencia de Guayaquil.

### **1.5.2. Objetivos específicos**

- Determinar los canales virtuales más usados por los y las afiliados/as, para mejorar el proceso de resolución y la aplicación tecnológica.
- Evidenciar si la imagen del IESS se fortaleció como una entidad que promueve el Gobierno electrónico en beneficio de los afiliados.
- Sugerir un modelo de redes sociales, adicional a la plataforma web que ya maneja la institución.
- Definir si los estratos socioeconómicos más vulnerables se beneficiaron por la aplicación de las TICS en el proceso de trámites de seguridad social.

## CAPÍTULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes

##### 2.1.1. Situación general de los ecuatorianos/as y sus instituciones de salud

La población de Ecuador crece anualmente al 1,24 %, ritmo similar al promedio de la región, según los datos preliminares del Censo de Población y Vivienda realizado en el país en 2010. En Ecuador viven 14,3 millones de habitantes, mientras que en América Latina suman alrededor de 600 millones y, en el mundo, para octubre del 2011 ya había siete mil millones de habitantes, según informó el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). De la población ecuatoriana alrededor de 3,4 millones son infantes que en los siguientes años pasarán a formar parte de la población económicamente activa del país, pese a que la tasa de crecimiento se ha desacelerado y se mantiene en la media de Latinoamérica.

De ese universo de infantes, 1,4 millones son niños y niñas menores de cuatro años y el mismo número son adultos mayores de 65 años, lo cual incorpora a Ecuador a los países con tendencia hacia el envejecimiento.

Según fuentes oficiales, los datos tienen diferencia entre los estratos sociales, pues mientras el 10 % de las familias más pobres de los ecuatorianos tienen en promedio cinco miembros, el 10 % de las familias más ricas tienen sólo tres personas.

**Demografía.-** La población de la República del Ecuador al año 2010 asciende a 14.302.876 habitantes, con la más alta densidad poblacional de América del Sur, teniendo 51.5 habitantes por km<sup>2</sup>. A pesar que los ecuatorianos hace tan sólo un siglo se concentraban con más alta frecuencia en la región Sierra en los Andes, hoy en día la población está dividida casi equitativamente entre Sierra y Costa.

La organización y estructura del sistema de salud ecuatoriano está segmentado en un subsector público y otro privado. El subsector público está conformado por las siguientes entidades:

- El Ministerio de Salud Pública: es el ente rector del sector salud, siendo también el mayor ejecutor de prestaciones sociales de salud. Cuenta con

la más amplia red de servicios (más de la mitad de la infraestructura instalada en el país), con servicios organizados en tres niveles según el grado de complejidad resolutoria de los problemas de salud en los que debe intervenir. Tiene dos niveles de descentralización: el provincial y el cantonal.

- El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el cual atiende mediante afiliación personal a los trabajadores formales (el 28% de la población económicamente activa perteneciente tanto al sector público como a empresas privadas) y al sector rural, mediante el Seguro Social Campesino.
- El Servicio de Salud de las Fuerzas Armadas y el Servicio de Salud de la Policía. Las Fuerzas Armadas y la Policía disponen de servicios ambulatorios y de hospitalización para sus miembros y familiares y funcionan bajo la modalidad de seguro de salud.
- Se puede considerar dentro del sector público a las instituciones que, aun siendo autónomas y de carácter privado, realizan prestaciones con finalidad social: la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) y la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil; la Sociedad de la Lucha contra el Cáncer (SOLCA) y la Cruz Roja Ecuatoriana.
- También se considera parte del subsector público de salud a la Subsecretaría de Saneamiento Ambiental del Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda y a los municipios que regulan y ejecutan acciones en materia de salud.

El subsector privado acoge a todos aquellos ciudadanos que, al tener un mayor poder adquisitivo, deciden adherirse a una entidad aseguradora privada.

Según datos del INEC (2010) en Ecuador el 80,1 % de la población no tenían ningún seguro de salud. El subsector público tan sólo cubre al 17,5 % de la población, siendo el Seguro Campesino el que agrupa a un mayor número de personas (7,7%). Respecto a los seguros privados, destacar que tan sólo dan cobertura a un 1,7 % de la población.

El sistema de salud de Ecuador es, al igual que en la mayoría de los países andinos, un sistema segmentado en el que coexisten múltiples financiadores y proveedores que actúan independientemente. Así, coexiste un sistema de seguridad social financiada por las cotizaciones de los trabajadores del sector formal, sistemas privados para la población con capacidad de pago, redes asistenciales públicas y ONG's para los más pobres.

### **2.1.2. Gobierno Electrónico**

El gobierno electrónico como tema y como práctica ha ido ocupando un importante espacio en el ámbito de la modernización de los estados latinoamericanos, ya sea en la gestión pública, en la relación Estado-ciudadanía como en la labor parlamentaria, y en el sector de la salud.

Como concepto, el gobierno electrónico se lo utilizó desde mediados de la década del noventa para dar cuenta de las transformaciones que produce la incorporación de tecnologías de información y la comunicación (TIC's) en el quehacer de las instituciones públicas.

La instalación de la temática del gobierno electrónico no es casual ni espontánea, cuenta con importantes antecedentes y es parte de una tendencia internacional. El debate sobre el gobierno electrónico está vinculado a las inercias globales y a las reflexiones sobre el rol del Estado. A partir de los años ochenta comienza a ser conocida una nueva tendencia en la administración pública. Se comienzan a incorporar conceptos y nociones desde el mundo de las empresas. La llamada "nueva gestión pública" surge como una tecnología gerencial y el caso paradigmático es Nueva Zelanda, donde se ha visto una aplicación más radical.

La nueva gestión pública establece un cambio de énfasis desde lo político a lo gerencial, propone la descentralización, la reducción de costos y la flexibilidad laboral, introduce la noción de competencia interna y externa, la externalización de servicios y, quizás la más importante de todas, postula un cambio de énfasis desde los procesos a los resultados; lo que implica incorporar medición de desempeño y orientación a los ciudadanos.

Por otro lado John Williamson (1990) bautizó con el nombre de "Consenso de Washington" a un conjunto de instrumentos de política sobre los cuales existía acuerdo en los círculos de la capital norteamericana respecto a las reformas estructurales que los países de América Latina debían implementar. Los diez puntos del consenso se agrupan en tres áreas principales: prudencia macroeconómica, orientación al exterior y liberalización doméstica.

Al decálogo original que planteó Williamson se fueron agregando nuevos puntos, como el incremento del control y de la participación ciudadana, la rendición de cuentas y la descentralización. Este decálogo formulaba un llamado a los países en desarrollo a impulsar una segunda generación de reformas estructurales para el crecimiento económico y la equidad social. La mayoría de

estas reformas se pueden incluir en lo que hoy conocemos por modernización del Estado, los marcos regulatorios, la reforma a la justicia, las nuevas formas de participación de privados en la provisión de servicios públicos, la reforma de la carrera civil y el mejoramiento de la gestión, entre otros.

En la segunda mitad de los noventa, el gobierno electrónico toma fuerza como una evolución de las tendencias como una tercera generación de reformas y se convierte en una de las formas de expresión de la sociedad de la información, así como un ámbito en el proceso de modernización del Estado.

Establece el uso estratégico e intensivo de las tecnologías de la información y la comunicación, tanto en las relaciones del propio sector público entre sí, como en las relaciones de los órganos del Estado con los ciudadanos, usuarios y empresas del sector privado

Existen tres perspectivas para observar el Gobierno Electrónico, acorde a Rodrigo Araya en su libro "Casos y Tendencias en Gobierno Electrónico" (FLACSO. Chile, 2004): el diseño e implementación de políticas de gobierno electrónico; el nivel conceptual para condicionar la forma en que se conciben e implementan las políticas públicas; y las experiencias concretas que algunos países han documentado.

La perspectiva evolutiva del e-gob se puede explicar a través de la "metáfora de la pantalla": frente a ella están los ciudadanos y usuarios de servicios de gobierno; detrás de la pantalla están los procesos que hacen posible ofrecer un servicio público por medios digitales. Esto es, el diseño organizacional que sostiene los procesos de transformación, los recursos humanos requeridos o la administración integrada de las finanzas del Estado.

Los trámites en línea son la expresión más clara del gobierno electrónico. Es la disposición de trámites en plataformas electrónicas. Desde la perspectiva del gobierno significa incrementar la eficacia en la gestión administrativa. Desde el punto de vista de los ciudadanos y empresas significa la simplificación de trámites. Se fomentan los intercambios y disminuyen los costos de transacción.

Los trámites actualmente disponibles en Internet son muy variados en términos de la intensidad de la interacción que permiten. Estos pueden ir desde la obtención de una información que antes implicaba ir a una oficina, hasta transacciones más complejas donde se presta un servicio completo a través de Internet. Se trata de operaciones en línea que reemplazan una acción presencial, desde llamados telefónicos hasta desplazamientos a oficinas

públicas. Los servicios se pueden clasificar en tres tipos, de acuerdo a la intensidad en la incorporación de herramientas tecnológicas:

- Los trámites informativos son aquellos servicios informativos que facilitan y simplifican la realización de un determinado trámite o que la sola obtención de determinada información implica un grado básico de interacción con una institución. Este es el caso de aquellos servicios que ofrecen información básica y atienden consultas. Es un primer nivel para la interacción entre usuario e institución.
- Le sigue la transacción simple, que se conceptualiza como aquellos trámites en los cuales la intensidad de la interacción va más allá de la obtención de información dado que permite un grado básico de transacción. Este es el caso de aquellos procesos que hacen posible obtener un cupón de pago, un formulario, realizar la inscripción en un registro o enviar una declaración.
- Mientras que la transaccional compleja se refiere a la prestación de un servicio completo a través de medios electrónicos.

También es importante considerar la integración de los distintos sistemas de información y administración que utiliza el Estado. Un ciudadano no tiene porqué ser experto en administración pública, por lo tanto hay que facilitarle la entrada a los servicios de gobiernos electrónicos.

Integrar es uno de los procesos más complejos en la implementación del gobierno electrónico, puesto que además de las dificultades tecnológicas, hay que vencer los celos institucionales y la oposición de intereses que puede producir un proceso de transformación de esta naturaleza. Muchas veces las instituciones se sienten dueñas de la información que manejan y obstaculizan los procesos de integración. De allí la importancia de instaurar visiones usuario-céntricas en vez de visiones administrativo-céntricas.

El componente humano es otro factor central en estos procesos de transformación. Los recursos humanos al interior del gobierno deben estar sintonizados con los estándares del sector privado en términos de prestación de servicios. Esto implica una política sistemática de capacitación, entrenamiento y difusión de técnicas modernas de gestión pública, así como de tecnologías de información. Una modalidad que ha resultado exitosa en aquellos países que han implementado reformas administrativas profundas, es promover la iniciativa y esfuerzos de funcionarios y servicios públicos, premiando la creatividad y el logro de resultados; hay que insistir en que la finalidad última es dar un servicio

de calidad. En el debate sobre el impacto de la revolución tecnológica en el mundo en desarrollo, el Estado es actor y espectador, alfarero y greda, promotor y crítico, activista y guardián, líder y masa. En el contexto de estas múltiples relaciones, por cierto inciertas y en constante cambio, ha surgido durante los últimos años una discusión sobre el Estado Virtual o Gobierno Electrónico.

### 2.1.3. La Salud como Política de Estado

En el documento **Salud en las Américas 2007**, la Organización Panamericana de la Salud (Capítulo IV: Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud) sostiene que *“La salud es una condición indispensable para el logro de los objetivos planteados en las políticas sociales diseñadas para alcanzar las metas nacionales de crecimiento económico y bienestar, incluidos el desarrollo social y de la salud como aspecto central en la concreción de tales objetivos”*.

En este documento se aporta con información variada sobre las acciones de varios países americanos en relación al tema de la salud y, en el aspecto de las políticas públicas ecuatorianas se recogen varios datos previos a la implementación del Plan Nacional de Desarrollo, enmarcado en la política del Buen Vivir, premisa constitucional a partir del año 2008. Por ejemplo, podemos ver la cobertura poblacional en Salud del año 2006 (pp 327):

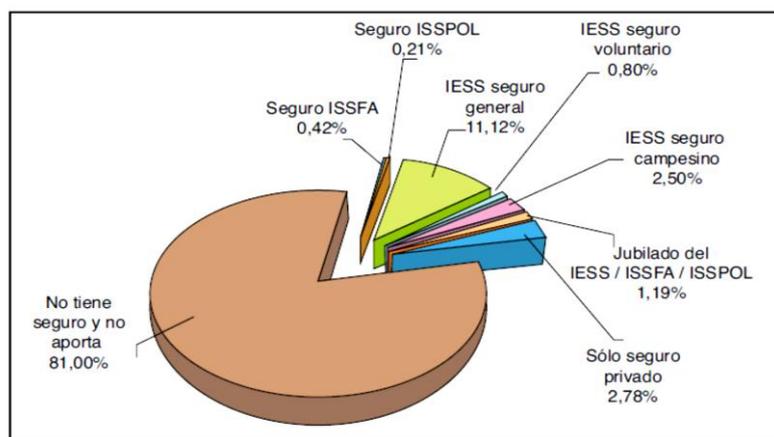
**Cuadro N° 1. Cobertura Poblacional en Salud del año 2006**

Ecuador	2006	Palacio A. Programa de aseguramiento universal de salud, Ecuador, 2006.  Mesa-Lago C. Op. cit.  OPS. Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe, 2004	Público	28%: acceso a la oferta del Ministerio de Salud Pública (cobertura teórica).
			Seguridad social	21%: Instituto Ecuatoriano del Seguro Social (IESS): 11% (seguro general 9%, Jubilados 2%); Seguro Social Campesino 7%; Fuerzas Armadas y Policía 3% (Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas [ISSFA], Instituto de Seguridad Social de la Policía [SSPOL]).
			Privado	26% (sin fines de lucro 6% [Junta de Beneficencia, organizaciones no gubernamentales y municipios]; con fines de lucro 20% [seguros privados de salud 3%; pago directo a servicios privados 17%]).
			Sin cobertura	27%: sin acceso a servicios de salud. 76%: sin cobertura de seguro social o seguro médico privado.

Fuente: Plan Nacional de Desarrollo

Estos datos se pueden contrastar con los arrojados en el censo poblacional del año 2010, y que son recogidos en la publicación *Datos esenciales de salud 2000-2010*, del Ministerio de Salud Pública (pp 36):

**Gráfico N° 1. Censo Poblacional del año 2010**



Fuente: INEC; Censo de Población, 2010.

La mención de estas cifras nos sirve para comprender el abordaje de las políticas de salud ecuatorianas, las cuales se han esgrimido en un contexto en el cual las necesidades sociales alcanzan múltiples dimensiones, las mismas que tradicionalmente fueron atendidas con recursos limitados.

Tanto en el año 2006 como en el 2010, la cobertura de seguros privados es de alrededor del 3%; mientras que la cobertura de seguros institucionales bajó del 21% al 18% (aprox). Antes de las reformas en el sector Salud, la atención pública se asumía como una oferta y no como un servicio, razón por la cual se habla de una cobertura teórica del 28% en el año 2006.

El cambio de visión de la Salud como una política pública que integre a la mayor parte de actores del sector, significa una transformación que busca reforzar la importancia del sistema de salud, propiciando el cumplimiento de postulados como la atención universal de emergencia y la atención de calidad y calidez en cada institución de salud del país. Se entiende por tanto que ese 81% de ecuatorianos y ecuatorianas que no tiene seguro y que no aportan, son los y las principales beneficiarios de la denominada oferta pública.

El citado documento de la OPS nos dice que *“La política pública puede entenderse como un conjunto de decisiones bien fundamentadas, generadas por cualquiera de las ramas administrativas y en todos los niveles del gobierno, y enmarcadas en un conjunto de normativas. Las políticas públicas comunican objetivos, medios, estrategias y reglas para la toma de decisiones, utilizados en*

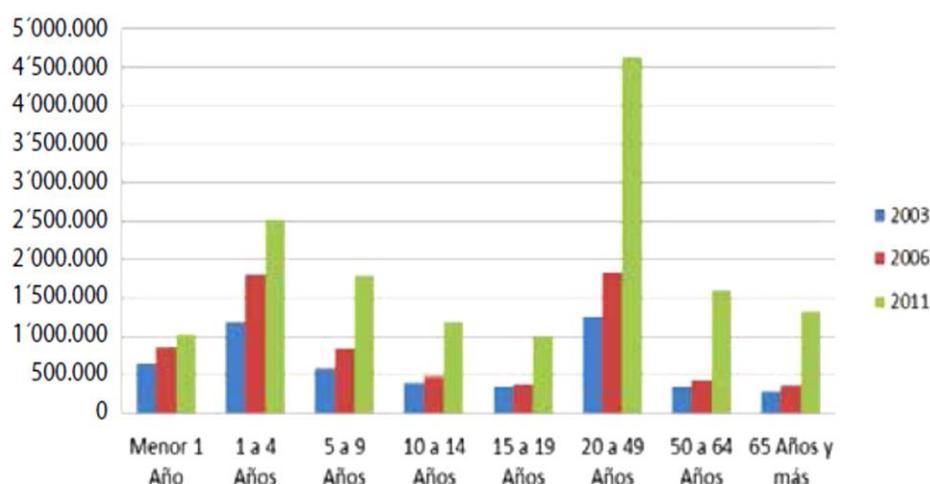
*la administración pública y la legislación. Las leyes, normas, reglamentaciones, interpretaciones y decisiones operativas y judiciales, los estatutos, los tratados y las órdenes ejecutivas son un ejemplo de la expresión real de las políticas.”*

Esto se aterriza, en la práctica, en la cantidad de recursos asignados a una política o sector determinado. Para el bienio 2004-2005 (Idem, pp. 337) el total del gasto público en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto era del 2,2%, siendo la meta que este rubro alcance el 4% del PIB de manera regular.

Se puede constatar que entre el año 2000 y el 2010 el monto del Presupuesto General del Estado asignado al sector salud aumentó más del 1000%. Este valor, respecto a la producción del país (PIB) tuvo un crecimiento promedio del 22,5%: 115,528.214,00 en el año 2000, a 1.475,673.902,00 en el año 2011 (Ministerio de Salud, 2011).

Debemos comprender que la importancia de las políticas de salud radica en sus grados de afectación directa o indirecta de la vida cotidiana, en las acciones y decisiones, así como en los comportamientos individuales y sociales. En este sentido, podemos inferir la penetración de las políticas públicas en el ideario de la población ecuatoriana, al analizar lo siguiente (MinSalud, 2011): *En el periodo 2000 y 2005 se registró un incremento de 1.093.487 consultas preventivas, mientras que entre el 2008 al 2011, el aumento de consultas preventivas fue de 2.345.081, es decir, en los últimos tres años del período analizado, el número de atenciones preventivas se incrementó en más del doble en comparación a los primeros cinco años del Siglo XXI. Estas estadísticas señalan el énfasis de la gestión del Ministerio de Salud Pública en “prevenir” en lugar de “curar” que es parte del nuevo modelo de atención. Acompañemos esta aseveración con un gráfico.*

**Gráfico N°2. Producción de salud 2010, 2011 y 2013**



Fuente: MSP - Dirección Nacional de Información, Producción de Salud, 2003, 2006, 2011.

En esta comparación entre las consultas brindadas, en especial en el grupo de 20 a 49 años, se atribuye el aumento a la puesta en marcha de varias campañas enfocadas en especial en el grupo de mujeres en edad fértil (MEF) y a la ampliación de atención a la población adulta. En tanto que el incremento sustancial en las consultas para personas mayores de 50 años comprende la aplicación de algunas Políticas de Estado para personas de la tercera edad, como la expedición de Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores en el año 2010 y el Plan de Acción Interinstitucional para Personas Adultas Mayores, que incluye el Programa de Envejecimiento Activo y Saludable Ecuador, 2011-2013 (Ibidem, pp 17).

Las políticas públicas en materia de salud pueden prohibir conductas riesgosas, alentar las conductas beneficiosas, proteger los derechos y el bienestar de algunas poblaciones, impulsar ciertas actividades o proporcionar beneficios directos a los ciudadanos necesitados.

Las políticas reguladoras pueden definir acreditaciones profesionales (en el año 2000 se contaba con 14,5 médicos para cada 10.000 habitantes, y en el 2010 con 21,4 médicos por esa misma cantidad), establecer controles de precios para los bienes y servicios (la adquisición de medicamentos y productos farmacéuticos aumentó desde el 2008, y en el 2011 la inversión pública en este sentido fue de ciento cincuenta millones de dólares), determinar criterios de calidad, seguridad y eficacia para los servicios de la salud, y abordar cuestiones de regulación social, tales como las relacionadas con la seguridad social y

ocupacional, la inmunización, los alimentos y medicamentos, y la contaminación ambiental.

En el sector público, el Ministerio de Salud Pública concentra la mayor cantidad de establecimientos de salud tanto urbanos como rurales; en esta línea, inmediatamente se encuentran los establecimientos del IESS a través del seguro social campesino. Posteriormente se ubican los establecimientos privados con un número similar. Hay que destacar que en un número importante de establecimientos figuran los anexos al IESS, que son consultorios privados acreditados por esta institución para brindar atención a la población de su responsabilidad.

#### **2.1.4. Evolución histórica de los sistemas de salud en la humanidad y las políticas públicas**

##### **2.1.4.1. Construcción de las nociones de salud en la sociedad y en la ciencia**

La Salud tal como la percibimos, entendemos y practicamos, se basa en teorías relativamente modernas. No fue sino hasta la época de la revolución industrial cuando se vislumbró la relación de la asepsia con la muerte prematura de madres y neonatos, de la misma manera la existencia de los microorganismos no fue ampliamente aceptada hasta que la Ilustración se abrió paso en las sociedades europeas hacia los mediados del siglo XIX. Incluso ya entrado el siglo XX, en la dura experiencia que significó sacar adelante la construcción del Canal de Panamá, resultaba difícil de aceptar las teorías sobre la autoría del mosquito anófeles como transmisor de la temida fiebre amarilla.

La adopción de medidas sanitarias, y su éxito comprobado, incidieron en la revisión de los hábitos de aseo y la instauración de políticas de salud en cada lugar del orbe. Estas políticas se diversificaron de acuerdo a las características de cada país, adoptando su esquema de aplicación en función de sus mayores problemas. De igual manera, las políticas sanitarias han caminado junto a la investigación y desarrollo tecnológicos, pero sin perder fundamento y adentrándose cada vez más en las sinergias locales, pasando de ser servicios ofertados a grupos vulnerables, y hasta excluidos, a convertirse en rectorías de los sistemas y prestaciones de Salud.

Para ampliar la exposición sobre la gobernabilidad de las políticas públicas sanitarias en la sociedad de las nuevas tecnologías de información y comunicación, es necesario comprender la evolución del concepto “Salud”, cuyas simientes las hallamos en nociones que están ligadas a la interrelación entre lo biológico y lo cultural, y su vinculación dentro de los contextos sociales y naturales.

Hugo Aréchiga, en su ensayo “La Evolución de Conceptos en las Ciencias de la Salud” (La Formación de Conceptos en Ciencias y Humanidades, González Casanova, Pablo, coordinador. Siglo XXI editores, México, 2006), recalca que el paradigma de los pueblos antiguos, en el cual los conceptos de salud y enfermedad estuvieron enmarcados en preceptos “mágico-religiosos”, y cuya principal acción médica consistía en advocaciones a la divinidad, conserva su vigencia aun a pesar de los avances científicos, dado que las religiones (visión mágica) constituyen parte importante de nuestras culturas y sociedades, regulando nuestra conducta cotidiana, y por ende ciertas creencias y prácticas sanitarias e higiénicas. Destaca el estudioso que la religión provee fuentes de conocimientos, insistiendo en que aquello aunque es discutible es al mismo tiempo innegable.

Para subrayar la importancia de esta observación debemos traer a nuestras mentes el papel de brujos, druidas, curanderos, etc. en las diferentes culturas antiguas. Estos personajes eran depositarios de conocimientos y conexiones divinas que escapaban del dominio general; saberes que se trasmitían a manera de misterios a ciertos iniciados en cada generación, quienes al asumir tan importante rol tenían la tarea de preservar lo anterior pero también de ampliar las fronteras de conocimientos de acuerdo a las necesidades de los diferentes grupos sociales que su actividad beneficiaba.

El estudio empírico de estos saberes, así como una actitud seria hacia los mismos, fue un aliciente para la observación y el análisis del cuerpo humano y sus funciones, así como de los agentes ajenos al mismo y su papel en las enfermedades. Tal como lo sustenta Aréchigo (González 2006) en este periodo podemos cifrar el origen de los herbolarios, o sea, de las personas con profundo conocimiento de las propiedades benéficas o no de las plantas. Detengámonos a pensar que el conocimiento ancestral sobre las plantas y sus propiedades está presente en todas las culturas del mundo, y que el mismo fue el origen del estudio especializado de la botánica como ciencia (eras Antigua y Moderna) y de la farmacéutica (eras Industrial y Contemporánea). A propósito de la importancia

cultural de la herbolaria, podemos citar innumerables trabajos literarios en cuyas páginas o bien se desarrollan tramas alrededor del tema, o bien se subraya el tópico para enmarcar una determinada época: en “el Nombre de la Rosa” de Umberto Eco (1980) podemos asistir a eruditos coloquios entre el personaje principal de la trama y el herbolario del convento en que ésta se desarrolla; así mismo, no es de extrañar un inusitado interés por el tema entre los incontables lectores de la saga del mago Harry Potter, escrita por la inglesa J.K. Rowling y popularizada por el cine. Y, hablando de magos y pociones, podemos mencionar otro paradigma del pasado que continúa vigente en nuestros tiempos: la relación entre la magia y el manejo de las hierbas, caminando por la senda del misticismo, de la cual se rescata la actitud empírica de estudiar y observar que ha dado paso a varias corrientes de medicina alternativa que tienen un importante número de adeptos y adeptas.

Volvamos un poco la mirada al mundo helénico, a aquel conjunto de ciudades-estado en donde se gestaron las ideas que configuran el pensamiento occidental. En esa vinculación entre la medicina y la filosofía podemos hallar un tercer paradigma, esta vez científico: la concepción del cuerpo humano, de la salud y la enfermedad. Nos dice Aréchiga (2006): “Con la escuela hipocrática, se busca en alteraciones anatómicas y funcionales del cuerpo, el sustrato de la enfermedad: a cada padecimiento se le investiga su causa, sus manifestaciones más características y su historia natural, hasta el desenlace en restitución de la salud o la muerte”. Si reparamos en lo expuesto nos daremos cuenta de que esta tendencia prevalece al día de hoy. En los razonamientos filosóficos encontramos el origen de la estructura científica de la medicina moderna, es decir el estudio de las causas de las enfermedades, la mecanización de procedimientos para contrarrestarlas y la actitud predictiva-diagnóstica. Debemos mencionar también los estudios de Aristóteles en tanto y en cuanto sus observaciones y comparaciones entre las funciones biológicas de distintos animales y los seres humanos, se pueden calificar como una aproximación, embrionaria si cabe, de la biomedicina, es decir al estudio del “sustrato biológico de los fenómenos de la salud y la enfermedad” (ob.cit).

Sin embargo, el desarrollo de la medicina como ciencia y el entendimiento de la Salud como un conjunto de procedimientos sanitarios, se vio retrasado durante muchos siglos —paralelo a la difusión del cristianismo en Occidente— debido a que la medicina volvió sus ojos a la religión como fuente de conocimientos y guía para la práctica de la misma. No sería hasta el

Renacimiento cuando el estudio de las antiguas culturas, de sus ciencias y conocimientos, incorpora las nociones de la física y la química al estudio anatómico del cuerpo humano. Fruto de esta época, signada por la palabra impresa y sus posibilidades comunicativas, es la secularización del pensamiento y de las ideas a través nuevas corrientes como el Humanismo y el Laicismo. Asistimos así, al desarrollo de teorías científicas sobre la salud; a la distinción de las enfermedades físicas y mentales; a la desaparición de los procedimientos tradicionales a favor de las prácticas científicas; así como a la profundización del conocimiento médico en especialidades relacionadas a las diferentes partes del organismo humano.

Entre algunos de los momentos clave de esta evolución científica podemos mencionar:

- La demostración de la circulación sanguínea por parte de William Harvey (siglo XVII).
- La explicación de la digestión como un proceso conjunto de masticación y degradación química.
- La termometría aplicada al control de la fiebre como síntoma.
- La respiración como una mera combustión del oxígeno por parte de Lavoisier (siglo XVIII).
- Mención especial corresponde a Pasteur quien demuestra la relación directa de la fermentación, la putrefacción y algunas enfermedades se deben a la acción directa de las bacterias (siglo XIX).

Producto de estos importantes avances y estudios son dos corrientes fundamentales de la medicina científica: la microbiología y la microscopía. La primera postula la erradicación de la enfermedad a través de la erradicación de la especie bacteriana que la produce; y la segunda, busca el origen de las enfermedades en las alteraciones de las funciones celulares.

Entonces, tenemos que, en concordancia con el espíritu que caracterizó los siglos XVII, XVIII y XIX la medicina adquiere un gran valor dentro de las ciencias naturales. Se introduce de esta manera la noción moderna de Enfermedad, en la cual "cada entidad tendría causas, manifestaciones, historia natural y tratamiento propios" (ob. cit). A partir de ello el rol del médico consiste en identificar la enfermedad sobre la base del diagnóstico (síntomas manifestados por el enfermo) y señalar el tratamiento correspondiente.

Los avances científicos del siglo XX incorporarían nuevas vertientes al campo de la medicina tales como la patología molecular y la homeostasis. En la primera, la enfermedad es consecuencia de alteraciones en la estructura molecular, cuya tendencia actual es corregir los trastornos en terapias génicas que modifiquen las moléculas alteradas. La segunda es una revisión de la antigua teoría del equilibrio de los “humores” basada en la constancia de las funciones corporales, según la cual la enfermedad es resultado de una alteración de éstas y la cura requiere el restablecimiento de las mismas. Se trata de los enfoques analítico y homeostático, reduccionista uno e integracionista el otro, los cuales lejos de ser excluyentes entre sí, son más bien complementarios.

Como podemos colegir estos enfoques van ampliando las fronteras de la ciencia médica, incrementando sus rangos de acción con los aportes de disciplinas como la cibernética y la ingeniería —de ahí que la tecnología médica se base en la bioingeniería.

Llegados al momento actual, las tecnologías de la información, los sistemas de control de pacientes y enfermedades, y la computación demarcan campos de interacción constante con la Medicina.

#### **2.1.4.2. Progreso en los procesos históricos de crecimiento y desarrollo del paradigma biomédico**

La esperanza de vida ha mejorado notablemente gracias a la importancia que las sociedades modernas han dado a la Salud y a la Ciencia. Ariel Pablos-Méndez en su ponencia “Acceso Universal a la Medicina Moderna” (Cultura y Calidad de Vida, Colección Diálogos Forum Universal de las Culturas Monterrey 2007. Doménica Martínez, coordinadora editorial. Fondo Editorial de Nuevo León. México 2008) señala que durante la época romana la esperanza de vida era de 18 años, y que hoy en día es de ochenta aún cuando a inicio del siglo XX ésta era de apenas la mitad. Implica los espectaculares logros del conocimiento y la ciencia, “que han llevado el desarrollo económico y social a los pueblos”, como la causa de tal ampliación.

En un párrafo anterior mencionamos el rol del médico a la luz de los conocimientos y avances producidos entre los siglos XVII y XIX. Bien podemos establecer que ese rol configura el modelo biomédico moderno, el cual tuvo gran impacto en la práctica médica y conllevó a la erradicación de epidemias y enfermedades infecciosas, abarcando la confianza del público y el

reconocimiento social de esta profesión, fortaleciendo el aspecto científico de la Medicina.

De la mano de esta inserción social llegó el despliegue de instituciones de diversa índole cuyas actividades en el campo de la Salud se dirigen en varias direcciones: la investigación, la educación especializada, la atención hospitalaria. Es decir que surgen laboratorios, institutos, universidades y facultades de Medicina, y se implanta la práctica asistencial a través de hospitales sean públicos o privados. Todo aquello con una visión científica imbuida del espíritu occidental, que privilegiaba el razonamiento al sistema de creencias populares.

Surge también, en el siglo XX, una nueva visión sobre la relación de los médicos y los pacientes, así como de la asistencia sanitaria. Anteriormente se habían entendido éstas como un bienes privados, al alcance de quienes podían costearlos, en un sistema social que dejaba por fuera tanto a los desposeídos como a la clase trabajadora. Se establecen pues los sistemas de protección universal y el aseguramiento social, instituyéndose el acceso a la Salud como un derecho en la mayor parte de las legislaciones del planeta.

La finalidad de la atención en Salud por parte del Estado es la equidad, sin embargo, como señala Pablos-Méndez (Martínez 2008): “Para lograr que todo mundo tenga mejor y mayor calidad de salud, los diferentes sectores tienen que ejecutar distintos roles; el Gobierno debe asegurar y financiar la equidad sanitaria, garantizar la calidad de los servicios públicos y privados para que ambos sectores puedan trabajar competitivamente en otorgar esos servicios”.

El Estado de Bienestar contempla esto entre sus premisas, pero la demarcación entre los servicios públicos y los beneficios que proveen los actores privados (farmacéuticas en especial) sigue estando caracterizada por el poder adquisitivo y/o la diferencia “social” que surge entre los médicos (clase ponderada) y los beneficiarios de los programas públicos de salud.

En este estado de cosas el modelo biomédico tradicional ha sido fuertemente cuestionado, en especial por parte de los beneficiarios de los servicios públicos, quienes acusan una deshumanización en el trato recibido por parte de los profesionales de la salud. En el sentido inverso a este cuestionamiento tenemos la realidad que viven los beneficiarios de seguros particulares o los usuarios de servicios privados, quienes gozan de un trato distintivo.

Partamos de entender que un paradigma es “una norma de conducta, un código del pensar, del creer y del actuar que el científico debe seguir so pena de no ser aceptado en la comunidad”, esta aseveración es expuesta por Fernando Martínez Cortés en su discurso “Ampliación del Paradigma Biomédico al Paradigma Biomédico y Humanista” (El Ejercicio de la Medicina en la segunda mitad del Siglo XX, Seminario de posgrado de la UNAM. Editorial Siglo XXI. México, 2005). En dicha disertación Martínez sostiene que el mencionado paradigma biomédico, cuyo centro es la enfermedad como proceso patológico que se circunscribe a lo biológico, debe redireccionarse, “revolucionar” dice, para entender a la enfermedad más allá de “una lesión o alteración de la estructura y de las funciones del cuerpo humano, [y] a concebirla como un fenómeno que afecta al Hombre en su totalidad biofísica, psicológica y cultural”, incluyendo en dicha concepción las vivencias del individuo que padece la enfermedad.

A fin de lograr el cambio del paradigma biomédico a paradigma biomédico-humanístico, plantea los siguientes cambios fundamentales (ob.cit):

- 1) Colocar a los pacientes en el centro de nuestro quehacer, en tanto médicos que atendemos pacientes, precisamente en su calidad de personas, no simplemente como cuerpos humanos u organismos biológicos.
- 2) Incluir dentro del grupo de ciencias y técnicas biomédicas aquellas que nos proporcionen el conocimiento del hombre en su calidad de persona y nos capaciten para tratarlo médicamente.
- 3) Modificar la estructura, la técnica y los objetivos de la consulta médica, o sea del acto central del ejercicio de la medicina.

#### **2.1.4.3. La gobernabilidad de las políticas sanitarias: transformación social y tecnológica**

La informática y las telecomunicaciones, han transformado las posibilidades, propiciando transformaciones en las que el conocimiento se democratiza y los roles de los ciudadanos cambian. En efecto, podemos asegurar que el conocimiento es el eje del desarrollo y aun más de la Salud, así como el principal motor de la economía. En este escenario es claro que la revolución que supone la informática transforma nuestra realidad de manera continua. Por lo tanto se hace necesario acortar la brecha entre el Saber y el Hacer, lo que es un desafío que reviste importancia vital para la Medicina y para el sector de la Salud pública.

La base de la política de Salud pública apunta hacia la prevención, acompañada de un esquema de fomento a la salud basado en la educación y capacitación permanentes a la comunidad. Para lograr tal cometido, debe filtrarse por todos los medios posibles, en aras de fortalecer la cultura sanitaria de la colectividad.

En tal sentido, podemos percibir que la Salud pública se replantea como una conquista social, en virtud de constituirse como un componente esencial del desarrollo humano; desarrollo que se basa en el acceso a la educación, a la salud, a ambientes sanos, al crecimiento económico, al esparcimiento, teniendo en cuenta la libertad con la que cuenta cada individuo para influir en sus condiciones de vida y en su bienestar social.

La visión integradora —desde la rectoría de las políticas públicas— de esta basa la encontramos en la Constitución Política del Ecuador, aprobada en referéndum en el año 2008, en el capítulo denominado “Del Buen Vivir”. En lo que respecta a la Salud, se trata de que los sistemas respondan a las expectativas de la colectividad reduciendo las desigualdades, por un lado, y optimizando los recursos provenientes de la recaudación fiscal a fin de devolver el aporte público en servicios y prestaciones de calidad, que incorporan un modelo de gestión basado en la aplicación y manejo de las tecnologías de la comunicación a fin de acortar procesos burocráticos y tener un mejor control en el seguimiento de las historias clínicas de los ecuatorianos. Para ello la intervención pública se ha dado en todos los estamentos con el objetivo de implementar una base de datos de acceso universal que permita a los diferentes prestatarios el contar con la información de cada usuario de los servicios sanitarios, ya se sean estos públicos o privados.

Tanto en el servicio de aseguramiento universal como en los servicios públicos se ha implementado el servicio de call center para el agendamiento de citas, de la misma manera se han integrado las historias clínicas en un respaldo digital, eliminando paulatinamente el uso del papel, permitiendo la visualización del historial de los pacientes en cualquier punto del país. En este proceso innovador podemos ver el impacto transformador de las TIC's, ya que se procura una mejora en la calidad de los recursos humanos y de la relación de la tecnología en las estrategias públicas, y en la regulación de la producción y el trabajo.

Este esquema integrador de Salud se refuerza también en la complementariedad de los prestatarios de servicios, gracias a la ley de acceso universal a la Salud, quienes pueden acceder a trabajar en conjunto a través de convenios interinstitucionales, y al cruce de cuentas. Gracias a esta Ley, que entró en vigencia en el gobierno del Dr. Palacio, la atención en el servicio de emergencias debe ser inmediata y gratuita y en cualquier casa de salud.

Sin embargo es mucho lo que debe trabajarse aún para acortar la brecha digital y lograr plataformas de gobierno digital que no sólo faciliten el inicio de trámites sino que permitan la solicitud y resolución de servicios en un porcentaje casi total.

### **2.1.5. Clasificación de las Tecnologías de la Información y Comunicación**

¿Pero qué se consideran Tecnologías de la información? Las TIC's se pueden clasificar de acuerdo a su función o su fin. De acuerdo a Servicio Nacional de Aprendizaje de Colombia se puede encontrar cinco tipos de Tecnologías de la Información y comunicación.

Entre ellas, las siguientes:

- **Tecnologías sensoriales**

Nos permiten introducir datos al sistema informático. Estos deben ser digitalizados para poder usarse. Las variables que permiten ese registro de datos pueden ser temperatura, distancia, movimiento, sonido, luz e incluso calor. Por ejemplo: ratón de computadora, teclado, cámaras web.

- **Tecnologías de despliegue**

Permiten mostrar la información almacenada el sistema computacional. La información debe ser convertida a un formato apropiado para los humanos, animales o cualquier otro receptor.

La información puede ser mostrada como texto, gráficas, video, animación, olor, sonido

Ejemplos típicos son: la impresora, el monitor, plitters, bocinas.

- **Tecnologías de análisis**

Permiten transformar la información del sistema computacional. La información se puede clasificar, totalizar, sumarizar, calcular. Ejemplo:

CPU, softwares (hojas de cálculo, procesadores de palabras, gestores de correo electrónico).

- **Tecnologías de almacenamiento**

Permiten guardar la información del sistema computacional. La información debe ser convertida a un formato apropiado para el medio de almacenamiento. La información puede ser guardada en formato impreso, óptico, magnético. Ejemplo: memory flash, servidores, la nube (cloud o sistema de almacenamiento virtual).

- **Tecnologías de comunicación**

Permiten transmitir la información del sistema computacional. La información debe ser convertida a un formato apropiado para el medio de comunicación. La información puede ser comunicada a través de ondas de radiofrecuencia, luz infrarroja, señales eléctricas, sonido. Ejemplo: satélites, puertos infrarrojos, bluetooth.

### **2.1.6. Aproximaciones e importancia de la Historia Clínica Electrónica**

De a poco se hace habitual ver en las consultas externas de instituciones de salud, públicas y privadas, el manejo de computadores, a través de los cuales los médicos acceden a la historia clínica electrónica. El uso de la HCE facilita y fortalece la práctica médica y sus beneficios son tripartitos, tanto para el paciente, el médico y la institución de salud. El empleo de esta herramienta conlleva, de manera ideal, una mayor dedicación al paciente y un uso provechoso del tiempo. Sus datos se incorporan a una base digital de consulta en línea que permite conocer de manera inmediata el historial de cada paciente, es decir que cada médico que en su momento atiende un padecimiento puede enterarse de los detalles sobre la salud del mismo. De igual manera esta información se convierte en una fuente inestimable al momento de la realización de estudios estadísticos, auditorías, evaluaciones, etc. El acceso a la información de Salud conlleva apenas minutos y no horas, e incluso días, tal como era costumbre apenas unos años atrás. Su potencial no es solo médico sino que también repercute en los procesos administrativos de cada institución, elevando su tasa de eficiencia.

Vale comprender que la implementación de un sistema digital de información de historiales médicos no es una tarea sencilla. Por un lado tenemos las

actividades correspondientes a la digitalización de archivos físicos, las cuales conllevan procesos de planificación, clasificación, restauración (inclusive), escaneado, indexación, elaboración de tesauros y descriptores, depuración y unificación de la información; todo lo cual puede demorar años en llevarse a cabo antes de disponer de la información en formato de lectura digital.

Por otro lado tenemos la implementación de plataformas de ingreso y manejo de datos, para lo cual debe elaborarse ó comprarse un programa de gestión de datos (software), el cual deberá permitir ciertos niveles de acceso y un esquema de administración adecuado a los objetivos y necesidades de cada institución. Su plataforma de datos debe estar en concordancia con otros programas similares o guardar perfiles de compatibilidad que permitan la migración de información de requerirse el cambio del programa o su actualización.

Una vez reunidos ambos aspectos de la información médica de los pacientes es relativamente sencillo innovar ó abrir una HCE.

Un aspecto destacable del manejo de la HCE es que, al constituirse como elemento central de información, puede integrar el acceso de varias áreas y servicios de Salud, tales como Ingreso, Emergencias, Farmacia, Laboratorios, Imágenes, entre muchas más, ampliando el beneficio en la optimización de los tiempos a otros profesionales situados en la línea evolutiva de un padecimiento. Se trata pues de una herramienta ágil dentro de los tratamientos y controles de los pacientes.

La preocupación sobre pérdida de datos por fallos en los sistemas es un aspecto que siempre salta entre los responsables de la administración de archivos. Por fortuna los avances tecnológicos de las recientes generaciones en sistemas informáticos permiten contar con todas las garantías de respaldo; el cual puede ser asumido por prestatarios privados o desarrollado por las áreas públicas correspondientes.

### **2.1.7. Gobernanza de las TICS, Internet y Salud**

La aplicación de las TIC's suponen una innovación en los sistemas sanitarios. La misma, se circunscribe en un cambio de época dentro de la era de la comunicación marcado por la interactividad. Aunque este término no es de reciente cuño, y fue ampliamente utilizado en la década del noventa del siglo

anterior para promocionar la capacidad de las tele-radio-audiencias de comunicarse con los medios de comunicación e interactuar con presentadores y programas. Al expandirse las posibilidades de la *world wide web*, a las fronteras del siglo XXI, la interactividad se direccionó a las plataformas virtuales de los medios tradicionales para tener una nueva vía de comunicación con sus usuarios. Transcurrida la primera década del presente siglo, las fronteras de la *World Wide Web* vuelven a expandirse desarrollándose los avances que posibilitan la denominada *Web 2.0*, cuyas características permiten no sólo una vía de contacto de los usuarios con los medios de comunicación tradicionales, sino que significa un nuevo medio de comunicación social en sí. La tecnología de la comunicación en sí misma se desarrolla a partir de las posibilidades que permite esta nueva interactividad; interactividad a la que se adhieren las instituciones de toda índole para establecer nuevos vínculos con la colectividad.

Las características de la Web 2.0, según información recuperada de <http://vitodibari.com>, son las siguientes:

- 1) **La Web es una plataforma.** Hemos pasado de un software instalable en nuestros PC's a servicios de software que son accesibles online.
- 2) **La Web es funcionalidad.** La Web ayuda en la transferencia de información y servicios desde páginas web.
- 3) **La Web es simple.** Facilita el uso y el acceso a los servicios web a través de de pantallas más agradables y fáciles de usar
- 4) **La Web es ligera.** Los modelos de desarrollo, los procesos y los modelos de negocio se vuelven ligeros. La ligereza está asociada con la habilidad para compartir la información y los servicios de forma fácil y hacerlo posible a través de la implementación de intuitivos elementos modulares.
- 5) **La Web es social.** Las personas crean la Web “popularizan la Web” mediante la socialización y el movimiento gradual de los miembros del mundo físico hacia el mundo online.
- 6) **La Web es un flujo.** Los usuarios son vistos como co-desarrolladores, la Web 2.0 permanece en el “perpetuo beta”, se encontrará en el nivel de desarrollo beta por un periodo de tiempo indefinido.
- 7) **La Web es flexible.** El software se encuentra en un nivel más avanzando porque este nivel permite el acceso a contenidos digitales a los que antes no se podía llegar. Esta idea es similar a la del concepto del “Long Tail”,

que se centra en el contenido menos popular al que antes no se podía tener acceso.

- 8) **La Web es combinable.** La expansión de códigos para poder modificar las aplicaciones web (como Google hace con las aplicaciones de Google Maps) permite a los individuos, que no tienen que ser profesionales de los ordenadores, combinar diferentes aplicaciones para crear nuevas.
- 9) **La Web es participativa.** La Web 2.0 ha adoptado una estructura de participación que alienta a los usuarios mejorar la aplicación mientras la utilizan, en vez de mantenerla rígida y controlada.
- 10) **La Web está en nuestras manos.** El aumento de la organización de la información enfatiza el uso amistoso de la misma a través de los enlaces. Gracias al fenómeno social del etiquetado cada vez es más fácil acceder a la información.

Desde hace más de veinte años se usa el término *eSalud*, así como se emplea también otros como “e-commerce”, “e-mail”, “e-books” y demás, todos impulsados por el desarrollo de las tecnologías de la comunicación y su irrupción en todos los ámbitos de la vida. La letra “e” hace referencia al término “electrónico” en la capacidad comercial de las TIC’s de generar una vía alterna de comunicación a través de los entornos virtuales y su potencial para maximizar recursos y tiempos. Por ello, a pesar de las modas y de la aparición de nuevos términos, la eSalud sigue siendo la base sobre la que asientan las nuevas ideas del uso de TIC en Salud.

En 2001 Gunther Eysenbach, médico alemán, investigador y estudioso del campo de la Cybermedicina, propuso la siguiente definición —la cual aparece en *Journal of Medical Internet Research*— sobre *eSalud*:

“La e-Salud es un campo emergente en la intersección de la informática médica, la salud pública y los negocios, referido a los servicios sanitarios y la información transmitida o mejorada a través de Internet y las tecnologías relacionadas. En el sentido más amplio, el término representa no sólo un desarrollo técnico, también un estado mental, una forma de pensar, una actitud, y un compromiso con un pensamiento conectado, global, para mejorar la sanidad local, regional y globalmente usando las tecnologías de la información y la comunicación.”

No obstante la incorporación de la *eSalud* en la oferta comunicacional y en el ideario público, ya se contaba —incluso en países en vías de desarrollo— desde

antes de la masificación en el uso de la Internet con la aplicación de la Telemedicina.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su documento de la IV Conferencia euro-mediterránea sobre informática médica y telemedicina (Trípoli, 2008), define a la telemedicina como “aquel suministro de servicios de atención sanitaria, en el que la distancia constituye un factor crítico, por lo que los profesionales apelan a las TIC’s con el objeto de intercambiar datos para hacer diagnósticos, aprobar tratamientos, prevenir enfermedades y heridas, así como para la formación permanente de los profesionales de atención de salud además de actividades de investigación y evaluación, con el fin de mejorar la salud de las personas y de las comunidades en que viven”.

Ahora bien, dada la amplitud de las aplicaciones electrónicas y sus plataformas de interacción, hacia y desde los proveedores de servicios de salud, la Telemedicina se ha visto incorporada dentro de los mismos, junto al Historial Médico Electrónico, Diagnóstico a distancia, Difusión de información tanto para el paciente como para el especialista, Grupos virtuales de especialistas, entre otros.

Para ampliar la definición sobre *eSalud* que hemos visto anteriormente, citemos los 10 objetivos de ésta según Eysenbach en la publicación antes mencionada, y que fueron recuperados para este trabajo de la página web *somosmedicina.com*:

- Eficiencia (*Efficiency*): conseguir un incremento de la eficiencia en la prestación de servicios de salud.
- Mejora de la calidad (*Enhancing quality*)
- Basado en la evidencia (*Evidence based*): las intervenciones basadas en eSalud deben estar apoyadas por evidencia de calidad respecto a su efectividad y eficiencia, a partir de evaluaciones llevadas a cabo mediante metodologías científicas ampliamente aceptadas.
- Capacitación (*Empowerment*): capacitación de pacientes y consumidores haciendo disponible el conocimiento de calidad y herramientas que posibiliten una medicina centrada en el paciente.
- Estímulo (*Encouragement*): estimular el desarrollo de nuevos modelos de relación entre los profesionales sanitarios y pacientes.

- Educación (*Education*): educación continuada de los profesionales sanitarios y consumidores (educación en la salud, recursos para la prevención, etc.).
- Posibilitar (*Enabling*): posibilitar el intercambio de información normalizada entre diferentes niveles asistenciales e instituciones sanitarias.
- Extender (*Extending*): extender el alcance de la asistencia sanitaria más allá de su frontera convencional, y no referido exclusivamente a un sentido geográfico sino conceptual.
- Ética (*Ethics*): afrontar los retos y amenazas a cuestiones éticas que suponen las nuevas modalidades de asistencia que posibilita la propia e-salud, relativas a las prácticas en línea, privacidad, equidad, etc.
- Equidad (*Equity*): procurar una mayor equidad en la asistencia sanitaria evitando escenarios, que pueden ser provocados por la propia e-salud, en los que se agudice la brecha o el “gap” entre los que disponen o no de acceso a la tecnología, discapacidades, habilidades, géneros, razas, contexto socioeconómico, etc.

Respecto de la Gobernanza de las TIC's en los sistemas sanitarios, podemos sintetizar su evolución e siete líneas —estás fueron definidas por Reinhold Haux, en 2006, en un artículo publicado en la *International Journal of Medical Informatics*:

- a) Transformación de sistemas basados en el rol hacia sistemas cimentados en el procesamiento y almacenaje de la información.
- b) Expansión e interconexión de los sistemas de información de un nivel inicial departamental hacia sistemas de información hospitalarios, inter-hospitalarios, regionales o globales.
- c) Los beneficiarios de servicios sanitarios son los usuarios de los sistemas de información.
- d) La información es utilizada para la gestión, planificación e investigación.
- e) Fortalecimiento de la gestión organizativa y estratégica de la información.
- f) Aumento de la complejidad del tipo de datos integrados en los sistemas de información: además de los datos alfanuméricos, los sistemas de información incorporan imágenes y datos moleculares.

- g) Incremento estable en la incorporación e integración de diferentes dispositivos y sensores tecnológicos que facilitan la monitorización de los pacientes fuera de la organización sanitaria.

La interrelación e influencia de los actores de los sistemas sanitarios (ciudadanos, usuarios, médicos, enfermeras, farmacéuticos, hospitales, centros y subcentros de salud, dispensarios); la infraestructura y los sistemas como World Wide Web, sistemas de información, telemedicina, call centers; las diferentes aplicaciones de información sobre salud, información clínica, diagnóstico, prescripción, apoyo mutuo, investigación, educación, y los aspectos políticos, legales y económicos del sistema sanitario configuran los usos y las prácticas sociales relacionadas con las TICS en el ámbito de la salud: privacidad, confidencialidad, acceso, propiedad, equidad.

Estos usos y prácticas sociales tendrán diferentes resultados y serán todos los actores del sistema: usuarios, familiares, profesionales, organizaciones, quienes, a través de su valoración y evaluación, innovarán tanto sus usos y prácticas sociales como la configuración de la propia tecnología.

En resumen, y trasladando nuestra visión hacia el contexto planteado en la presente investigación, la importancia de las TIC's para facilitar el desarrollo de la gestión en los sistemas de salud reside en estos puntos:

- a) Soporte a los procesos en el primer nivel de atención o entrada del paciente al sistema de salud. Vale destacar que pese a que en esta instancia el grueso de información por individuo suele ser pequeño, se requiere de la asistencia a los sistemas de gestión de pacientes y a los sistemas de gestión de recursos.
- b) Soporte a los procesos en atención especializada, tanto a nivel ambulatorio como hospitalario y posoperatorio en todas las especialidades médicas o quirúrgicas, mediante la asistencia a los sistemas de gestión de pacientes.
- c) Soporte a los servicios de información y documentación para expedición de documentos clínicos, datos sobre condición de salud del paciente y en los requeridos por el Registro Civil, tales como certificaciones de nacimiento o defunción.

- d) Soporte a los procesos de emergencia, para lo cual se requiere de la coordinación entre el equipo médico y las unidades médicas móviles, tales como ambulancias o helicópteros.

### **2.1.8. Modelo logístico y funcional de la Receta Electrónica**

La receta electrónica es un procedimiento tecnológico que permite a los médicos emitir su prescripción característica al recetar a los pacientes por sus dolencias y llevarlo a un registro electrónico. Con esto, al quedar en una base de datos dentro del sistema de salud de una jurisdicción, es posible generar una entrega, seguimiento y control de la ingesta de medicamentos de la población y a su vez, facilitarles la información de manera ágil y oportuna, a través del internet, en coordinación con farmacias o centros de salud habilitados.

El sistema de acceso electrónico en teoría, debiera permitir que las órdenes de prescripción puedan ser despachadas desde cualquier punto del país, o en todo caso, desde los puntos de farmacia autorizados por el sistema de seguridad social.

Tiene por objetivos:

- Garantizar a los afiliados el retiro de los medicamentos prescritos, sin necesidad de presentar una receta en papel, sino un código de acceso al portal donde consta su receta. Usualmente el número y documento a utilizar será el de su cédula de identidad.
- Enfocar a los médicos generales y especialistas a su función principal de auscultar, recetar y tratar, en lugar de recargarlo de funciones administrativas o de gestión.
- Propender a una utilización racional y controlada de los medicamentos, en especial de los que son de consumo restringido.

En este sentido, es el Ministerio de Salud Pública la entidad encargada de regular y hacer cumplir la legislación respecto a productos farmacéuticos, evaluación, autorización y registro de medicamentos, precios y registros sanitarios.

Para implementar un servicio de receta electrónica, deben preverse las siguientes características fundamentales:

- El paciente deberá identificarse con su código asignado, el cual el médico le ha entregado al momento de ingresar la receta al sistema. La cédula de identidad puede ser un documento válido para legitimar la entrega de los medicamentos en las farmacias designadas.
- La prescripción médica deberá entonces registra automáticamente en la historia clínica electrónica del paciente, a la cual solo tendrá acceso el médico tratante.
- Las recetas se generan de forma electrónica, y se validan automáticamente con la firma electrónica del facultativo
- Para mayor seguridad emocional del paciente, el médico podrá imprimir el volante de instrucciones del paciente.
- Hecha la entrega de los medicamentos, esta se registra automáticamente, tanto en farmacia (haciéndose el respectivo cambio en el stock) y se validará a través de la firma electrónica del farmacéutico. Asimismo como las sustituciones de medicamentos, en caso de realizarse.

La receta electrónica de este modo resulta un control exhaustivo, ya sea por parte de médicos o farmacéuticos, de los medicamentos y cantidades que el paciente necesita.

Vale resaltar que la implementación de la receta electrónica no varía la visita a la consulta médico, ni su interacción al momento de prescribirse la medicación.

Para confirmar la seguridad del paciente, el facultativo incluirá su firma electrónica así como la nomenclatura específica del medicamento.

#### **2.1.8. Glosario de términos aplicables a las TIC´s en Salud Pública**

**Receta médica:** Documento normalizado por el cual los médicos prescriben la medicación al paciente para su dispensación por las farmacias.

**Receta médica electrónica:** Procedimiento tecnológico que permite desarrollar un sistema registrado informáticamente, para la entrega de medicamentos a los pacientes del sistema de salud pública, en farmacias autorizadas.

**Referencia:** Procedimiento administrativo cuya finalidad es enviar al paciente de una unidad operativa a otras de mayor complejidad, para brindarle los cuidados médicos necesarios y que escapan de la capacidad de

la unidad operativa. En la unidad referida así se le brinda atención médica o se le realizan exámenes de laboratorio o gabinete, entre otros procedimientos hospitalarios.

**Contrarreferencia:** Procedimiento administrativo mediante el cual una vez otorgada la atención (en la unidad referida) se regresa al paciente a la unidad operativa que lo refirió, para efectuar el control y seguimiento necesarios.

El sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes se considera al procedimiento médico y administrativo entre las unidades operativas de los diferentes niveles de atención para facilitar el envío-recepción y regreso de pacientes con el propósito de brindar atención médica oportuna y de calidad.

**Procedimientos:** Es la descripción autorizada, que especifica la sucesión cronológica y secuencial de operaciones a ser ejecutadas por una o varias personas que constituyen una unidad, para realizar una función o un aspecto de ella.

**Política:** Medidas de acción definidas mediante norma y espíritu, de carácter general que orienta la actuación de los integrantes de una institución para el logro de una meta específica.

**Cita:** Procedimiento en el cual se le otorga al usuario una fecha y hora para ser atendido y asistido.

**Niveles de Atención:** Estructura organizativa de los recursos hospitalarios para producir un determinado volumen y estructura de servicio de salud en diversos grados de complejidad.

**Primer Nivel de Atención:** Integrado por unidades médicas que brindan atención médica de tipo integral, preventiva, curativa y de rehabilitación, apoyado en estudios de laboratorio y consulta de baja complejidad.

**Segundo Nivel de Atención:** Lo integran unidades que proporcionan atención médica en las cuatro especialidades básicas: cirugía general, medicina interna, gineco-obstetricia y pediatría, así como en cinco complementarias: otorrinolaringología, traumatología y ortopedia, dermatología, psiquiatría, cuatro áreas de apoyo: anatomía patológica, laboratorio clínico, anestesiología y radiología.

**Tercer Nivel de Atención:** El objetivo de este nivel es de investigación y docencia y la prestación de los servicios será de apoyo a la atención médica de alta especialidad.

**Atención Médica Integral:** Actividades de medicina preventiva, curativa y rehabilitadora que realiza el equipo de salud, para lograr el bienestar físico, mental y social del individuo, familia y comunidad.

**Traslado:** Transporte de un paciente entre dos unidades médicas utilizando una ambulancia, previo acuerdo entre las dos unidades.

## 2.2. VARIABLES O CATEGORÍAS DE INVESTIGACIÓN

### 2.2.1 Variable Independiente:

Políticas públicas de salud en el Inst. Ecuatoriano de Seguridad Social.

### 2.2.2 Variables Dependientes:

- a) Aplicación de las tecnologías de la información por parte de los afiliados, en los trámites de los servicios de salud del Seguro Social.
- b) Promoción de su Gobierno Virtual por parte del IESS.
- c) Uso de las herramientas Web 2.0 por parte del IESS.
- d) Ingresos de los afiliados que accedieron a prestaciones de salud en el lapso de la investigación.

## 2.3. CORRELACIÓN DE VARIABLES

### 2.3.1 Satisfacción del usuario de servicios de Salud

Dimensión	Indicadores	Escala
Servicios hospitalarios	Percepción de usuarios	Ordinal
Canales virtuales usados por afiliados y afiliadas	Gráficos	Opción múltiple Análisis de gráficos

### 2.3.2 Promoción de Gobierno Virtual

Dimensión	Indicadores	Escala
Fortalecimiento institucional	Empoderamiento del afiliado de los recursos Web 2.0 implementados por el IESS	Análisis de información recabada.

### 2.3.3 Modelo de comunicación en redes sociales

<b>Dimensión</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala</b>
Gestión de plataformas Web 2.0 adicionales	Redes Sociales Canales alternativos de comunicación	Análisis de información recabada Plan de Redes Sociales

### 2.3.4 Ingresos de afiliados que accedieron a convenios de Salud

<b>Dimensión</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala</b>
Estratificación socio- económica del afiliado	Aportaciones de los afiliados/as	Cruce de información y análisis

## **CAPÍTULO III**

### **3. METODOLOGÍA Y DESARROLLO**

#### **3.1. ENFOQUE METODOLÓGICO**

En esta investigación se definió un enfoque mixto, donde se realizó una investigación de fuentes secundarias en el área de Estadística del IESS; así como entrevistas con los directivos y responsables del cambio del Servicio en Ventanilla al Servicio On-line.

Con los datos obtenidos en estadísticas se elaboraron cuadros descriptivos —como gráficos de secuencia— que permitan ver la evolución del proceso del uso de las TIC's.

En las entrevistas con los impulsores de la nueva política pública de salud, se diseñó un cuestionario que orienta a la presentación de: antecedentes o razones para el uso de las TIC's, mecanismos de aplicación, resultados esperados, expectativas que no se cumplieron, software utilizados, evaluaciones del servicio y proyecciones.

También se requirió hacer un grupo focal para determinar ciertos datos cualitativos sobre la atención mejorada o no en la institución pública seleccionada.

En cuanto a los niveles de ingresos de los usuarios de los servicios de salud, se requirió una proyección en base a datos de años anteriores, ya que la información del lapso descrito no estaba incorporada a los registros estadísticos a la fecha de la redacción del presente trabajo.

De tal forma que la investigación se estableció de tipo exploratoria descriptiva, la que permitirá tener una visión general, de tipo aproximativo, respecto a la realidad de la calidad del servicio brindado por las entidades de salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y determinar una tendencia acerca del nivel de satisfacción de los usuarios.

#### **3.2. UNIVERSO Y MUESTRA A UTILIZARSE**

El universo de estudio corresponde a los afiliados del Instituto de Seguridad Social, específicamente a quienes acceden a los servicios hospitalarios. Se encuestó a 530 usuarias afiliadas al IESS, de las 5.300 usuarias que acudían al

Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor de la ciudad de Guayaquil en el año 2012, motivadas por el convenio del IESS con la Junta de Beneficencia de Guayaquil.

Para medir la satisfacción por el servicio brindado por las entidades de salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, se recogió la opinión de 530 usuarios en la ciudad de Guayaquil.

La muestra fue tomada de una población de 5300 pacientes afiliadas al IESS atendidas en un periodo de doce meses en el hospital Gineco-Obstétrico “Enrique C. Sotomayor”, de enero a diciembre del año 2012.

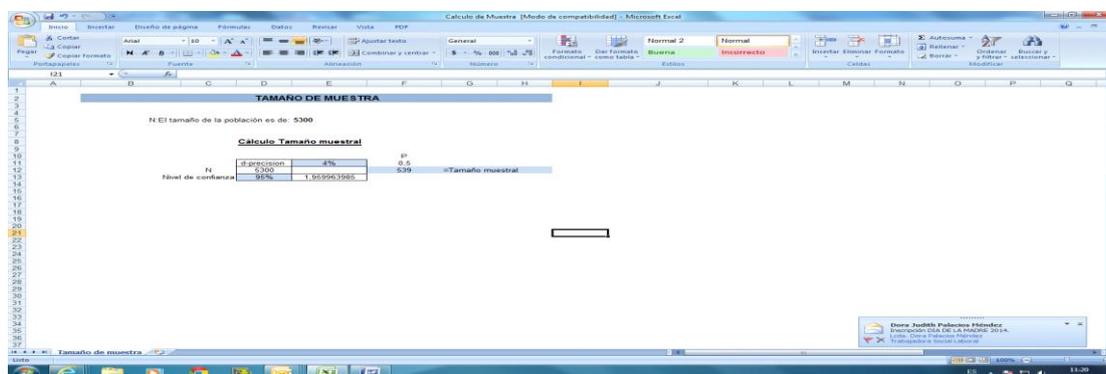
Se establece una muestra probabilística, a través de una selección aleatoria de usuarias a las cuales se les realizó la encuesta. El tamaño muestral mínimo recomendado con un 95% de confianza es de 359, finalmente la encuesta es aplicada a 530 pacientes para efectos de disminuir el sesgo y aumentar la confiabilidad de los datos recogidos.

**Gráfico N° 3. Calculadora de Muestras**



Fuente: Netquest.com

**Gráfico N° 4. Calculadora de Muestras**



Fuente: Netquest.com

Para el estudio observacional se estableció la aplicación de una encuesta debido a que esta herramienta permite recopilar información sin modificar el entorno ni controlar el proceso en estudio, ofreciendo las siguientes ventajas:

- Rapidez en la obtención de resultados.
- Aplicable a cualquier tipo de población.
- Capacidad para estandarizar datos, lo que permite su tratamiento informático y el análisis estadístico

### 3.3. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### 3.3.1. Estudio de satisfacción de la atención a los afiliados al IESS de Guayaquil

Se les consultó a las usuarias del hospital Gineco-Obstétrico “Enrique C. Sotomayor”, sobre seis temas relacionados a su experiencia en la atención y el modo de acceder a la información en el centro al cual acudió. De allí, se obtuvieron respuestas para esta investigación:

- **En las siguientes opciones califíquela con un valor numérico entre UNO y CINCO, donde uno significa “muy malo” y cinco “muy bueno”.**

PREGUNTA/CALIFICACIÓN	1	2	3	4	5
	Pésimo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
Atención médica			1	237	292
Limpieza de sala/habitación			8	282	240
Atención de enfermería			11	285	234
Alimentación			39	243	218
Información		1	23	320	156
Trámites internos	2	5	58	344	171
Atención en caja	7	7	188	282	44

**1 ¿Cómo contactó con el servicio de atención medica en este hospital?**

- Por e-mail: 10
- Por teléfono: 336
- En persona: 184
- Por fax: -

**2 Si fue por teléfono, ¿cuánto tuvo que esperar aproximadamente para ser atendido?**

- Me atendieron inmediatamente: 136
- Unos tres minutos aproximadamente: 162
- Entre tres y cinco minutos: 156
- Entre cinco y diez minutos: 37

e. Diez minutos o más: 41

**3 Califique del 1 al 5 la actuación de la persona que le atendió en los siguientes aspectos:**

PREGUNTA/CALIFICACIÓN	1	2	3	4	5
Se expresaba de forma clara y fácil de entender		1	38	287	204
Fue paciente		1	5	297	227
Fue amable		1	4	270	251

**4 En las siguientes opciones califíquela con un valor numérico entre 1 y 5, donde uno significa “muy malo” y cinco “muy bueno”.**

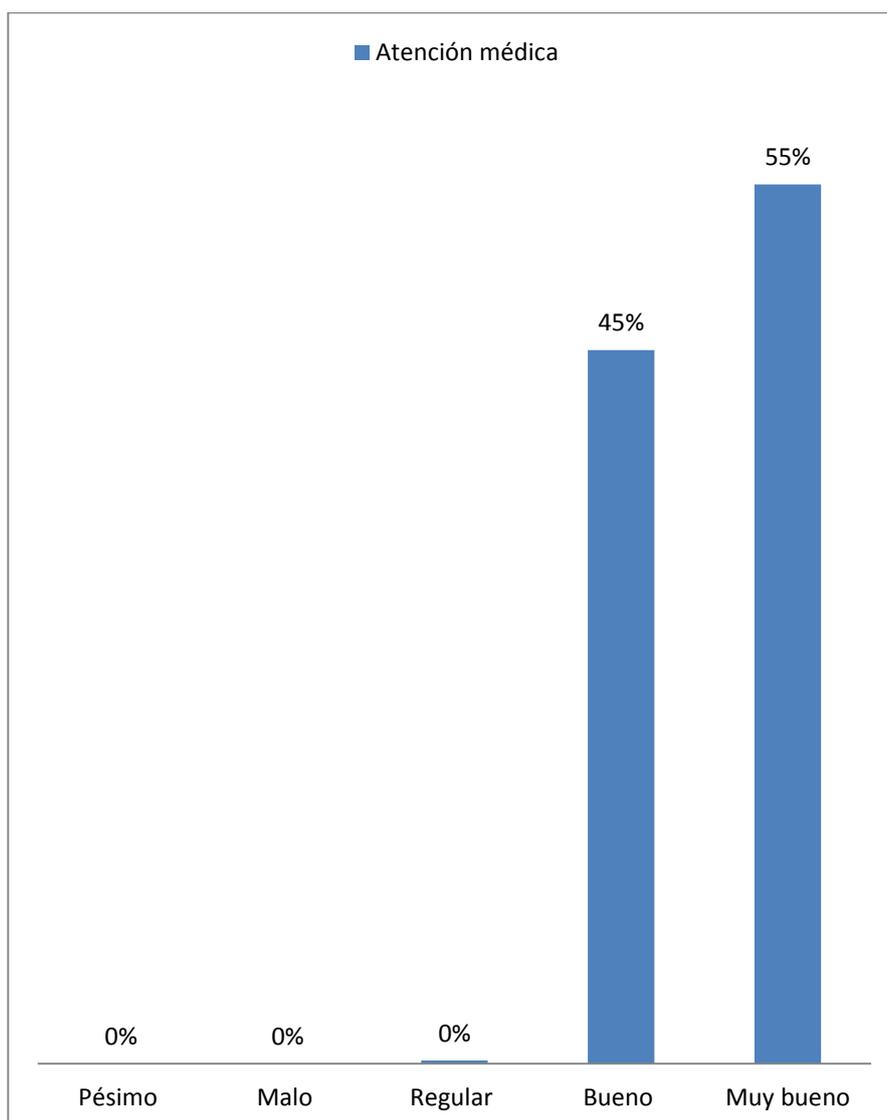
PREGUNTA/CALIFICACIÓN	1	2	3	4	5
	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
Tiempo de espera antes de ser atendido		5	35	238	252
Tiempo de atención del médico		1	16	229	284
Profesionalidad de la persona que le atendió			6	240	284
Calidez y respeto de la persona que le atendió			5	275	250

**5 En conclusión, ¿Cómo se siente usted con el servicio recibido?**

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Medianamente satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
	3	44	384	99

**Pregunta nº 1: En las siguientes opciones califíquela con un valor numérico entre UNO y CINCO, donde uno significa “muy malo” y cinco “muy bueno”.**

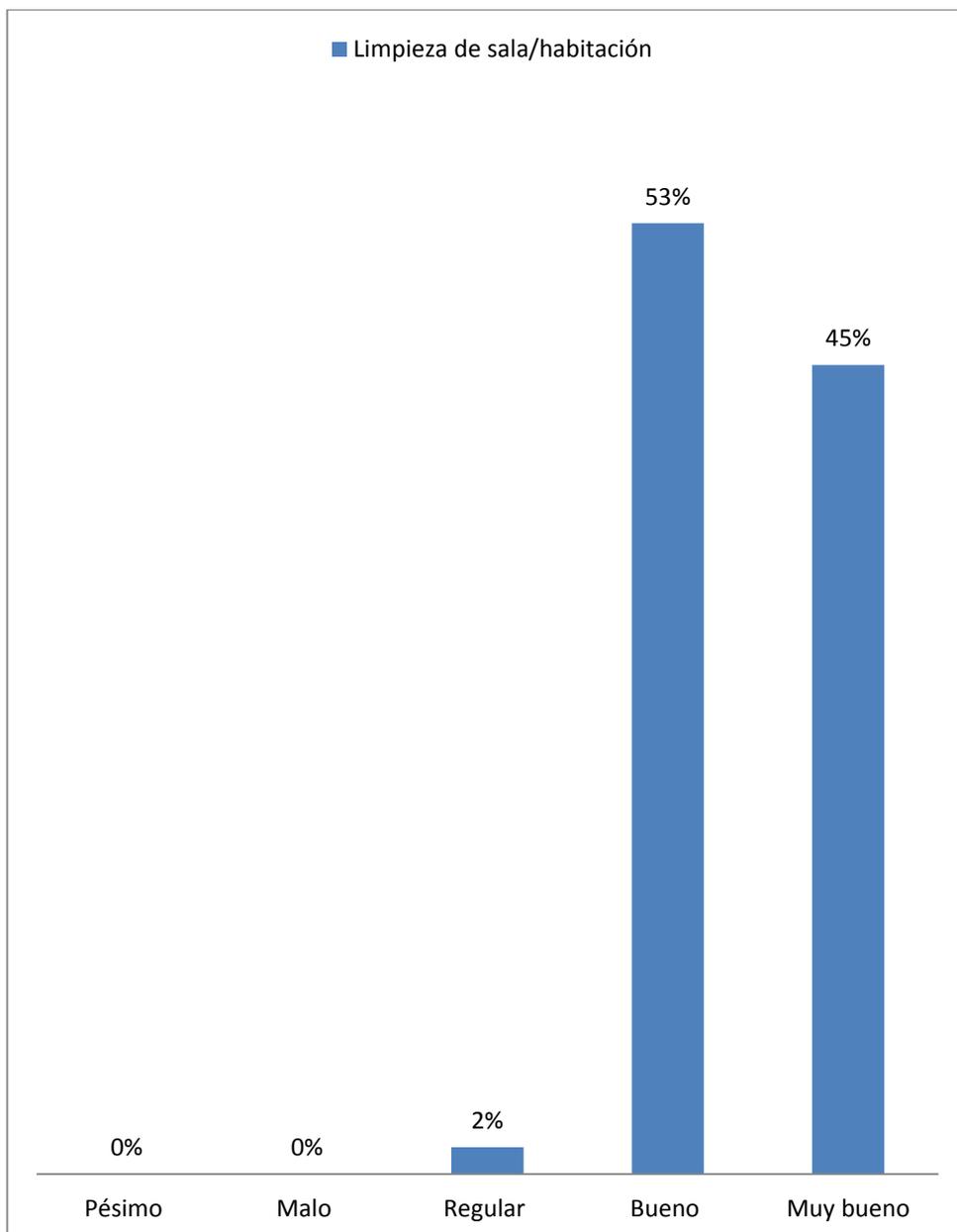
**Gráfico N° 5. Atención Médica**



En el **Gráfico N° 5** se observa que la atención médica tiene la calificación:

- **45% Bueno**
- **55% Muy bueno**

**Gráfico N°6 : Limpieza de sala/Habitación**

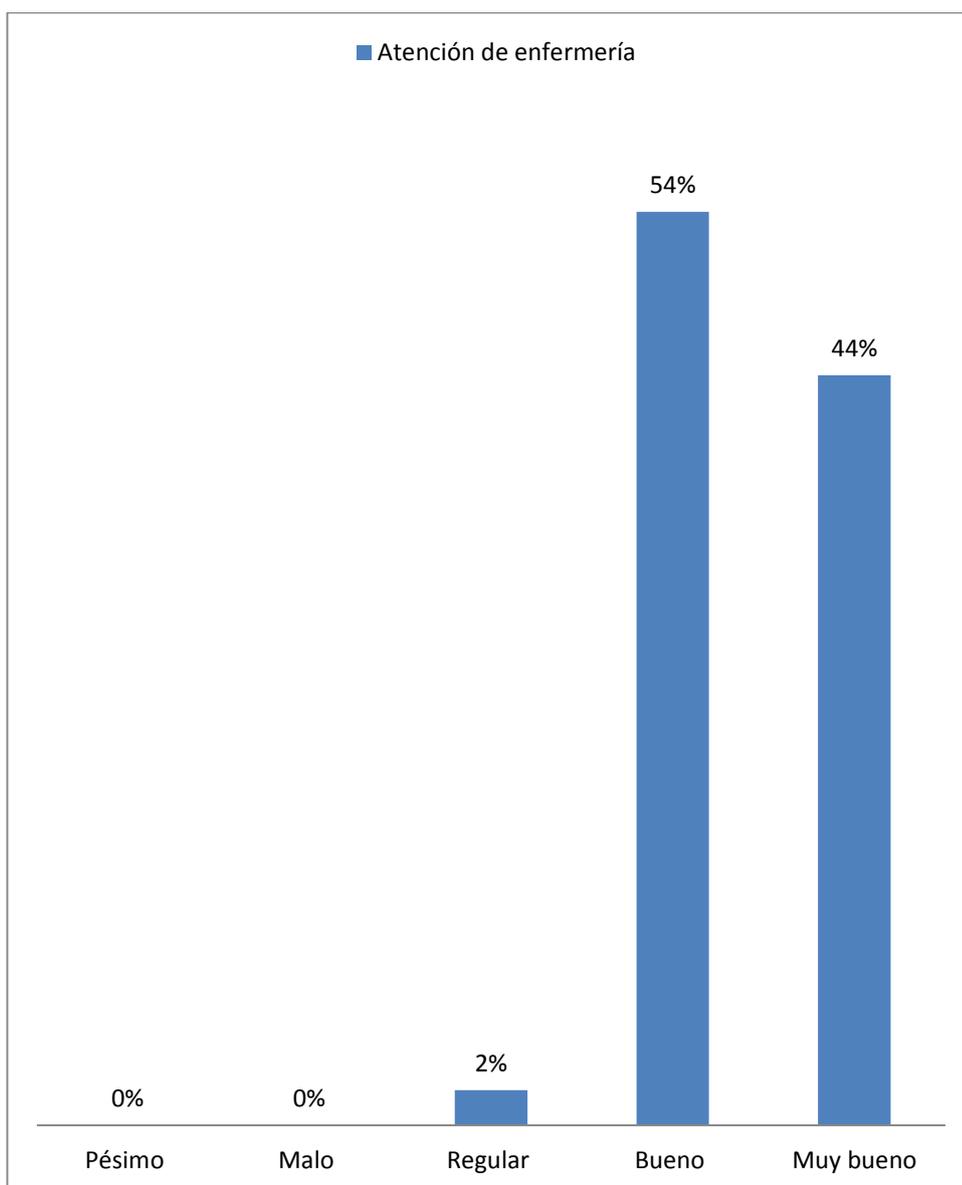


En el **Gráfico N° 6** se observa que el servicio de limpieza de sala/habitación tiene la calificación:

- **53% Bueno**
- **45% Muy bueno**

El 2% de los entrevistados valoraron el servicio como **“regular”**, lo que se convierte en una oportunidad de mejora en el servicio de limpieza de sala/habitación.

**Gráfico N° 7: Atención de enfermería**

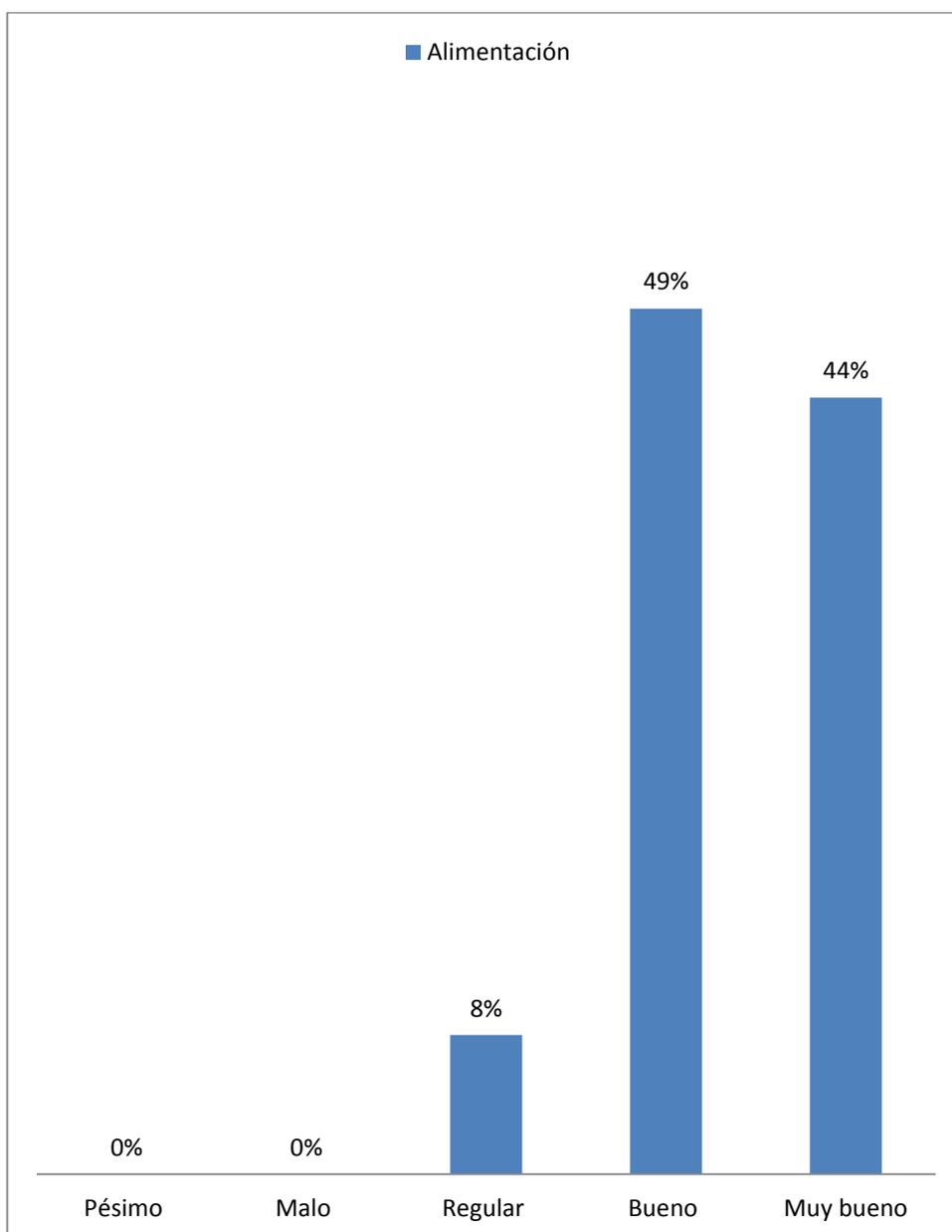


En el **Gráfico N° 7**, se observa que la Atención de enfermería tiene la calificación:

- **54% Bueno**
- **44% Muy bueno**

El 2% de los entrevistados valoraron el servicio como **“regular”**, lo que se convierte en una oportunidad de mejora en la atención de enfermería.

**Gráfico N° 8: Alimentación**

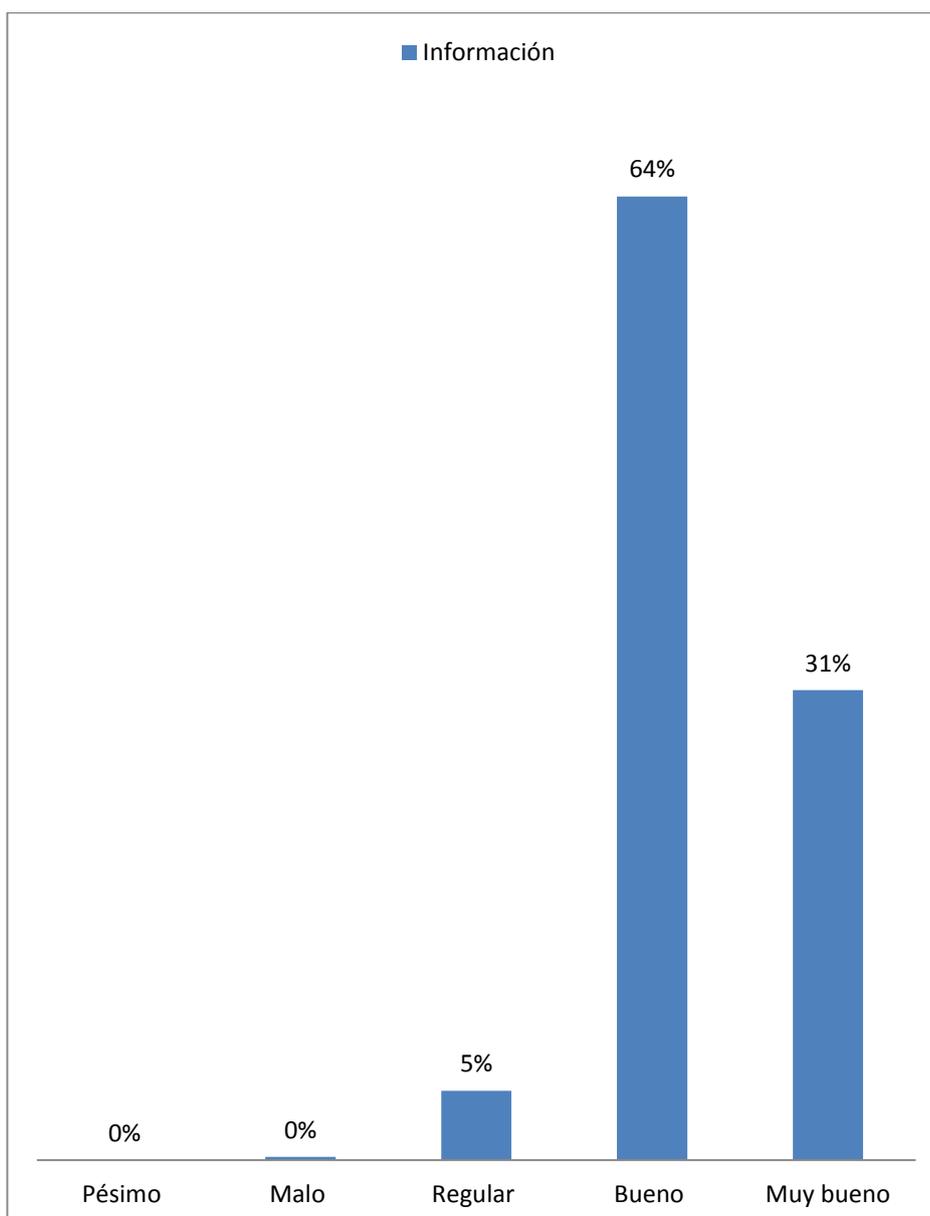


En el **Gráfico N° 8**, se observa que la Alimentación tiene la calificación:

- **49% Bueno**
- **44% Muy bueno**

El 8% de los entrevistados valoraron el servicio como **“regular”**, lo que se convierte en una oportunidad de mejora en el servicio de alimentación.

**Gráfico N° 9: Información**

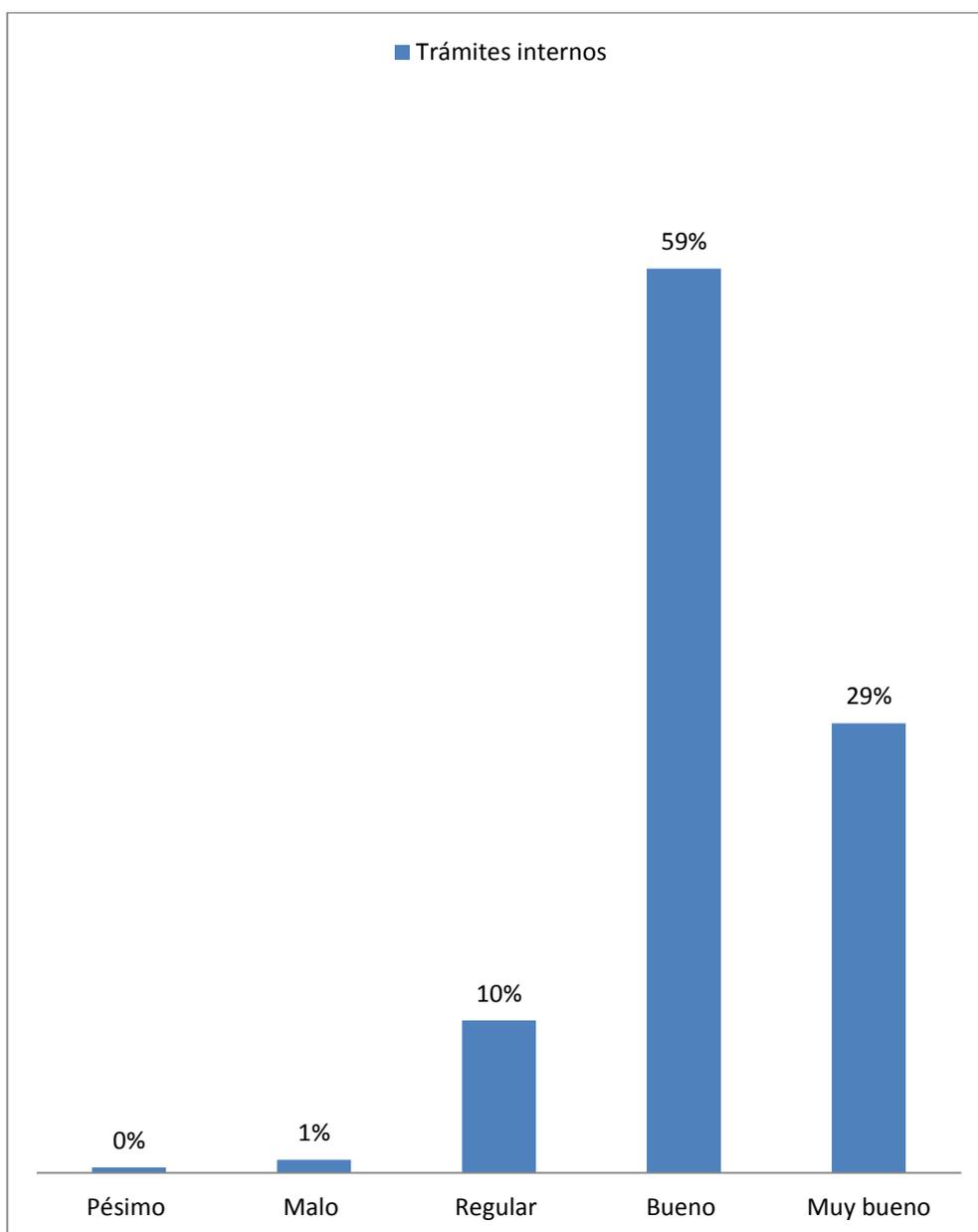


En el **Gráfico N° 9**, se observa que la Información que se le brinda tiene la calificación:

- **64% Bueno**
- **31% Muy bueno**

El 5% de los entrevistados valoraron la información proporcionada como **“regular”**, lo que se convierte en una oportunidad de mejora.

**Gráfico N° 9: Trámites Internos**

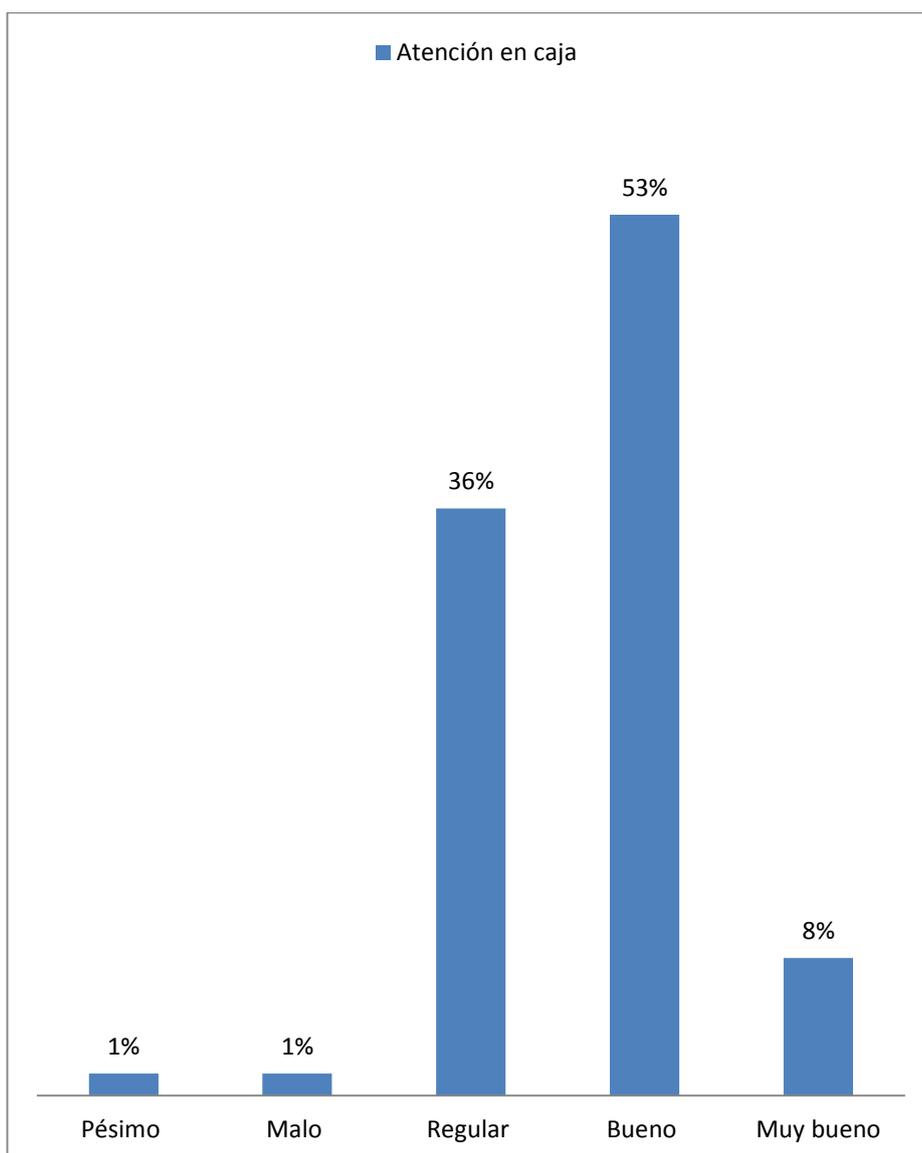


En el **Gráfico N° 9**, se observa que los trámites internos tiene la calificación:

- **59% Bueno**
- **29% Muy bueno**

El 10% de los entrevistados valoraron a los trámites internos como **“regular”**, lo que se convierte en una oportunidad de mejora.

**Gráfico N° 10: Atención en caja**



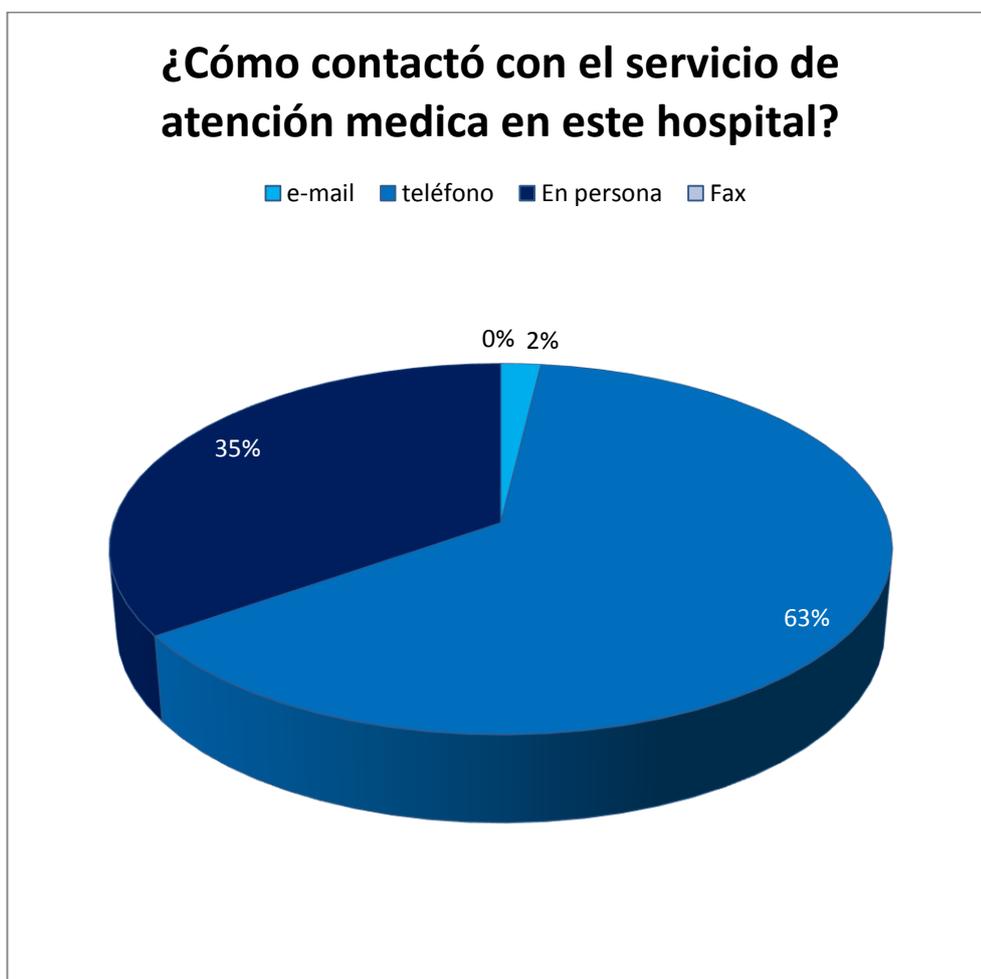
En el **Gráfico N° 10**, se observa que la atención en caja tiene una calificación:

- **53% Bueno**
- **8% Muy bueno**

El **36%** de los entrevistados valoraron a la atención en caja como **“regular”** y **1%** como malo y pésimo respectivamente, lo que se convierte en una oportunidad de mejora.

**Pregunta nº 2: ¿Cómo contactó con el servicio de atención médica en este hospital?**

**Gráfico N° 11: Medio de contacto de servicios de atención médica en el hospital.**



En el **Gráfico N° 11**, se observa lo siguiente:

El 63% de los encuestados contactaron el servicio de atención en este hospital por medio de Teléfono.

El 35% de los encuestados contactaron el servicio de atención en este hospital personalmente.

El 2% de los encuestados contactaron el servicio de atención en este hospital por email.

**Pregunta N° 3: Si fue por teléfono... ¿Cuánto tuvo que esperar aproximadamente para ser atendido?**

**Gráfico N° 12: Espera por la atención telefónica.**

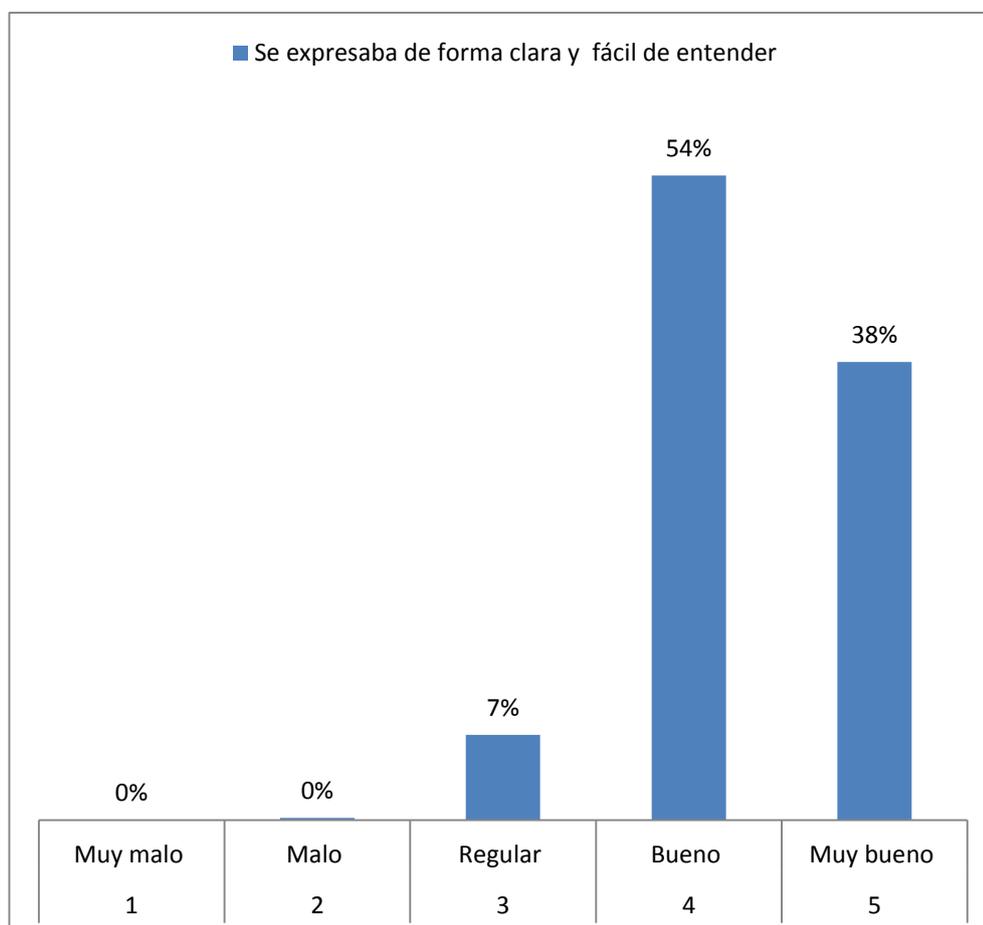


En el **Gráfico N° 12**, se observa lo siguiente:

- El 30% de los encuestados manifestaron que fueron atendidos unos 3 minutos aproximadamente.
- El 29% de los encuestados manifestaron que fueron atendidos entre 3 y 5 minutos.
- El 26% de los encuestados manifestaron que fueron atendidos inmediatamente.
- El 8% de los encuestados manifestaron que fueron atendidos 10 minutos o más.
- El 7% de los encuestados manifestaron que fueron atendidos entre 5 y 10 minutos.

**Pregunta nº 4: Califique del 1 al 5 la actuación de la persona que le atendió en los siguientes aspectos:**

**Gráfico Nº 13: Se expresa de forma clara y fácil de entender.**

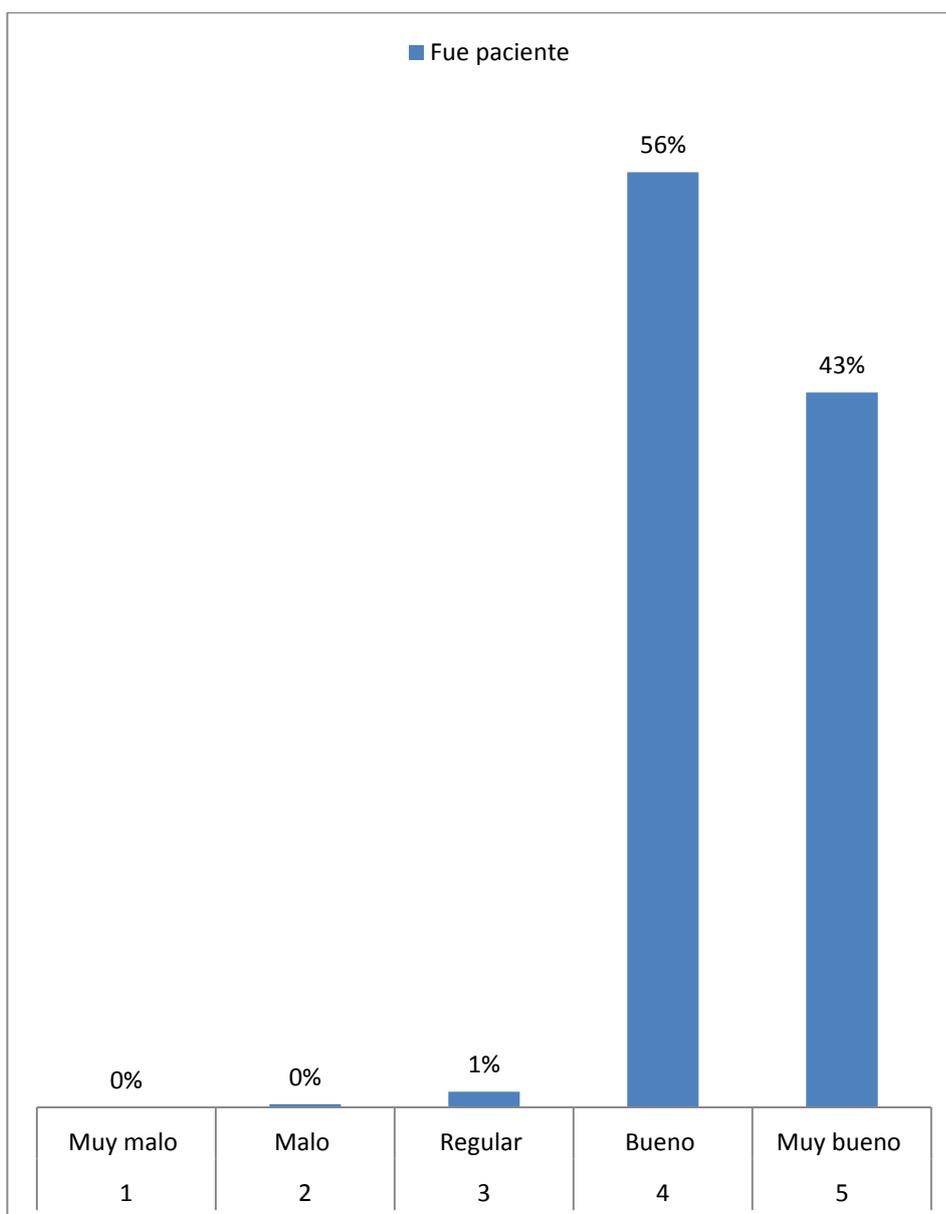


En el **Gráfico Nº 13**, se observa la siguiente calificación:

- **54% Bueno**
- **38% Muy bueno**

El **7%** de los entrevistados valoraron la actuación de la persona que le atendió como **“regular”**, lo que se convierte en una oportunidad de mejora.

**Gráfico N° 14: Fue paciente**

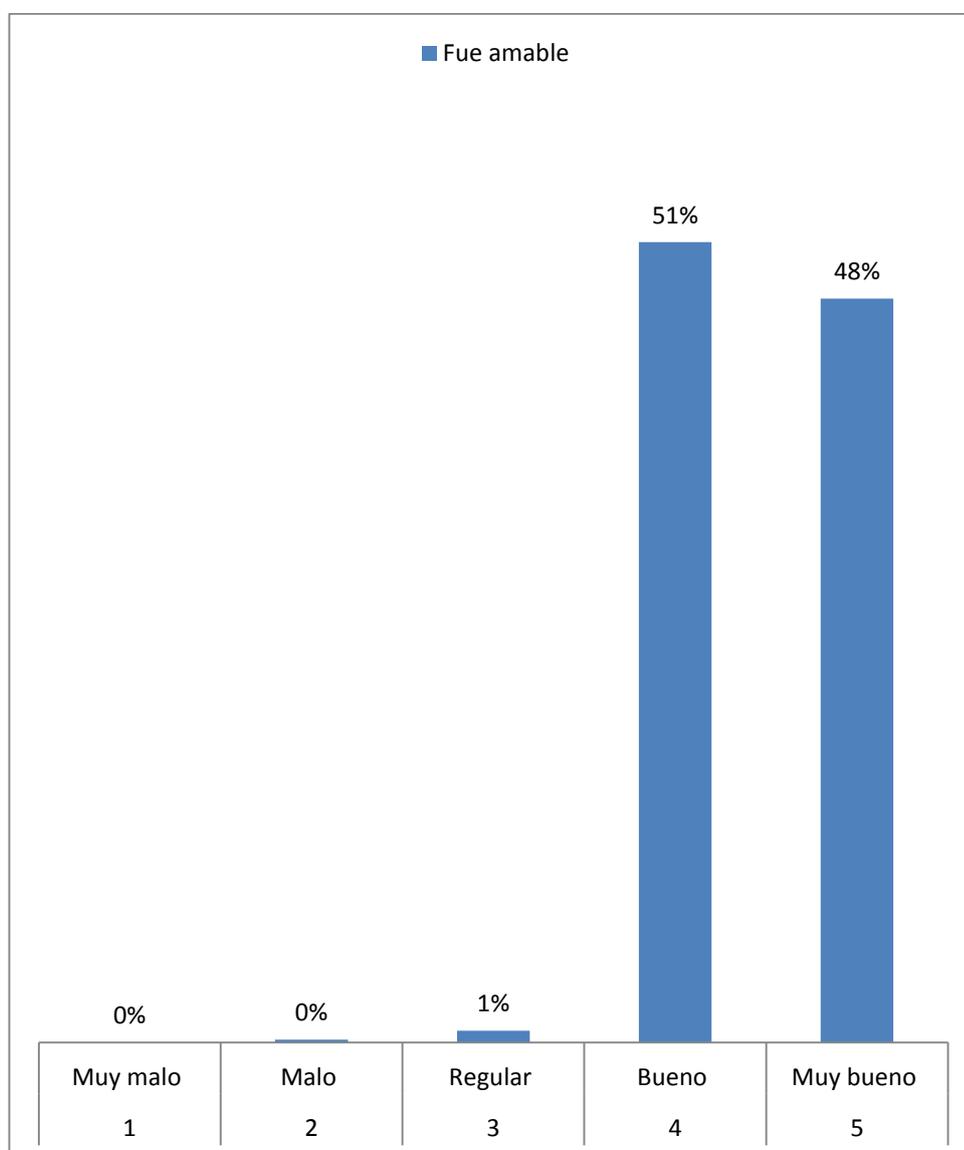


En el **Gráfico N° 14**, se observa la siguiente calificación:

- **56% Bueno**
- **43% Muy bueno**

El **1%** de los entrevistados valoraron la actuación de la persona que le atendió como “**regular**”, lo que se convierte en una oportunidad de mejora.

**Gráfico N° 15: Fue amable**



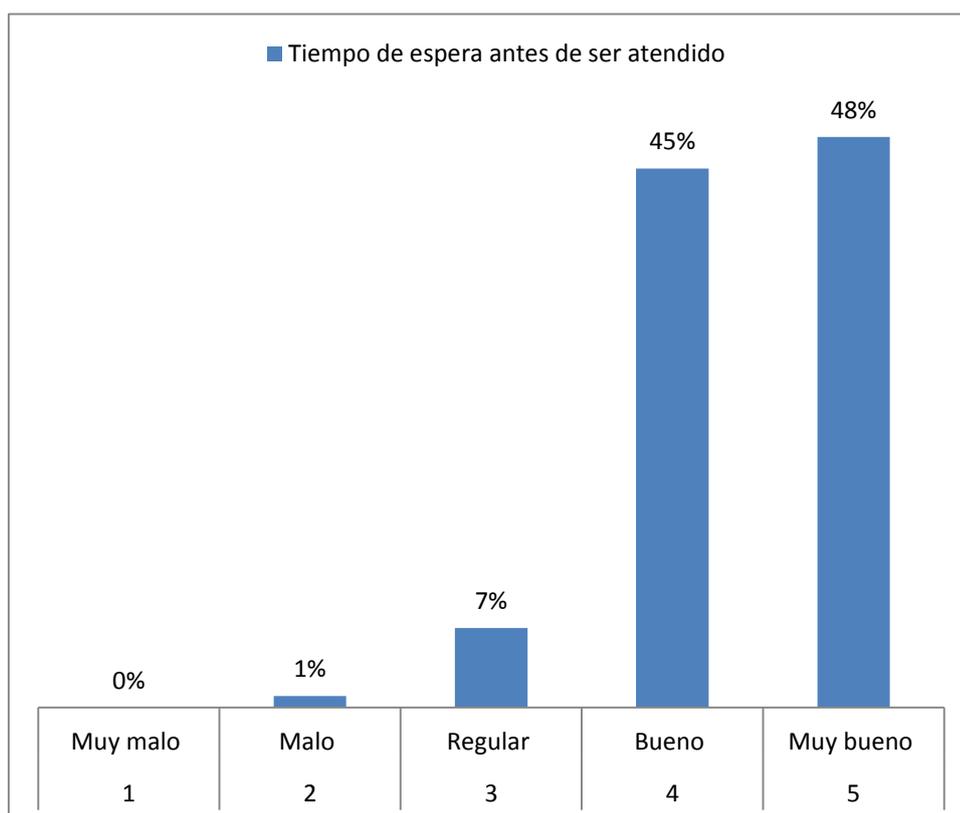
En el **Gráfico N° 15**, se observa la siguiente calificación:

- **51% Bueno**
- **48% Muy bueno**

El **1%** de los entrevistados valoraron la actuación de la persona que le atendió como **“regular”**, lo que se convierte en una oportunidad de mejora.

**Pregunta nº 5: En las siguientes opciones califíquela con un valor numérico entre UNO y CINCO, donde uno significa “muy malo” y cinco “muy bueno”.**

**Gráfico Nº 16: Tiempo de espera antes de ser atendido**



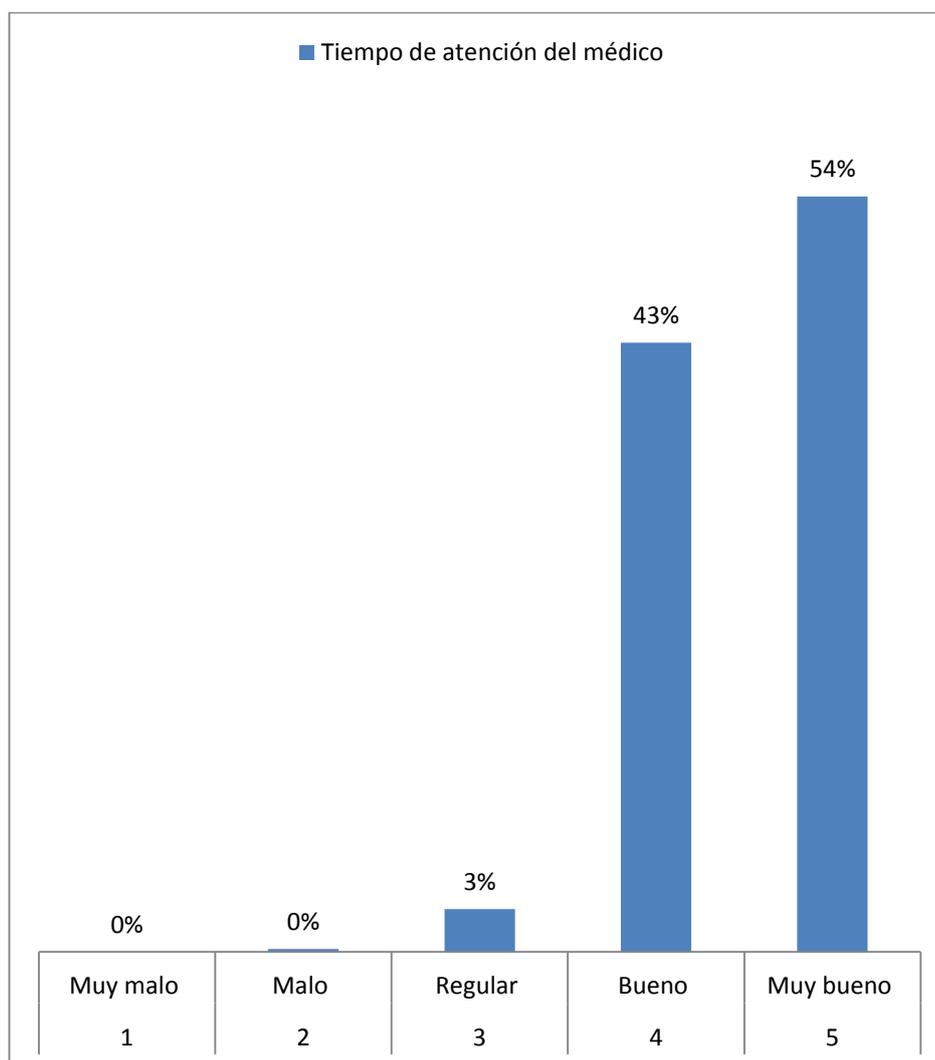
En el **Gráfico Nº 16**, se observa la siguiente calificación:

- **45% Bueno**
- **48% Muy bueno**

El **7%** de los entrevistados valoraron que el tiempo de espera para ser atendido como **“regular”**, lo que se convierte en una oportunidad de mejora.

El **1%** de los entrevistados valoraron que el tiempo de espera para ser atendido como **“malo”**, lo que se convierte en una oportunidad de mejora.

**Gráfico N° 17: Tiempo de atención del médico**

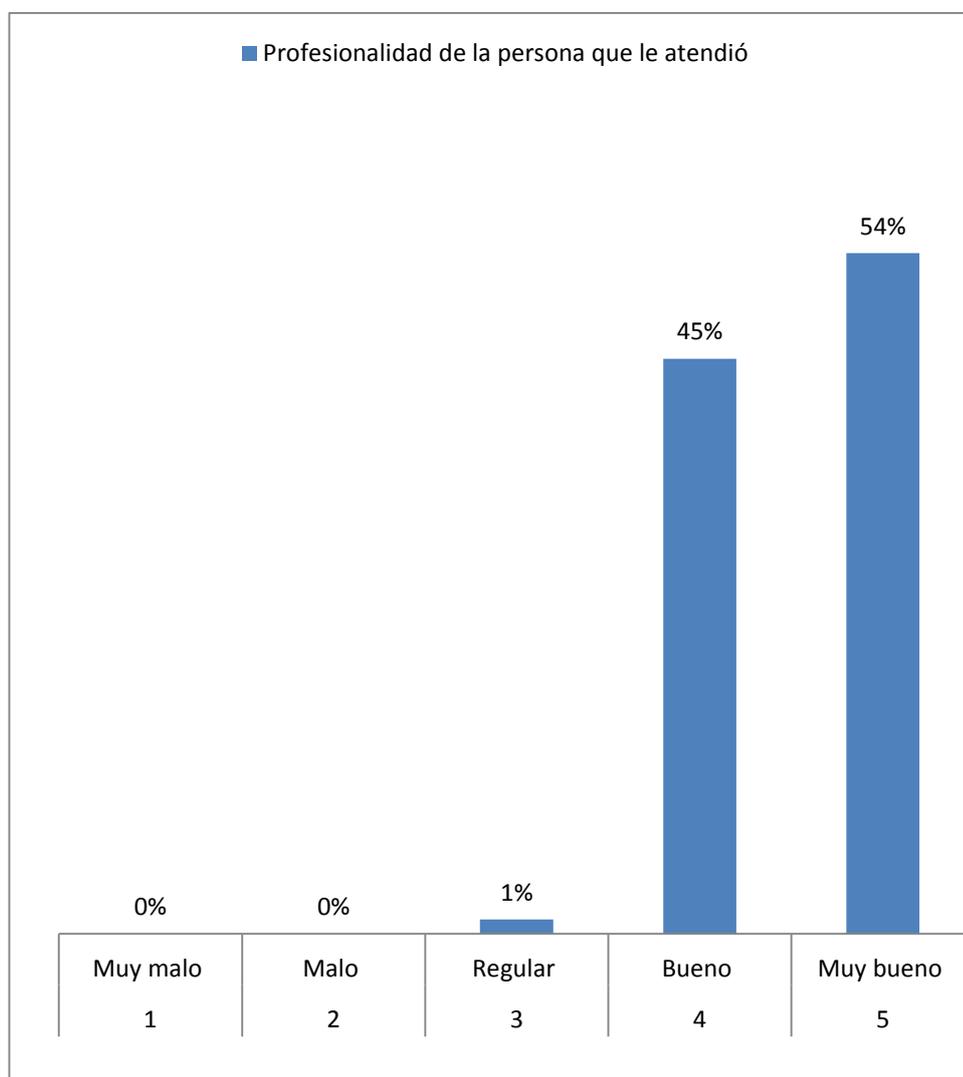


En el **Gráfico N° 17**, se observa la siguiente calificación:

- **43% Bueno**
- **54% Muy bueno**

El 3% de los entrevistados valoraron que el tiempo de atención del médico como **“regular”**, lo que se convierte en una oportunidad de mejora.

**Gráfico N° 18: Profesionalismo de la persona que lo atendió**

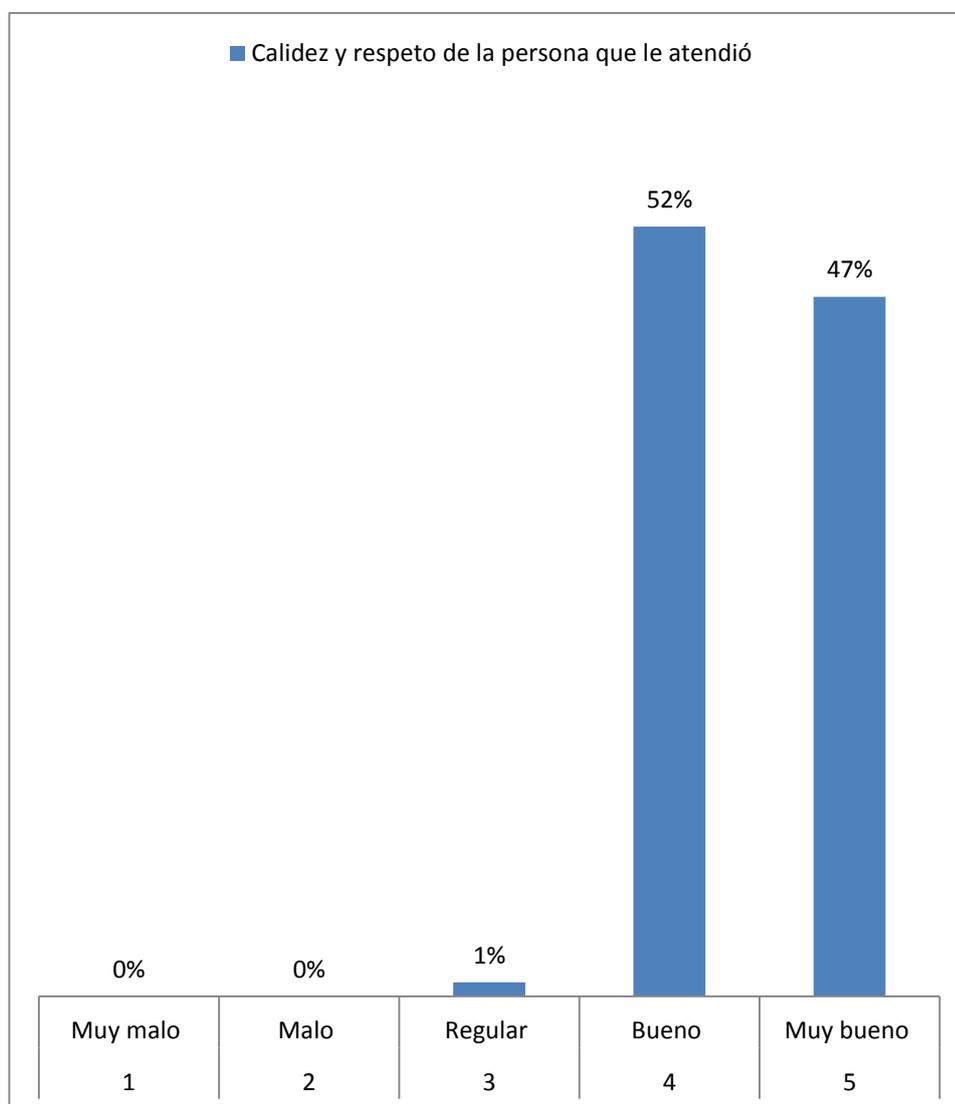


En el **Gráfico N° 18**, se observa la siguiente calificación:

- **45% Bueno**
- **54% Muy bueno**

El 1% de los entrevistados valoraron el **profesionalismo de la persona que lo atendió** como “**regular**”, lo que se convierte en una oportunidad de mejora.

**Gráfico N° 19: Calidez y respeto de la persona que lo atendió**



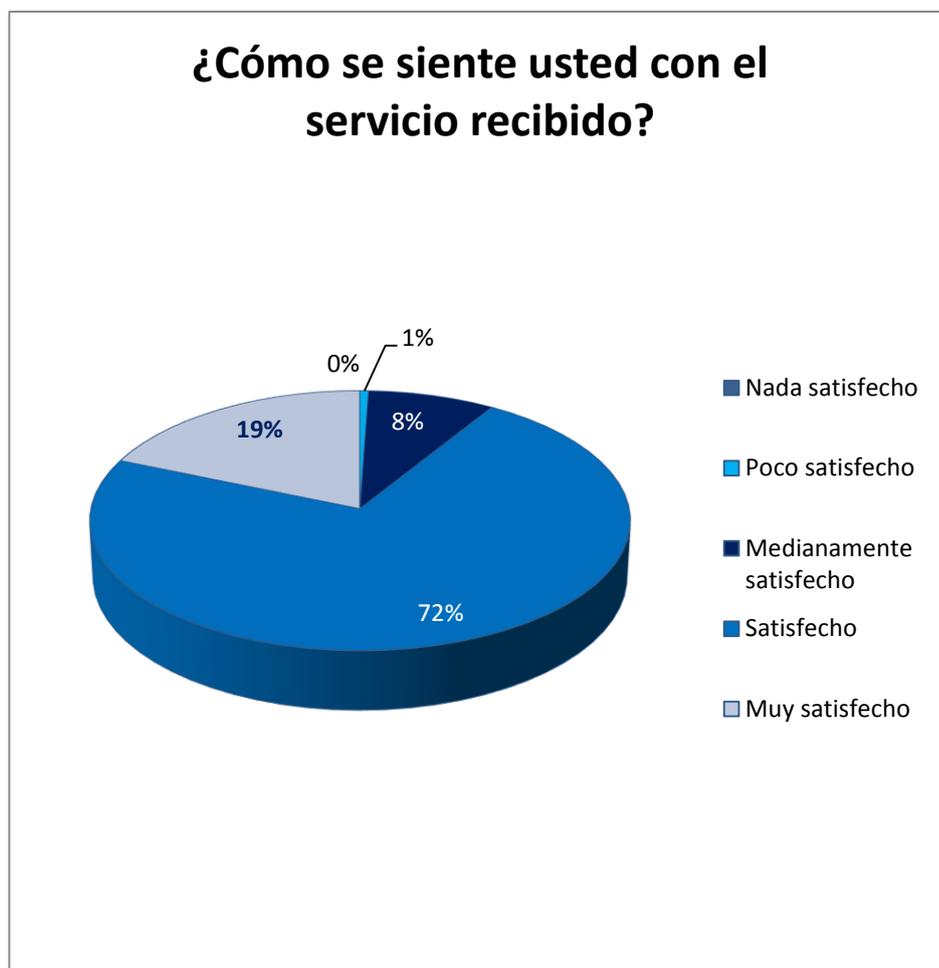
En el **Gráfico N° 19**, se observa la siguiente calificación:

- **52% Bueno**
- **47% Muy bueno**

El 1% de los entrevistados valoraron la calidez y el respeto de la persona que lo atendió como “**regular**”, lo que se convierte en una oportunidad de mejora.

**Pregunta N° 6: En conclusión, ¿Cómo se siente usted con el servicio recibido?**

**Gráfico N° 20: Como se siente usted con el servicio recibido.**



En el **Gráfico N° 20**, se observa lo siguiente:

- El 72% de los encuestados manifestaron estar “**Satisfecho**” con el servicio recibido.
- El 19% de los encuestados manifestaron estar “**Muy Satisfecho**” con el servicio recibido.
- El 8% de los encuestados manifestaron estar “**Medianamente Satisfecho**” con el servicio recibido.
- El 1% de los encuestados manifestaron estar “**Poco Satisfecho**” con el servicio recibido.

### CONCLUSIÓN:

Los indicadores con calificación más baja y que representan oportunidades de mejoras son:

**Cuadro Nº 2. Conclusiones**

PREGUNTA 1	Pésimo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
<b>Limpieza de sala/habitación</b>	0%	0%	2%	53%	45%
<b>Atención de enfermería</b>	0%	0%	2%	54%	44%
<b>Alimentación</b>	0%	0%	8%	49%	44%
<b>Información</b>	0%	0%	5%	64%	31%
<b>Trámites internos</b>	0%	1%	10%	59%	29%
<b>Atención en caja</b>	1%	1%	36%	53%	8%
PREGUNTA 4	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
<b>Se expresaba de forma clara y fácil de entender</b>	0%	0%	7%	54%	38%
PREGUNTA 5	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno
<b>Tiempo de espera antes de ser atendido</b>	0%	1%	7%	45%	48%

### **3.3.2. Análisis del Gobierno Virtual del IESS-ECUADOR**

El caso del Instituto de Seguridad Social en el Ecuador y la aplicación de las TICS en el servicio ciudadano de los hospitales en la ciudad de Guayaquil.

#### **3.3.2.1. Instituciones generadoras de las políticas públicas de salud**

Las políticas públicas en salud vienen determinadas por las leyes que impulsa y aprueba la Asamblea Nacional: y que en algunos casos, reciben el veto o la aprobación del Ejecutivo.

En el marco general de país, existe un Ministerio Coordinador de Desarrollo Social que se encarga de articular, coordinar y proponer políticas sectoriales e intersectoriales que respondan a necesidades prioritarias de los sectores sociales.

En esa línea se monitorea, apoya y facilita la gestión de los Ministerios sectoriales: Educación, Vivienda, Salud, Inclusión Económica y Social, y Secretaria del Migrante.

La cartera de Salud se constituye en el organismo que, en representación de la Función Ejecutiva, formula y ejecuta la política integral de salud del país. Tiene la función de ampliarla, defenderla y restaurarla como deber del Estado y como derecho inalienable de los ciudadanos ecuatorianos.

A partir de esa misión se creó el Sector Salud, formado por un conjunto de entidades, organismos e instituciones públicas y privadas, que realizan acciones y producen servicios, formados de capital social básico o como colaboradores de las autoridades nacionales de salud.

La integración del sector está compuesta sobre la base del Subsector Público y del Subsector Privado. El primero formado por: Gobierno, entidades descentralizadas y Seguro Social (IESS); y el segundo por el Subsector Privado, organizaciones con fines de lucro y organizaciones de beneficencia, entre otros, por el Subsector Liberal.

El organismo rector del sector es el Ministerio de Salud Pública, que fue reorganizado respondiendo a los objetivos del Plan General de Desarrollo, de tal manera que le corresponden actividades de dirección, coordinación, evaluación, fijación y ejecución de esas políticas en el sector salud.

Para hacerlo tiene dos viceministerios: uno de Gobernanza y Vigilancia de la Salud, y otro de Atención Integral en Salud. El primero regula, direcciona,

organiza y gestiona el sistema nacional de salud mediante la promulgación de políticas y normas, negociación de convenios, conciliación de intereses y coordinación de acciones que permitan efectivizar las políticas de salud.

Mientras que el de Atención Integral asegura los servicios de salud universales y de calidad, así como la provisión de servicios de atención individual, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud e igualdad.

Bajo ese esquema normativo, las políticas públicas impulsadas desde la Asamblea bajan a los diferentes territorios de las zonas del país, a través de las instituciones de la red integral de salud como Ministerios del Interior, Defensa, IESS y el Instituto de Seguro Social para las Fuerzas Armadas.

En el caso del IESS, las normas pasan a la discusión del Consejo Directivo del IESS para resolver métodos de aplicación directa en la ciudadanía.

Es decir, que todo el sistema de salud se encuentra distribuido en un proceso que pasa de la autoridad más alta a los mandantes.

### **3.3.2.2. Políticas públicas sanitarias actuales**

La Constitución vigente, elaborada en Montecristi, provincia de Manabí, en el 2008, instaura las principales normas legales que rigen el cambio del sistema de salud y de aseguramiento social, y su evolución hasta la fecha.

El fin, según estas leyes, y en entrevistas con el viceministro de Gobernabilidad del Ministerio de Salud, Dr. Hugo Malo; y el director del IESS, a nivel provincial, Economista Agustín Ortiz Costa, es llegar a la universalización del aseguramiento social, a fin de que mujeres, amas de casa, jubilados, ancianos, niños y adultos tengan un servicio de salud y de préstamos para la consolidación del Buen Vivir.

El artículo 363 de la Constitución responsabiliza al Estado para “universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura”.

El propio presidente de la República, Rafael Correa Delgado, ha manifestado insistentemente en las cadenas de los sábados, su preocupación por hacer más ágil el aseguramiento a las amas de casa, a quienes por no recibir un salario mensual, resulta imposible generarles este beneficio.

La ley respalda este pedido en el artículo 369 de la Constitución que expresa que “el seguro universal obligatorio se extenderá a toda la población urbana y

rural, con independencia de su situación laboral. Las prestaciones para las personas que realizan trabajo doméstico no remunerado y tareas de cuidado se financiarán con aportes y contribuciones del Estado. La ley definirá el mecanismo correspondiente”.

Las prestaciones de la seguridad social se financiarán con el aporte de las personas aseguradas en relación de dependencia y de sus empleadoras o empleadores; con los aportes de las personas independientes aseguradas; con los aportes voluntarios de las ecuatorianas y ecuatorianos domiciliados en el exterior; y con los aportes y contribuciones del Estado.

### **3.3.2.3. Establecimiento de un sistema georreferenciado**

En base a lo establecido en el artículo de la Constitución señalado con anterioridad, se elaboró un nuevo *Reglamento para la atención de Salud Integral y en Red de los asegurados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social*, documento firmado por el médico Patricio Arias Lara, prosecretario del Consejo Directivo del IESS el 17 de marzo del 2010. En el artículo 14 del mismo se destaca, ante la imperiosa necesidad de modernizar el sector de salud, la atención médica por zona geográfica de adscripción de la población.

Con esto se conmina a establecer un sistema zonal georreferenciado y de base territorial de los prestadores de salud de la red plural que guardará relación con la división político-administrativa del país. Se establece un sistema de zonas geográficas de acceso a la atención médica.

Luego, en el artículo 15 de dicho reglamento, se define el sistema de Referencia y Contrarreferencia del siguiente modo:

*Artículo 15.- El asegurado y los beneficiarios con derecho podrán acceder a los otros niveles de complejidad del sistema de servicios de salud, si su problema de salud así lo requiere, mediante un sistema informatizado integral e integrado de referencia que se debe efectuar desde el primer nivel de atención.*

En este punto cabe retroceder unos años y mencionar que en el Reglamento de la Ley Orgánica de la Salud —Decreto Ejecutivo No. 3611, publicado en el Registro Oficial No. 09 de 28 de Enero del 2003, durante la presidencia de Gustavo Noboa Bejarano—, en el último capítulo, llamado *Del Sistema Común de Información Sectorial*, tres artículos mencionan a la historia clínica específicamente, y son los siguientes:

Art. 77.- De la historia clínica única.- El Ministerio de Salud Pública, en su calidad de autoridad sanitaria, revisará y actualizará los formularios básicos y de especialidades de la historia clínica única para la atención de los usuarios, los mismos que serán posteriormente concertados y difundidos por el Consejo Nacional de Salud en todas las instituciones prestadoras de salud del sector público, semipúblico y privado.

Art. 78.- Obligatoriedad de uso de la historia clínica única.- El uso y aplicación de la historia clínica única serán obligatorios en las instituciones de salud que integran el sistema.

Art. 79.- Responsabilidad y custodia de la historia clínica.- La historia clínica, en tanto prueba documental, estará bajo la responsabilidad y custodia de la unidad o establecimiento operativo del lugar de residencia del ciudadano; se propenderá que exista una sola historia clínica por persona que será la base para el sistema de referencia y contra referencia.

Eran tiempos donde la informática en el país aun no prestaba suficientes garantías, así que no se menciona la posibilidad de una Historia Clínica Electrónica. Por eso volviendo al reglamento del 2010, que está vigente, en su Capítulo V habla sobre el Sistema de Información Integral e integrado, y constan los lineamientos para aplicar la tecnología a las historias clínicas de los pacientes:

*Artículo 25. Síntesis de la Información.- Se establecerá un flujo adecuado de información de los afiliados o beneficiarios con derecho a través de un sistema digital que integre la historia clínica única de acuerdo a lo establecido por la autoridad nacional de salud en formato electrónico, e secuencia desde el primer nivel hasta el de mayor complejidad.*

Así mismo, se establecerán registros médicos electrónicos que permitirán la coordinación y continuidad de la atención, y el seguimiento sistemático de los pacientes con enfermedades crónicas. Para lo cual, la Unidad encargada de los procesos informáticos de IESS facilitará los requerimientos en tecnología y necesidades de estructura, proceso y resultado, en coordinación con las Direcciones del Seguro General de Salud Individual y Familiar y del Seguro Social Campesino.

La entrega de las prestaciones de salud a los asegurados se realizará a través del sistema informatizado integral e integrado de referencia y contrarreferencia, por intermedio de las unidades de salud del IESS, prestadores

públicos y prestadores privados que incluye a los profesionales de la salud en libre ejercicio, calificados/acreditados mediante convenios con el IESS, distribuidos según la ubicación geográfica nacional zonificada y la concentración demográfica, en los términos contenidos en el convenio que se suscriba, de conformidad con la reglamentación dictada por el Instituto.

### **3.3.2.5 Primer nivel como sintetizador de la información de los derechohabientes y su familia:**

El mismo documento habla sobre la preponderancia del primer nivel en los servicios de salud (es decir los centros más cercanos al usuario) como la base también de la información que se registre de cada paciente.

*Así, “Toda la información derivada del sistema de servicios de salud será registrada evaluada por la unidad de primer nivel elegida por territorio por el derechohabiente, lo que permitirá establecer intervenciones personalizadas de ser necesario.[...] La herramienta de registro se basará en el expediente único de historia clínica electrónica con los parámetros establecidos por la autoridad sanitaria (MSP) y la tecnología para lograr dicho objetivo será evaluada en función de parámetros de costo-efectividad y se coordinará entre la Dirección de Desarrollo Institucional del IESS”.*

### **3.3.2.6. Sistema de Información**

En cuanto a los sistemas de datos, se establece un flujo adecuado de la información de los derechohabientes a través de un sistema digital que integre el sistema de información y la historia clínica única del SNS en línea adaptados a la realidad de las UM, creando una relación a los largo del tiempo y del espacio territorial nacional (continuidad longitudinal desde el nacimiento hasta el fallecimiento) garantizado portabilidad del derecho.

### **3.3.2.7. Registros médicos electrónicos**

De acuerdo al reglamento firmado en el 2010, los registros médicos electrónicos permitirán la coordinación y continuidad de la atención, y el seguimiento sistemático de los pacientes con enfermedades crónicas.

Existen requisitos previos necesarios para viabilizar este proceso:

- La función de síntesis de la información con la historia clínica única (formato MSP) desde el primer nivel hasta el de mayor complejidad.
- Aplicación de ficha familiar (MSP) a la familia del afiliados como parte de las actividades extramurales de las unidades de primer nivel del SGSIF.

- Estadísticas electrónicas integradas por unidad, y división político-administrativa, consolidadas a nivel de jefaturas y Subdirecciones del SGSIF.

### **3.3.2.8. Redes de información**

Asimismo, en el sistema de información del SGSIF se establecerá respecto de actividades de promoción, prevención, curación y acciones de asistencia sanitaria para lo cual se usarán guías del Sistema Nacional de Salud para la recolección, procesamiento y análisis de la información en los diferentes ámbitos de acción: Atención clínica individual y de grupos, planificación, gestión de servicios de salud, parámetros de evaluación control de calidad, formación, investigación. El proceso se iniciará con áreas geográficas/territorios pilotos para su posterior aplicación a nivel nacional.

De forma obligatoria la información de la historia clínica se registrará electrónicamente. Así también la ficha familiar, el registro de la morbilidad, el registro de exámenes de laboratorio y auxiliares diagnósticos. A más de un registro de interconsultas y contra-transferencia.

Las prioridades de acción en los diferentes grupos de riesgo se identificarán a través del manejo de registros e indicadores para la toma de decisiones o para las acciones sanitarias.

### **3.3.2.9. Tecnologías de la Información (TICS) y beneficiarios en IESS Guayaquil**

Se toma como referencia la provincia del Guayas, donde viven actualmente 4 millones de personas. El número de afiliados al Seguro Social es de 2 millones, superando la cifra que se tenía hace 4 años que era de 270 mil afiliados.

La razón principal de este aumento es la aplicación del mandato constituyente 8, en el 2008, con el que se obligó la eliminación de la tercerización e intermediación laboral y cualquier forma de precarización de las relaciones de trabajo en las actividades a las que se dediquen la empresa o empleador.

En ese espacio señaló, en su momento el viceministro de la Política, José Larrea, que se rompió una pared que se había instalado desde otros congresos con el fin de favorecer a los empresarios, que eran una minoría; y se desfavorecía a la clase pobre.

El viceministro creía, además, que con el mandato 8 se consiguió crear una nueva conciencia y empoderamiento ciudadano de sus deberes y de sus derechos.

“Aun los trabajadores que tiene una jornada parcial, exigen o acuden al Ministerio de Trabajo a preguntar si deben exigir sus beneficios de ley y seguridad social. Y la respuesta es: simplemente que sí”, refiere Larrea.

Adriana de la Cruz, representante en Guayas de la organización Mujeres por la Vida, sostiene que dentro de su agrupación también hubo trabajadoras domésticas de fueron desempleadas sin una liquidación por los años de trabajo en el momento en que exigieron a sus patronos la afiliación.

“Eso fue malo para ellas, pero con el pasar del tiempo, algunas consiguieron mejores empleos que van por la línea recta y en el que todos sus derechos son aplicados. Sin embargo, aún falta mucho que construir en la mentalidad de los empleadores” sostiene.

Según Ortiz y un reporte estadístico de la atención anual demandada en los consultorios médicos del IESS, en Guayas, son las personas de la tercera edad –desde 65 años en adelante– quienes piden atención médica a través del call center, un sistema telefónica sub contratado.

En su mayoría, este grupo de personas busca los consultorios médicos en un 25% y en un 75% reserva su cita mediante una llamada telefónica al 18001000000.

Ese método y el sistema informático de historias clínicas, como parte de las tecnologías de la información, utilizada por los médicos en el servicio de la consulta son los dos grandes procesos que han logrado consolidar la atención a un enorme número de afiliados que creció en 4 años.

Ese sistema, denominado Swam y SB4, en el que se registra el número de atenciones a los asegurados en los consultorios, no solo ayuda a hacer inmediata la atención del afiliado en el dispensario médico, que queda cerca de su domicilio o trabajo, y en cualquier otro del país. Sino que le da la posibilidad al IESS, de contabilizar la producción de los médicos en ocho horas de trabajo, y disminuir los índices de corrupción en un 50% que se generaban por la compra de atención médica o por la entrega de medicinas.

“Por primera vez podemos visualizar si un médico ha trabajado o no; y terminar con aquellos sabidos que vendían los turnos de atención de los

médicos, o la gente que iba a la semana tres veces a los consultorios en diferentes dispensarios para llevarse medicinas y luego venderlas”, argumenta Ortiz.

El IESS cuenta con cuatro hospitales y 10 dispensarios en Guayas. La atención médica es desde las 07:00 hasta las 20:00 horas. Antes era de 08:00 a 16:00.

Y con esto se evidencia un grado de satisfacción por parte de los afiliados, de la atención medica recibida. Según el informe de estadística del IESS, la calificación que recibía el IESS de Guayas hace 4 años, era de 6.8/10; y ahora es de 8.7.

Ortiz a su vez resalta que el último hospital construido fue hace 43 años, que fue el Teodoro Maldonado. De allí se construyeron hospitales menores, tipo 2 o 3. El Teodoro era para atender una población de 100 mil afiliados. Ahora somos 890 mil. De ahí que la construcción del Hospital del Día, que duró dos años y medio, o también denominado “**Dr. Efrén Jurado López**”, ubicado en la parroquia Ayacucho, al sur de la ciudad de Guayaquil, en la Av. Eloy Alfaro, entre San Martín y Argentina, es visto como un centro hospitalario modelo a seguir para las siguientes edificaciones de servicios de salud, tanto en su infraestructura física como organizativa. Se calcula que 350 mil pacientes al año atendería dicho hospital.

Con un modelo de atención innovador, este Hospital del Día ofrece servicios de salud de primera categoría, con equidad y en condiciones dignas: en consulta externa, con varias especialidades y cirugía del día ambulatoria; que reducirá un 40% de la demanda de cirugías que se transfieren al Hospital Teodoro Maldonado Carbo y los costos días /cama, según el sitio web del IESS.

#### **3.3.2.10. Alianzas estratégicas con el sector privado**

El IESS firmó en la provincia del Guayas una serie de convenios con 27 clínicas privadas que por sus costos elevados, solo utilizaban un 50% de su capacidad.

Según señala una nota de prensa de Diario El Universo, el Seguro Social de acuerdo al oficio 3627 emitido por el Consejo Directivo del IESS ha realizado convenios con clínicas particulares para casos de emergencia, cubriendo los gastos al 100% de Cobertura acorde a la Resolución 317: Todos los casos que se consideren emergencia, es decir: ‘Estados patológicos de manifestación

súbita y grave, y accidentados que requieran atención médica inmediata, que al no ser otorgada pondrían en peligro su vida o dejar secuelas que afecten su integridad funcional y orgánica' podrían ser: hipertensión con pérdida de conciencia, derrame, infartos, fracturas que requieran operación, desmayos, cólico renal, apendicitis.

Estas clínicas son las siguientes:

- Industrial Inmobiliaria Teoton S.A. (Clínica Kennedy del Policentro)
- Servicios Hospitalarios S.A. Alboteoton (Clínica Kennedy de la Alborada)
- Esculapio S.A. (Clínica Alcívar)
- C.A. Clínica Guayaquil Servicios Médicos S.A.
- Omnihospital
- Clínica San Francisco (Cemefran C.A.)
- Physis Prevención Cardiovascular S.A.
- Clínica Santamaria Clisanta S.A.
- Clínica Panamericana Climesa S.A.
- Sermens S.S.C.
- Pasal Patiño Salvador Cía. Ltda.
- IEDYT S.A.
- Soldial
- Dial Ríos
- Instituto del Riñón y Centro de Diálisis Inridi "San Martín S.A."
- Hospital Luis Vernaza
- Hospital Gineco-Obstétrico "Enrique C. Sotomayor"
- Hospital Pediátrico Roberto Gilbert
- Hospital Siquiátrico Lorenzo Ponce
- Centro Radiológico Vargas Pazos Radiovap
- Clínica Granados
- Galadental
- Farmadial
- Unidad Oftalmológica Kennedy Norte Uniofken
- SOLCA

Así, en base a un tarifario en el que se incluyó un pago por cada uno de los servicios, estos convenios, que le representan al IESS 100 millones de dólares anuales, le han dado al Seguro Social un mejor manejo de la atención médica urgente, especialmente a los afiliados que requieren una pronta cirugía.

En el país, 300 clínicas privadas atienden mediante convenios a los afiliados. Se espera, este año, realizar la entrega de medicinas a través del mismo proceso.

La calificación que tiene este servicio de la atención médica en clínicas privadas es de 9.2/10. Y aun con esta calificación, la falta de infraestructura sigue siendo el mayor problema ya que desde hace 20 años no se construyó un hospital además del único, que es el Teodoro

Maldonado.

La proyección para los próximos 4 años es construir 4 hospitales más y 4 torres de consultorios. El último hospital del día que se construyó en Guayaquil, fue el Efrén Jurado, que atiende a pacientes en 27 especialidades diferentes, entre ellas, reumatología, geriatría, ginecología, pediatría integral, que incluye psicología infantil, terapias y más.

Entre los servicios que ofrece este hospital están la atención ambulatoria, cirugía con atención domiciliaria y terapias a los pacientes.



**Foto N° 1 Exteriores Hospital del Día "Efrén Jurado", Guayaquil**

Sin embargo, aún se detectan algunos problemas en la atención dentro de las clínicas a los afiliados. Diario El Telégrafo en su edición del 11 de julio del 2012 señala que a Vicente L., afiliado al IESS, no lo atendieron en la clínica de la Alborada. “Hace un mes llegué a este hospital, tenía la presión arterial en 130/100, con un cuadro de taquicardia, me dijeron que el Seguro no cubre casos de emergencia y que tenía que cancelar el valor señalado por la atención (\$25) en la caja”.

Luego de una semana al mismo afiliado sí lo atendieron gratuitamente en la clínica Kennedy ubicada junto al centro comercial Policentro.

Al respecto, Ramiro González, en el mismo reportaje, menciona que el convenio con estos centros privados empezó en el 2009. “Si es atención de

emergencia, ninguna clínica puede negarse a darla, según la ley. Si el paciente es enviado por referencia pero no hay camas donde recibirlo, se pueden negar, pero no pueden hacerlo solo por pertenecer al IESS”.

El problema de la sobrepoblación de pacientes en las clínicas sí es algo a considerar, pues según se reseña en la edición impresa de diario Expreso, del 15 de julio del 2012, en la clínica Santa María (al sur), por ejemplo, 1.100 (61%) de los 1.800 enfermos atendidos en el 2011 fueron afiliados y sus parientes. El porcentaje aumentó en los primeros seis meses de este año. De 1.900 emergencias, 1.500 (78,94%) fueron de afiliados y 400 (21,5%) de particulares.

Asimismo, continúa el diario, un porcentaje similar maneja la clínica Panamericana, que de las 280 internaciones que recibe mensualmente, 200 (71,4%) son asegurados del IESS. En el Instituto del Riñón, el porcentaje es de 69,5% y, en la clínica Guayaquil de 55,29%. Es decir, de los 387 pacientes mensuales, 214 son afiliados.

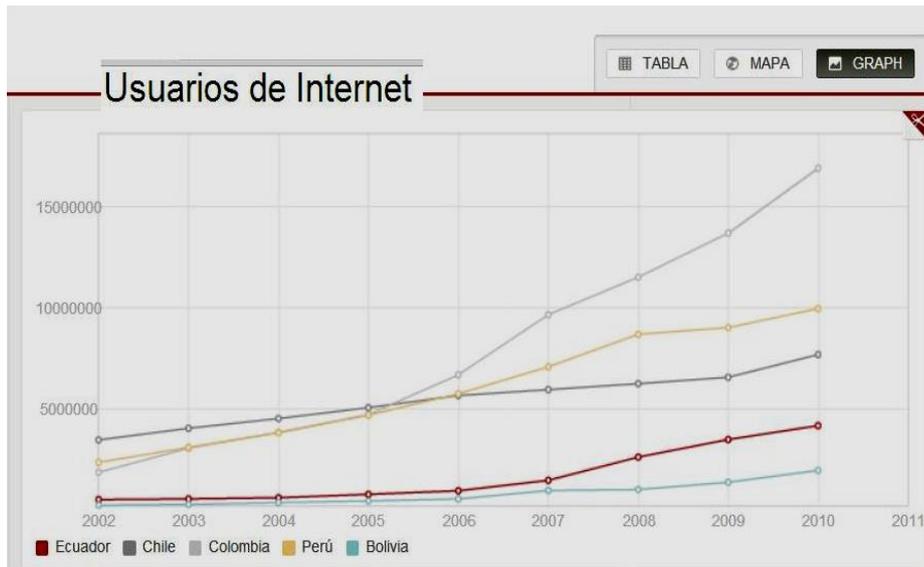
### **3.3.3. La comunicación institucional a través de las redes sociales**

#### **3.3.3.1. Acceso a la tecnología en Ecuador, la clave para mejoramiento de las funcionalidad en los servicios públicos**

El uso del internet **se incrementó en el Ecuador del 25,7% en el 2008 a 29% en el 2010**. Es decir creció 3.3 puntos.

Estos datos fueron proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) como resultado de una encuesta realizada a 21.768 hogares a escala nacional, en diciembre del 2010.

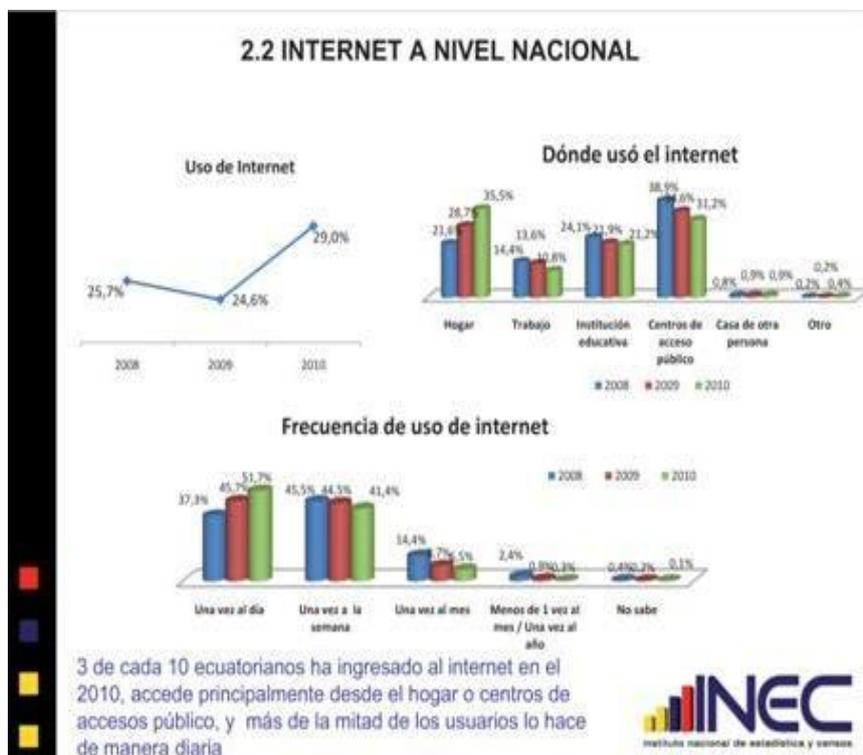
#### **Gráfico N° 21. Usuarios de Internet**



Fuente: Banco Mundial

En la región andina, Ecuador sigue siendo uno de los países con menor volumen de acceso a internet, no obstante, debido a que su población es a su vez menor que la de sus vecinos, más que la cifra neta de usuarios, lo interesante es la línea ascendente que tiene a partir del 2007.

Gráfico Nº 22. Internet a nivel nacional



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Entonces, según el Reporte Anual de Estadísticas sobre Tics realizado por el INEC y el Ministerio de Telecomunicaciones y Sociedad de la Información (MINTEL) a diciembre del 2010, 4 millones 150 mil personas se conectan en el Ecuador (29% del total de la población). En el 2009 se registró un leve declive, pero al año siguiente volvió a impulsarse y según proyecciones del mismo INEC y según el plan del Ministerio de Telecomunicaciones (Mintel), se prevé que para el 2017 un 75% de los hogares ecuatorianos tengan servicio de banda ancha.

El Plan que haría posible esto se denomina “La Estrategia Ecuador Digital 2.0” (EED), el cual está trabajando con instancias municipales y el Ministerio de Educación en la provisión de impresoras, pizarras digitales, computadoras, conexión de banda ancha a internet y varias herramientas tecnológicas en cinco mil escuelas y colegio del país a nivel nacional”, señaló Augusto Espín, Viceministro del MINTEL.

Las estrategias delineadas para el efecto son:

- Plan Nacional de Acceso Universal y Alistamiento Digital, la misma que consiste en delinear políticas de acceso a los beneficios sociales y productivos asociados a las TIC, mediante programas de capacitación en especial a sectores con difícil y escaso acceso.
- Plan de Gobierno Digital, cuyo objetivo es el de proveer mejores servicios en línea con una adecuada infraestructura y promoción de servicios digitales. En lo cual entraría los servicios digitales de salud.
- Plan Nacional de Banda Ancha, que hará que el acceso a internet sea para todos a nivel nacional, dando prioridad a las zonas rurales.

### **Gráfico N° 23. Equipamiento en el hogar a nivel nacional**

## 5.1- EQUIPAMIENTO EN EL HOGAR A NIVEL NACIONAL

	Línea telefónica			Celular			Computadora			Acceso a internet		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Azuay	57,7%	58,1%	62,2%	67,0%	70,8%	77,5%	34,6%	33,2%	37,0%	14,4%	13,6%	16,6%
Bolívar	17,5%	19,0%	21,0%	48,1%	56,7%	63,1%	7,9%	10,1%	11,6%	0,8%	1,2%	2,3%
Cañar	28,3%	28,7%	32,6%	63,2%	65,0%	72,0%	16,8%	14,5%	18,0%	3,9%	3,1%	3,8%
Carchi	34,4%	32,9%	38,9%	61,7%	66,5%	69,0%	16,3%	15,4%	21,8%	2,0%	3,0%	5,7%
Cotopaxi	26,3%	30,8%	30,3%	53,7%	56,7%	68,9%	15,1%	15,6%	18,0%	1,6%	2,0%	4,4%
Chimborazo	28,0%	28,4%	29,8%	47,0%	52,8%	62,0%	18,7%	17,6%	19,0%	1,9%	1,7%	5,6%
El Oro	26,3%	26,7%	27,1%	71,4%	76,5%	83,5%	18,7%	19,8%	26,6%	2,4%	4,5%	8,1%
Esmeraldas	23,5%	25,6%	30,2%	62,2%	67,5%	77,1%	12,6%	15,5%	17,4%	2,3%	3,9%	7,6%
Guayas	37,9%	35,6%	34,0%	74,4%	82,6%	84,6%	19,2%	22,5%	23,0%	6,4%	7,6%	8,6%
Imbabura	36,5%	37,3%	37,5%	65,4%	67,7%	72,9%	21,8%	24,3%	26,6%	4,2%	4,4%	7,8%
Loja	24,9%	21,9%	27,7%	59,0%	64,6%	73,9%	18,6%	19,0%	22,9%	3,6%	4,3%	7,2%
Los Ríos	15,3%	12,7%	15,1%	71,5%	75,2%	80,3%	9,5%	9,5%	12,7%	1,4%	0,9%	3,4%
Manabí	14,2%	17,7%	17,5%	64,1%	69,5%	79,1%	8,8%	12,6%	14,9%	1,3%	2,7%	3,1%
Pichincha	61,4%	66,3%	69,0%	81,3%	82,1%	85,8%	42,6%	46,7%	50,3%	17,1%	20,6%	30,8%
Tungurahua	39,4%	38,9%	40,7%	62,2%	66,9%	74,4%	22,8%	23,5%	27,9%	3,2%	6,6%	9,9%
Santo Domingo	-	30,1%	43,3%	-	77,4%	84,9%	-	12,6%	19,9%	-	1,8%	8,8%
Santa Elena	-	7,3%	12,9%	-	64,6%	82,2%	-	6,1%	11,5%	-	0,8%	2,7%
Amazonía	20,0%	23,7%	29,1%	64,9%	64,1%	78,6%	15,6%	17,4%	19,9%	2,1%	2,7%	5,7%



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

No obstante eso es por lo pronto un plan, aunque sus políticas parecen estar claras. Entonces, un dato clave a considerar es mostrado en el cuadro anterior, donde se muestra que en la circunscripción a la que atañe este trabajo, es decir Guayas, solo tienen una incidencia de 8,6% de internet dentro de los hogares.

Si bien esa cifra tiende a aumentar de acuerdo a la estrategia de mercadotecnia que construyen las empresas proveedoras de internet de banda ancha (Claro y CNT), también deja claro que en Guayaquil la gente se conecta a la red más por vía externa de su domicilio (cybers, trabajo, celular).

Y esto puede comprobarse mediante el cuadro que sigue a continuación.

**Gráfico N° 24. Tenencia de celulares y Uso de Internet**

**5.2 Tenencia de Celulares y Uso de Internet**

Tenencia de celular			
	2008	2009	2010
Azuay	38,8%	42,7%	47,4%
Bolívar	22,4%	24,9%	25,1%
Cañar	29,2%	31,2%	33,9%
Carchi	32,4%	36,0%	34,9%
Cotopaxi	27,0%	29,2%	30,0%
Chimborazo	24,9%	27,4%	28,6%
El Oro	39,7%	40,4%	44,6%
Esmeraldas	29,1%	31,0%	32,2%
Guayas	39,6%	46,9%	46,1%
Imbabura	34,9%	37,0%	40,8%
Loja	29,7%	36,1%	40,7%
Los Ríos	32,9%	34,5%	39,2%
Manabí	30,2%	32,7%	35,1%
Pichincha	51,6%	55,7%	57,4%
Tungurahua	34,5%	38,4%	41,3%
Santo Domingo	0,0%	0,0%	0,0%
Santa Elena	-	38,5%	43,4%
Amazonía	-	24,9%	33,6%
Total	21,4%	38,8%	23,9%

Uso de Internet			
	2008	2009	2010
Azuay	36,0%	31,6%	37,5%
Bolívar	13,0%	19,0%	19,0%
Cañar	21,3%	17,4%	21,2%
Carchi	18,3%	19,7%	22,9%
Cotopaxi	17,9%	16,7%	19,6%
Chimborazo	21,9%	21,5%	23,5%
El Oro	22,8%	22,7%	30,3%
Esmeraldas	14,2%	16,6%	18,5%
Guayas	26,5%	28,9%	29,7%
Imbabura	23,8%	24,0%	29,1%
Loja	24,3%	23,1%	25,3%
Los Ríos	13,0%	11,5%	17,2%
Manabí	12,3%	13,1%	18,1%
Pichincha	41,6%	42,8%	46,9%
Tungurahua	25,9%	27,1%	29,2%
Santo Domingo	-	15,1%	25,5%
Santa Elena	-	9,9%	15,6%
Amazonía	16,9%	15,6%	20,3%
Total	25,7%	24,6%	29,0%



**Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos**

Así, en el cuadro superior que muestra la incidencia de teléfonos móviles con internet, Guayas ya se acerca al promedio de acceso a la red que según las estadísticas del Banco Mundial, tiene Ecuador. La provincia llega al 29,7%. Porcentaje que significa que dentro de sus móviles, casi la tercera parte posee algún plan de datos de internet.

Esto no es un dato menor. La mayoría de las webs del país aun no están habilitadas para ser páginas móviles. Por tanto, cualquier información que se requiera no será tan cómoda de buscar por parte de los usuarios.

Gráfico N° 25. Razones de Uso de Internet

### 5.5 RAZONES DE USO DEL INTERNET

	Obtener información			Educación y aprendizaje			Comunicación en general			Por razones de trabajo			Otros		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Azuay	43,7%	42,4%	46,2%	38,5%	36,4%	33,5%	12,2%	13,5%	13,9%	3,1%	5,6%	3,9%	2,5%	2,1%	2,2%
Bolívar	21,5%	38,7%	8,7%	56,9%	46,1%	70,0%	13,5%	10,6%	13,1%	4,0%	2,1%	3,5%	3,7%	1,7%	3,8%
Cañar	16,3%	20,5%	29,7%	58,5%	53,7%	44,7%	18,2%	18,3%	15,0%	3,6%	4,1%	6,0%	1,9%	2,4%	3,9%
Carchi	31,0%	15,7%	21,2%	49,5%	70,2%	59,6%	8,6%	6,2%	10,7%	5,5%	2,9%	5,0%	4,0%	4,4%	1,6%
Cotopaxi	16,8%	37,0%	17,0%	55,5%	40,6%	57,1%	20,3%	16,5%	16,7%	3,3%	4,2%	5,9%	2,8%	1,2%	2,6%
Chimborazo	15,0%	34,3%	13,3%	51,9%	43,1%	65,3%	21,7%	16,8%	12,5%	5,3%	2,3%	4,7%	5,1%	2,9%	3,3%
El Oro	18,9%	31,4%	25,8%	35,1%	33,1%	39,6%	34,8%	24,3%	25,8%	4,4%	4,8%	3,4%	5,0%	5,7%	4,8%
Esmeraldas	22,3%	21,3%	16,5%	42,0%	52,3%	55,5%	28,3%	13,9%	18,0%	3,3%	9,2%	4,8%	3,1%	2,8%	3,9%
Guayas	26,8%	26,9%	17,0%	29,0%	31,0%	38,4%	32,9%	30,3%	32,6%	5,8%	7,0%	4,8%	4,2%	4,1%	5,2%
Imbabura	16,2%	24,2%	25,2%	50,1%	54,6%	49,9%	24,0%	10,7%	13,2%	3,9%	5,7%	4,4%	5,1%	3,5%	4,8%
Loja	15,9%	23,1%	26,1%	52,2%	49,9%	43,0%	24,5%	15,0%	21,1%	5,1%	7,2%	5,9%	2,1%	4,4%	3,0%
Los Ríos	33,0%	13,5%	14,1%	37,4%	42,8%	40,7%	19,9%	33,8%	32,6%	3,2%	4,8%	4,7%	5,3%	3,6%	6,4%
Manabí	47,1%	41,9%	21,9%	29,0%	36,8%	45,1%	14,7%	13,7%	22,3%	2,6%	2,7%	5,5%	4,0%	4,0%	3,1%
Pichincha	14,9%	32,5%	40,0%	45,3%	36,5%	30,8%	21,5%	11,8%	18,6%	12,3%	13,6%	6,7%	4,7%	4,6%	2,8%
Tungurahua	19,5%	26,8%	21,5%	48,5%	41,6%	51,2%	15,5%	23,5%	16,9%	10,9%	4,7%	6,8%	5,1%	2,0%	2,8%
Santo Domingo	0,0%	19,6%	23,9%	0,0%	59,2%	46,0%	0,0%	12,1%	22,1%	0,0%	5,6%	4,8%	0,0%	3,0%	2,8%
Santa Elena	0,0%	34,9%	17,4%	0,0%	40,5%	46,0%	0,0%	21,6%	29,0%	0,0%	0,7%	2,2%	0,0%	2,4%	3,9%
Amazonía	28,5%	22,5%	25,5%	45,8%	54,8%	48,2%	19,3%	15,6%	18,4%	3,5%	4,0%	3,3%	2,2%	3,0%	3,1%
Total	23,4%	30,0%	27,2%	40,1%	38,7%	40,0%	23,9%	18,9%	22,4%	7,3%	7,8%	5,3%	4,1%	3,8%	3,7%



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

El uso de Tics para acceder a información sobre salud y bienestar se ha convertido en una constante de muchos ciudadanos, pacientes y profesionales de la salud del mundo. Esto a su vez supone cambios que requieren del aprendizaje de nuevas habilidades, las misas que se ven condicionadas por factores sociales, culturales y psicológicos.

En Guayaquil notamos que el porcentaje de búsqueda de información (17%) es diez puntos porcentuales menores al total país. Dato en el que podríamos elucubrar distintos factores socioculturales. Podría argumentarse que la ciudad porteña tiene tendencia a ser menos académica. Sin embargo, esto se desdice

en el siguiente número, que indica que casi un 40% utiliza el internet para aprendizaje o enseñanza. Y a su vez, un sólido 32% acude a internet para comunicarse. Dicho esto, cabe la pregunta si las redes sociales y la página web es la mejor opción para una ciudad que prefiere buscar la información desde el lugar de los hechos (es decir de manera física o telefónica). Se relaciona a la búsqueda por internet como un proceso lento y poco amistoso. La búsqueda en Google, si bien es el mejor algoritmo de búsqueda de información masivo, no siempre lleva hacia la dirección adecuada y menos en casos como el IESS, donde la información es grande en volumen (y como ya se indicó, el diseño y la organización de los textos no es la adecuada, para ser filtrada y hallada rápidamente).

La acción indicada es buscar un diseño amigable a la búsqueda de información, porque el proceso de masificación del internet y la informatización de la respuesta a consultas no se va a detener. Otro factor interesante es que en sí el habitante de Guayas es bastante comunicativo. Esto favorece el traspaso de información offline, es decir luego de estar conectado, sigue hablando sobre lo que se enteró en las redes.

Gráfico N° 26. Frecuencia de Uso de Internet

## 5.6 FRECUENCIA DE USO DEL INTERNET

	Al menos 1 vez al día			Al menos 1 vez a la semana			Al menos 1 vez al mes			Menos de 1 vez al mes		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Azuay	25,5%	35,7%	45,0%	58,1%	52,0%	46,0%	13,8%	11,3%	8,4%	2,4%	0,7%	0,7%
Bolívar	27,1%	21,9%	28,8%	52,7%	64,7%	65,0%	17,7%	11,1%	6,1%	2,3%	1,7%	0,2%
Cañar	33,2%	32,7%	33,3%	49,0%	56,2%	54,7%	15,1%	10,7%	11,9%	2,4%	0,4%	0,1%
Carchi	38,6%	48,0%	37,1%	45,9%	40,3%	55,1%	13,0%	8,9%	7,4%	1,9%	1,5%	0,2%
Cotopaxi	27,7%	31,5%	37,7%	58,6%	58,0%	58,1%	13,1%	9,3%	3,7%	0,4%	1,1%	0,4%
Chimborazo	29,5%	37,9%	44,3%	57,1%	53,5%	51,3%	13,1%	8,4%	4,0%	0,2%	0,0%	0,4%
El Oro	32,3%	48,8%	50,4%	48,5%	42,0%	40,8%	16,6%	8,1%	8,4%	2,3%	0,7%	0,4%
Esmeraldas	37,9%	31,4%	48,5%	46,8%	57,9%	44,6%	13,4%	8,2%	6,1%	1,8%	2,5%	0,3%
Guayas	38,9%	43,9%	52,2%	40,1%	46,0%	40,0%	17,5%	8,9%	7,5%	3,2%	0,8%	0,3%
Imbabura	33,1%	41,8%	50,4%	48,2%	48,3%	43,3%	16,1%	8,2%	6,0%	2,0%	0,7%	0,1%
Loja	29,1%	37,7%	40,9%	56,1%	50,8%	51,3%	12,4%	10,6%	7,1%	2,1%	0,9%	0,6%
Los Ríos	20,0%	37,8%	40,7%	57,8%	50,4%	51,4%	18,2%	10,5%	7,9%	1,6%	1,2%	0,0%
Manabí	25,6%	52,1%	43,4%	57,8%	42,0%	47,3%	13,5%	5,2%	8,8%	1,9%	0,7%	0,4%
Pichincha	47,4%	58,1%	65,6%	39,5%	33,9%	29,9%	10,8%	6,7%	4,3%	2,1%	1,1%	0,1%
Tungurahua	26,2%	35,8%	41,6%	52,2%	53,8%	52,6%	17,5%	9,9%	5,3%	3,2%	0,3%	0,5%
Santo Domingo		36,6%	42,1%		53,2%	50,6%		10,1%	7,0%		0,2%	0,4%
Santa Elena		38,2%	36,7%		53,9%	56,8%		7,7%	6,1%		0,2%	0,4%
Amazonia	28,8%	30,9%	35,5%	48,4%	48,7%	56,3%	19,0%	18,7%	7,7%	3,1%	1,6%	0,1%
Total	37,3%	45,7%	51,7%	45,5%	44,5%	41,4%	14,4%	8,7%	6,5%	2,4%	0,9%	0,3%



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

La frecuencia de los internautas es significativa para tener una idea de cómo puede amplificarse la difusión de un tema. El hecho de que alguien se conecte al menos una vez al día, implica que tiene a la conexión online como una prioridad de su vida, y cuanto haga en la virtualidad tendrá una repercusión mayor o menor. En Guayas, aproximadamente la mitad de los que se conectan, lo hacen por lo menos una vez diaria. Y otro 40%, una vez a la semana. La duración de cada tiempo en el mundo virtual no ha sido medida.

Recapitulando esta realidad informática del país, según los datos de la encuesta realizada por el INEC, en el sector urbano el uso de Internet creció del 34%, en el 2008 al 37,7%, en el 2010; mientras que en el sector rural pasó del 9% al 12%.

De acuerdo a la encuesta, tres de cada 10 ecuatorianos que ha ingresado al Internet en el 2010, accede principalmente desde el hogar o centros de accesos público, y más de la mitad de los usuarios lo hace a diario.

De los encuestados que utilizan Internet, el 35,5% lo hace desde su hogar, siendo la opción que más ha crecido, pues en el 2008 solo el 21,6% de los ecuatorianos se conectaban en su hogar. En tanto, el acceso a través de sitios públicos disminuyó 7,7 puntos, al caer de 38,9% en 2008 a 31,2% en 2010.

Según el estudio, para el 40% de los encuestados, la razón más importante para utilizar el Internet es la educación y el aprendizaje. Mientras, que el 27,2% lo hace para obtener información y el 22,4%, para comunicarse.

El acceso a Internet y a telefonía celular se incrementó tanto en los hogares de bajos ingresos como en los de ingresos altos. De acuerdo a la encuesta, a mayor ingreso en el hogar mayor acceso a las nuevas tecnologías. En el 2010, el 20,3% de personas de bajos recursos accedieron a un teléfono móvil activado frente a 70,2% de la población más rica.

En los sectores populares el acceso al Internet es del 13.2% y lo hacen desde instituciones educativas. Mientras que en los sectores más pudientes el acceso alcanza el 53.8% y el acceso es desde los hogares.

La encuesta también revela que, aproximadamente 8 de cada 10 empleados del sector público cuenta con un celular (85,9%, año 2010), versus 6 de cada 10 empleados privados (66,0% año 2010).

Los empleados del Estado también llevan la delantera a los empleados privados en el uso del Internet: así, mientras el 72,7% de trabajadores del sector público accede a esta nueva TIC, sólo el 35,8% de empleados privados utiliza Internet.

#### **Acceso por quintiles de ingreso:**

Para este cuadro, el INEC utilizó la división de los ingresos por quintiles. Mediante este método se puede definir "una línea de pobreza" que representa el ingreso necesario para que un individuo, o una familia o un hogar, alcance un nivel aceptable de nutrición y logre satisfacer otras necesidades básicas, las que

pueden variar según la cultura de cada país o región (World Bank, 1992). En este caso servirá para tener una idea de cuál es la conectividad de cada porción socioeconómica de la población y desde donde se conecta.

**Gráfico N° 27. Lugares de acceso**

**Quintil 1: Más Pobres**

**Quintil 5: Más ricos**

## 6.2 LUGAR DE ACCESO

	Hogar			Trabajo			Institución educativa		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Quintil 1	1,1%	8,3%	7,0%	4,0%	1,9%	1,4%	48,3%	42,5%	41,1%
Quintil 2	4,0%	8,7%	9,6%	3,9%	4,6%	4,2%	44,7%	36,0%	37,3%
Quintil 3	8,1%	11,6%	17,2%	7,1%	8,1%	6,0%	30,2%	31,0%	30,0%
Quintil 4	14,3%	22,8%	31,1%	14,6%	12,9%	11,1%	25,2%	23,8%	21,4%
Quintil 5	37,5%	44,9%	59,2%	21,0%	20,8%	17,0%	13,1%	10,7%	8,1%

	Centros de acceso público			Casa de otra persona (pariente, amigo,..)			Otro, cual		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Quintil 1	45,7%	45,7%	49,7%	0,8%	0,6%	0,3%	0,1%	0,6%	0,6%
Quintil 2	46,7%	49,8%	46,7%	0,7%	0,7%	1,7%	0,0%	0,0%	0,5%
Quintil 3	53,6%	47,6%	44,8%	0,9%	1,3%	1,4%	0,1%	0,4%	0,5%
Quintil 4	44,8%	39,1%	34,9%	0,6%	1,1%	1,0%	0,6%	0,1%	0,5%
Quintil 5	27,5%	22,7%	14,8%	0,8%	0,6%	0,6%	0,1%	0,2%	0,3%



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Como era de suponer, los quintiles que registran mayores ingresos económicos, son quienes tienen oportunidad de conectarse con más frecuencia.

Se espera que el plan de conectividad nacional que emprende el Mintel, dé resultados según lo previsto para el 2017.

**Gráfico N° 28. Frecuencia de uso de Internet**

### 6.3 FRECUENCIA DE USO DE INTERNET

	Al menos 1 vez al día			Al menos 1 vez a la semana			Al menos 1 vez al mes		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Quintil 1	18,3%	24,8%	27,1%	58,6%	61,1%	60,6%	20,3%	13,2%	11,8%
Quintil 2	20,2%	31,7%	31,3%	53,6%	55,2%	58,9%	20,3%	11,5%	9,3%
Quintil 3	26,8%	33,5%	39,9%	51,3%	53,9%	51,3%	19,1%	11,6%	8,3%
Quintil 4	31,9%	41,8%	48,5%	50,1%	47,2%	44,8%	15,3%	9,6%	6,2%
Quintil 5	50,9%	58,2%	70,0%	37,0%	35,0%	25,9%	10,1%	5,7%	3,9%

	Menos de 1 vez al mes			No sabe		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Quintil 1	2,4%	0,7%	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%
Quintil 2	4,7%	1,3%	0,4%	1,2%	0,3%	0,1%
Quintil 3	2,6%	1,0%	0,3%	0,2%	0,1%	0,2%
Quintil 4	2,2%	1,0%	0,4%	0,5%	0,3%	0,0%
Quintil 5	1,8%	0,8%	0,1%	0,2%	0,2%	0,0%

Finalmente vale la pena observar el comportamiento de los habitantes, respecto a la frecuencia de conectividad, de acuerdo a las edades.

**Gráfico N° 29. Frecuencia de uso de internet**



**Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos**

El cuadro arroja datos en cierto modo inesperados, la edad no es obstáculo para conectarse con frecuencia, es decir; en caso de tener la posibilidad de acceder a internet, ya sea un joven o un anciano, lo hará al menos una vez al día. El factor clave sigue siendo entonces la accesibilidad de la población. Por cuestiones económicas, el quintil 5, que corresponde a los habitantes con mejor posición socioeconómica, son los más activos en la conectividad. Además este sector es el que tiene mayor acceso a internet dentro de sus hogares. Habría

que sacar estadísticas de cuál es la frecuencia de asistencia al Seguro Social que tienen los quintiles, considerando el uso de internet que tiene cada uno de ellos (los quintiles). Lamentablemente, el IESS no posee un registro de personas que acuden a atenderse, según su estrato socioeconómico.

### **3.3.3.2. Herramientas virtuales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social aplicadas a los servicios de salud**

Como parte del plan anual de mejoramiento continuo de los servicios informáticos, que comprende un centro de datos que se sincroniza con la nueva infraestructura sistemática, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), realiza cambios periódicos a su página web ([www.iess.gob.ec](http://www.iess.gob.ec)).

Se puede citar entre los servicios generales, a modo de ejemplo, el "simulador de jubilación", que permite a todas y todos los afiliados al Seguro General Obligatorio y Seguro Voluntario obtener una proyección aproximada de la renta o pensión mensual que podría recibir al momento de su jubilación.

Este sistema permite un acceso rápido a la historia laboral del asegurado, esto es importante para mantener una supervisión permanente de sus aportes.

Dentro de esas innovaciones, se suma la perspectiva de una creciente afiliación de aportantes, cuyos patronos han empezado a afiliarse luego de que el mandato popular de mayo de 2011 indicase la necesidad de penalizar la no afiliación de los trabajadores de las empresas en Ecuador. Esto supuso una mayor cantidad de personas habilitadas para recibir atención social y de salud, y un reto en términos informáticos para alcanzar a cubrir la atención que cada uno de ellos merece.

Es entonces que una de las principales quejas es que el sistema programa citas con los médicos de un modo que a veces resulta incomprensible. Ese proceso coyuntural de adaptarse por parte de la entidad a un nuevo flujo de usuarios, conlleva rediseños de la página web y los servicios que esta pueda facilitar y por supuesto la apertura de un Centro de Atención Universal.

El miércoles 8 de junio del 2011 se llevó a cabo la apertura del mencionado Centro de Atención Universal en la edificación de la denominada Caja del Seguro (Dirección Provincial del Guayas), ubicada en el centro de la ciudad. La remodelada área de 1.700 metros cuadrados queda en la planta baja del edificio. La obra civil y la compra del nuevo sistema informático tuvieron un costo de 560 mil dólares.

Esto fue necesario ya que según un estudio pedido por su director Agustín Ortiz, la satisfacción en la atención apenas rondó el 7,4%. Siendo este un porcentaje inaceptable.

Pero la atención que puedan brindar los funcionarios reside mucho en la información previa que lleven los usuarios y en la navegabilidad que tengas los sistemas de registros y en sí la página web de la entidad, que es el enlace para digitalizar todos los datos de la historia laboral y clínica de cada afiliado.

### **3.3.3.3. Capacitación sobre el manejo de la página web para empleadores**

Como parte de la gestión de hospitales y servicios de salud, el IESS ha generado cursos de capacitación para empleadores, de tal modo que estos puedan a su vez transmitir los conocimientos a sus empleados, o por lo menos estar al tanto de lo que es legal en cuestiones laborales y de qué modo eso repercute en el registro que cada afiliado debe tener en el Seguro Social.

Así, el empleador puede solicitar un turno para asistir a los cursos sobre el manejo de página Web. Historia Laboral.

Dicho cupo se lo puede solicitar vía telefónica o personalmente. El curso tendrá una duración de 3 a 4 horas aproximadamente.

### **3.3.3.4. Call Center del IESS**

Mediante un concurso de Subasta Inversa Electrónica a través del Portal de Compras Públicas, el IESS adjudicó a la empresa RECAPT S.A. los servicios de gestión de citas médicas a través de un Contact Center, después de los resultados obtenidos en dicho proceso donde participaron 6 empresas. El contrato tiene una duración de dos años. El contrato con RECAPT S.A es por 19 millones de dólares.

Así, a inicios del 2012, el IESS firmó un contrato con la empresa RECAPT S.A. en lugar de la empresa Cronix.

Anteriormente, en agosto del 2009, el IESS contrató a la empresa Cronix Cía. Ltda. para que proporcione el servicio de call center, por USD 8 500 000. El contrato va hasta agosto del 2011. La adjudicación se realizó a través del procedimiento de subasta inversa, realizado por el Instituto Nacional de Compras Públicas (Incop).

Según Aníbal Carrera, gerente de Cronix Cía. Ltda. cuando se inició el contrato con el IESS, existían alrededor de 275 000 historias clínicas,

pertenecientes a igual número de afiliados. Pero hasta finales del 2010, esa cifra se elevó a 1 000 000. Ese incremento, dice, se debe a la facilidad que hoy tienen los pacientes para acceder a los servicios médicos que provee la entidad, principalmente gracias al call center.

El IESS realizó en el 2010 un estudio técnico sobre la gestión del call center.

En este se enumera varios supuestos errores cometidos por Cronix Cía. Ltda. en la prestación del servicio de call center. Entre ellos, señala el aumento del monto de las facturas del servicio por la contratación de nuevo personal para atender el incremento de llamadas, la falta de informes de gestión diarios, la realización de encuestas de calificación del servicio por parte de los usuarios o la falta de mecanismos para establecer abusos en la utilización del call center por parte de los afiliados.

En contraparte, Cronix señaló que también señala que sí hubo mecanismos para detectar abusos de parte de los afiliados. Tanto es así que se encontró, por ejemplo, que hay personas que obtienen hasta 23 citas médicas por mes.

Según Cronix Cía. Ltda., en 2010 se realizaron 14`806.939 llamadas, mientras que para el 2011 se proyectó una cifra de 22`610.796 llamadas.

Ahora con el nuevo contrato con Recapt se paga por cita agendada y no por llamada recibida, lo que incentiva a la nueva empresa ser más eficaz, y permite aprovechar la capacidad instalada del IESS.

Además se implementa un servicio personalizado a través de correo electrónico y mensajes SMS. Es decir, no solo por teléfono se podrá coger la cita sino también por mensaje de texto, por celular o por internet.

Esto debiera regular y organizar de mejor manera el acceso al sistema de salud del IESS.

Este nuevo Centro de Gestión de Citas Médicas (Contact Center) pretende controlar los niveles de ausentismo a los turnos reservados por parte de los asegurados y beneficiarios, que actualmente bordean el 20%. Para lo cual se implementó el servicio de confirmación de citas médicas de manera personalizada y a través de mensajes de texto SMS o correo electrónico.

De igual manera, y con el fin de mejorar el acceso de nuestros asegurados y beneficiarios a la atención de salud del IESS, a través de este Centro se implementan alertas de control en cuanto al SOBREUSO del sistema de salud, bajo el principio solidario de que el derecho de un asegurado termina cuando

empieza el derecho del otro, y con la intención de organizar de manera eficaz y eficiente la atención médica.

Según los parámetros internacionales, se sugiere a los usuarios que lo normal es acceder a máximo 3 citas al año para control y prevención. En casos de usuarios con condiciones crónico-degenerativas, como la diabetes, se sugiere programar sus citas al año (6 citas son suficientes) con su médico general o familiar IESS de cabecera, para los controles respectivos.

Este Centro brinda atención preferencial a jubilados y pensionistas, en virtud de lo que establece la Constitución de la República y los principios fundamentales del IESS.

### **3.3.3.5. Números clave: 1800 100 000 y el 140**

Los números telefónicos para solicitar turnos médicos siguen siendo: el 1800 100 000 y el 140 para agendar citas médicas, y el 161 para el servicio de atención médica telefónica.

Para una mejor atención, de acuerdo al portal del IESS, se organiza las llamadas de la siguiente manera:

- Lunes, miércoles y viernes: a las personas cuyo número de cédula terminan en número PAR (2, 4, 6, 8 y 0).
- Martes, jueves y sábado: a quienes su cédula termina en IMPAR. (1, 3, 5, 7 y 9)
- Los domingos: pueden llamar TODOS los números: par, impar y cero (0).

27 al 30 de abril restructuración servicios informáticos

Asimismo recomiendan que si hay una molestia en la salud, no se acuda a los hospitales de especialidad (tercer nivel), es decir, al Andrade Marín de Quito, Teodoro Maldonado de Guayaquil o al José Carrasco de Cuenca. Damián Gallegos, subsecretario del Seguro General de Salud Individual y Familiar, insiste una y otra vez que deben acudir a los centros de atención ambulatoria (primer nivel). Estos deben estar cerca de su domicilio o su lugar de trabajo.

De esta manera se busca descongestionar a los hospitales más grandes, que se enfocan en atender pacientes que requieren de especialistas. Si no se trata de una emergencia debe llamar al 1800 100 000 o al 141 para solicitar una cita médica. Esta debe darse dentro de los cinco días siguientes de su solicitud.

El operador le dará la cita de acuerdo con la disponibilidad de la agenda de los médicos.

Cuando un afiliado llama por primera vez, siempre le darán una cita con un médico general o familiar. Y si la dolencia requiere de un especialista (ginecólogo, endocrinólogo, neurólogo, etc.), el afiliado o jubilado debe exigirle al médico que le dé una interconsulta con un doctor de especialidad.

Cuando no es la primera vez que recibe atención médica del IESS puede llamar al 161 para que un médico le evalúe y lo refiera, según su gravedad a emergencias o a un especialista. Si después de llamar por varias veces al 'call center' no logra tener una cita con un médico del IESS puede pedir que le transfieran a una clínica u hospital privado, con los que la entidad tiene convenios.

Si es que el usuario no logra acudir a la cita pactada con el operador debe llamar para cancelar con anticipación.

Esto, en teoría, debiera permitir que los operadores del 'call center' den esta cita a otros afiliados o jubilados que están en lista de espera.

Así, una grabación en el sistema le solicitará que el asegurado ingrese su número de cédula para comprobar que la llamada se efectuó en el día correcto. Caso contrario, el sistema le indica el día que le corresponde llamar.

Otra parte del proceso implica la existencia de una unidad de soporte. Esta operará desde el Call Center y coordinará y apoyará el registro de los movimientos de agendas que puedan suscitarse de acuerdo al procedimiento interno establecido para coordinar citas con médicos particulares.

En el call center se receptan las llamadas de los afiliados solicitando una cita médica, en caso de que no haya disponibilidad en una Unidad Médica del IESS se le indicarán las opciones disponibles por territorio para ser atendidos con el apoyo de los prestadores externos que incluye los consultorios de profesionales médicos en libre ejercicio calificados/acreditados. El asegurado seleccionará el prestador o el consultorio y profesional que más le convenga de acuerdo al sistema de libre elección regulada por territorio en primer nivel (facilidad de acceso, calidad de servicio, etc.)

Otro detalle fundamental para la correcta sincronización y evaluación del sistema es que al finalizar cada día el profesional de libre ejercicio recibirá vía

correo electrónico, para la atención del siguiente día, el listado de pacientes y horarios de atención que han sido previamente registrados por el Call Center.

Una vez atendido el asegurado, según recoge el diario El Universo del 23 de abril del 2012, el médico deberá llenar el epicrisis del paciente que incluirá la firma del profesional y la del asegurado. Estos documentos se adjuntarán a la factura mensual de servicios para proceder con el respectivo pago del mismo según contrato.

Después de atender al paciente, como parte del procedimiento de la actualización de la historia clínica del asegurado en el sistema informático del IESS, el profesional de libre ejercicio deberá enviar vía correo electrónico la epicrisis a la unidad de soporte del Call Center.

El profesional de libre ejercicio será asignado a un Centro de Atención Ambulatoria (CAA) en función de la red territorializada a fin de que, en caso de que el asegurado requiera exámenes médicos o medicamentos, el médico elabore las órdenes o recetas que correspondan y direccionen al afiliado a la CAA correspondiente para que puedan atenderlo.

Adicionalmente en las siguientes 24 horas posteriores a la atención médica recibida, el call center tiene la potestad de realizar una encuesta al asegurado para conocer y cuantificar la calidad, así como el aspecto humano del del servicio que recibió. No obstante, dichas encuestas aún se encuentran en proceso de divulgación y se tabula a diario, lo que dificulta su acceso.

### **3.3.3.6. Sectorización de los servicios a los afiliados**

Se llama sectorización al señalamiento del área de influencia de la respectiva Unidad Médica del IESS de cada afiliado que quiera recibir un servicio médico.

Para esto debe realizar su adscripción al sistema informático.

A la Adscripción se denomina la designación de la unidad médica a la que deben acudir los asegurados y beneficiarios con derecho para acceder a los servicios de salud del Seguro General de Salud Individual y Familiar.

De acuerdo al portal del IESS, el proceso para adscribirse es el siguiente:

- Los afiliados bajo relación de dependencia y voluntarios, de acuerdo a su domicilio, residencia o lugar de trabajo.

- Afiliados (as) que trabajan en empresas o entidades que tienen dispensarios anexos.
- Para los asegurados y beneficiarios, jubilados, pensionistas, o afiliados sin relación de dependencia (profesionales, chóferes, etc.), de conformidad con su domicilio.

Algo que se recalca en este tema, es que para cambiarse de unidad de adscripción, el asegurado debe informar que ha cambiado de empresa o de empleador, o de domicilio, según sea el caso. La unidad original le extenderá una comunicación que deberá ser entregada por el asegurado en la nueva unidad médica donde recibirá atención de salud.

Los casos de emergencia, que son cuando la vida del paciente está en peligro, no están sujetos a esta limitación, por lo que los asegurados deben ser atendidos en la unidad médica más cercana, sea del IESS, centros médicos públicos, o clínicas u hospitales privados.

El afiliado no debe acudir a un centro privado sin haber sido designado previamente por una unidad médica del IESS.

Solo si es una emergencia el usuario del Seguro General puede acudir sin una orden previa a una clínica u hospital privado, que mantenga convenios con el Seguro Social.

El afiliado puede obtener una cita médica o será trasladado a un centro privado si es que las unidades del IESS no se abastecen.

Cuando llama al 1800 100 000 y pide una cita en la unidad más cercana y no hay turnos puede pedir que le den una cita en una clínica u hospital privado.

De acuerdo a reportaje de diario El Universo, con fecha del 23 de abril del 2012, Con el objetivo de descongestionar los servicios de salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y de hacer más eficientes las horas disponibles de los doctores que atienden en sus hospitales y dispensarios, la institución implementó desde fines del año pasado un mecanismo para canjear los certificados de reposo emitidos por los médicos particulares.

Esto significa que si un afiliado presenta alguna enfermedad o tiene algún accidente, ya no es necesario que pida una cita con un doctor del IESS para que verifique su estado y, a su vez, le valide el permiso que por más de tres días le

haya concedido un especialista particular. Solo deberá acudir con ese certificado a la unidad del IESS más cercana a su vivienda para que un médico autorizado lo canjee por uno del IESS y así la institución le pueda pagar el 75% del sueldo correspondiente a los días del descanso.

El director del Hospital del Día Efrén Jurado López, Andrés Bucaram, explica que así se evita que los afiliados esperen días, incluso semanas, para ir a la cita programada por el call center, puesto que cuando los médicos revisen durante menos de cuatro horas a unos 16 pacientes que ya fueron atendidos por doctores particulares, en ese mismo tiempo canjean unos 50 certificados, como promedio.

Pero para que los documentos sean canjeados sin ningún inconveniente deben cumplir con las especificaciones estipuladas en el instructivo para la emisión de certificados médicos en las unidades médicas del IESS, dispensarios anexos y revalidación de certificados otorgados por médicos particulares, vigente desde enero del 2001.

Es decir que deben ser presentados en una hoja membretada de la clínica, hospital o consultorio privado. Aunque el personal de la oficina de calificación de derecho del dispensario N° 6 del IESS, ubicado en la Bahía, señala que de preferencia debe estar impreso en computadora para la fácil lectura.

Una vez calificado/acreditado el consultorio y el profesional de libre ejercicio, se establecerá de mutuo acuerdo el horario de trabajo dentro del cual el profesional atenderá las citas médicas agendadas por la Institución a través del Call Center. Algo importante a señalar, reseña la nota del diario, es que el número de citas que pondrá el profesional a disponibilidad del IESS no podrá ser menor de 8 citas médicas por día y deberán ser atendidas dentro del horario normal de atención del Instituto esto es, de lunes a viernes de 8h00 a 19h00.

### **3.3.3.7. Funcionabilidad de la Página Web del IESS**

El contacto primario con el afiliado dentro del avance informático del Seguro Social es el portal web del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social ([www.iess.gob.ec](http://www.iess.gob.ec)).

Este portal ha venido siendo rediseñado con el tiempo, hasta al actual que se presenta de forma atractiva y en general con las pestañas para su navegación bien ordenadas.

Puesto que el IESS no solamente atiende temas relacionados a la salud, sino patrono-laborales, así como temas relacionados con los créditos hipotecarios, quirografarios, fondos de reserva, entre otros, el espacio que se le brinda a los servicios de salud no ocupan un espacio principal. Por el contrario, los distintos temas que atañen al IESS son presentados de forma ordenada, pero tienen a perderse entre la enorme cantidad de información que esta web maneja.

No solo eso, sino que debido a la cantidad de consultas diarias que recibe de parte de usuarios, periódicamente colapsa, dando la sensación de que es mejor buscar info en dicho portal, en horas de la noche, desde la casa. A continuación la página de inicio que encuentra un usuario del IESS:

Gráfico N° 30. Página de internet del IESS



Fuente: [www.iesg.gob.ec](http://www.iesg.gob.ec)

**Gráfico N° 31. Página de internet del IESS, Seguro de Salud**



**Fuente: www.iess.gob.ec**

En esta página se promociona especialmente los números a los cuales llamar en caso de requerir cita. Hay un mensaje que a veces se abre intempestivamente, que invita a consultar la historia médica con una microventana que aparece, en lo que se llama la técnica de marketing de irrupción.

Si uno quiere consultar la historia médica, la ventana es intuitiva para determinar, aun sin previo conocimiento, que hay que hacer clic donde dice “AQUÍ”:

## Gráfico Nº 32. Página web del Hospital Carlos Andrade Marín



Fuente: [www.hcam.gob.ec](http://www.hcam.gob.ec)

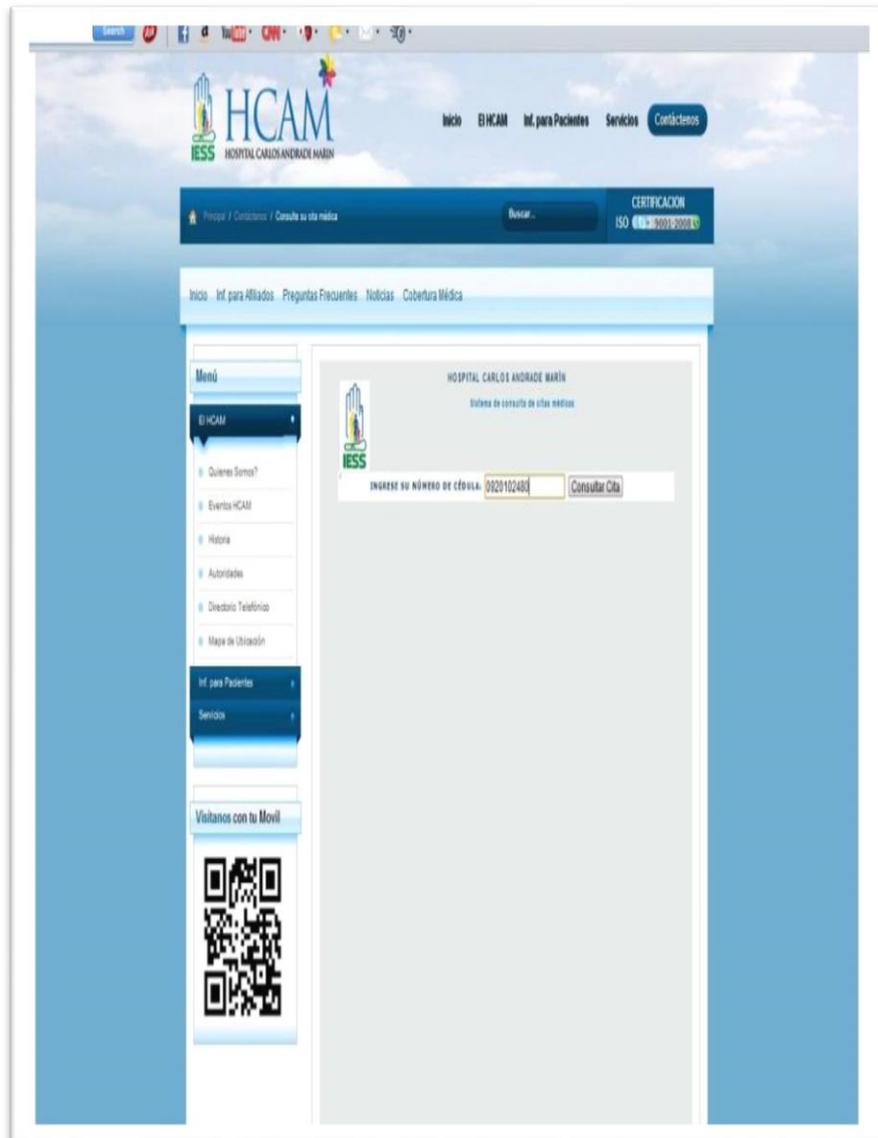
A continuación se carga la página donde uno coloca su número de cédula y donde, en teoría, debiesen aparecer los datos médicos que comprenden el historial de cada paciente, en línea. Se reporta que a veces la página, sobrecargada de usuarios, no abre su contenido tan fácilmente. Algo que para los que usan los cybers para consultar, dificulta mucho su acceso a la información y consiguiente incumplimiento de la Constitución.

## Gráfico N ° 33. Página web del Hospital Teodoro Maldonado



Fuente: [www.iess.gob.ec](http://www.iess.gob.ec)

**Gráfico N° 33. Página web del Hospital Carlos Andrade Marín**



**Fuente: [www.iess.gob.ec](http://www.iess.gob.ec)**

Colocamos estas capturas de pantalla, para hacer notar que dentro de la página del Hospital Andrade Marín en Quito, la amigabilidad del acceso a la historia clínica es mucho mejor que en la del Teodoro Maldonado Carbo, donde hay que andar adivinando donde pulsar. Esto tiene su explicación en el sentido que el call center se maneja en su mayoría desde Quito para todo el país.

Gráfico N ° 34. Página web del Hospital Carlos Andrade Marín



Fuente: [www.iess.gob.ec](http://www.iess.gob.ec)

Dificultad parecida encontramos en los documentos donde uno debe ver en donde debe uno adscribirse a la sectorización.

Hay que descargar en un link no tan visible, un documento PDF, cuyas letras pequeñas son notorias y frustran la búsqueda de personas no tan habituales a conectarse y navegar. E incluso a quienes son expertos navegantes de la red, la búsqueda de estos documentos es difícil.

Gráfico N° 35. Página web del IESS, Sectorización

Enlaces | Documentos | Contáctenos

Inicio | La Institución | Seguros del IESS | IESS en línea | Transparencia | Resoluciones | Convenios | Noticias

INICIO • SEGURO DE SALUD 2011-05-04 09:49:49

## SECTORIZACIÓN

Es el señalamiento del área de influencia de la respectiva Unidad Médica del IESS.

### Adscripción

Es la designación de la unidad médica a la que deben acudir los asegurados y beneficiarios con derecho para acceder a los servicios de salud del Seguro General de Salud Individual y Familiar.

Se adscribe de la siguiente manera:

- Los afiliados bajo relación de dependencia y voluntarios, de acuerdo a su domicilio, residencia o lugar de trabajo.
- Afiliados (as) que trabajan en empresas o entidades que tienen dispensarios anexos.
- Para los asegurados y beneficiarios, jubilados, pensionistas, o afiliados sin relación de dependencia (profesionales, chóferes, etc.), de conformidad con su domicilio.

### Importante

- Para cambiarse de unidad de adscripción, el asegurado debe informar que ha cambiado de empresa o de empleador, o de domicilio, según sea el caso. La unidad original le extenderá una comunicación que deberá ser entregada por el asegurado en la nueva unidad médica donde recibirá atención de salud.
- Los casos de emergencia, que son **cuando la vida del paciente está en peligro**, no están sujetos a esta limitación, por lo que los asegurados deben ser atendidos en la unidad médica más cercana, sea del IESS, centros médicos públicos, o clínicas u hospitales privados.

Conozca las UNIDADES MÉDICAS DEL IESS según su zona de adscripción, y los SERVICIOS QUE BRINDA

## Información

- Empleadores
- Afiliados
- Afiliación Voluntaria
- Mora Patronal
- Respon. Patronal
- Cesantía
- Fondos de Reserva
- Formularios

INFORMACIÓN

Fuente: [www.iess.gob.ec](http://www.iess.gob.ec)



## Gráfico N° 37. Afiliados

Inicio ▶ La Institución ▶ Seguros del IESS ▶ IESS en línea ▶ Transparencia ▶ Resoluciones ▶ Convenios ▶ Noticias

INICIO • **AFILIADOS** 06 de julio de 2009

### INSCRIPCION DE AFILIACION



El Empleador tiene la obligación de registrar al trabajador (aviso de entrada) desde el primer día de trabajo, realizando el aviso de entrada a través de la página web de la Institución.

El afiliado debe solicitar la clave de afiliado, a través de la página del Internet: [www.iesgob.ec](http://www.iesgob.ec).

[mas](#)

---

06 de julio de 2009

### CLAVES DE AFILIADOS



La clave personal, entregada por el IESS al afiliado, le sirve para realizar las siguientes opciones:

- consultas de la historia laboral del afiliado.
- Puede solicitar en línea préstamos quirografarios, Jubilaciones, Cesantías, y Fondos de Reserva.
- Precalificación de hipotecarios, , pago de subsidios por enfermedad, maternidad y riesgos del trabajo.

[mas](#)

---

06 de julio de 2009

### AFILIACION FRAUDULENTA



En caso de afiliación fraudulenta, el Instituto retiene, en concepto de multa, los aportes personales y patronales, así como los fondos de reserva.

[mas](#)

SEGURO DE SALUD

SEGURO DE PENSIONES

S. DE RIESGOS DEL TRABAJO

SEGURO SOCIAL CAMPESINO

### Información

- Empleadores
- Afiliados**
- Afiliación Voluntaria
- Mora Patronal
- Respon. Patronal
- Cesantía
- Fondos de Reserva
- Formularios

Fuente: [www.iesgob.ec](http://www.iesgob.ec)

## Gráfico N° 37. Unidades médicas del IESS



### INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DEL SEGURO  
GENERAL DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

N°	UNIDAD MÉDICA	PROVINCIA	CIUDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO
20	CAA-HD Chile Guayaquil 31 Dr. Efrén Jurado López	Guayas	Guayaquil	Chile 2816 y Colombia	PBX: 04-2582421
21	CAA La Libertad 29	Santa Elena	Santa Elena	Calle 10 y Av. 1314 Barrio San Francisco	PBX: 04-2785226
22	CAA Letamendi Guayaquil 24	Guayas	Guayaquil	Lorenzo de Garaicoa 3029 y Letamendi	PBX: 04-2403398
23	CAA Norte - Tarquí Guayaquil	Guayas	Guayaquil	Av. Juan Tanco Marengo Km. 6,5 Frente Colegio Americano	PBX: 04-2255188
24	CAA Quevedo 40	Los Ríos	Quevedo	Av. June Guzmán de Cortés 327 y Novena	PBX: 05-2757435
25	CAA Sur Valdivia - Guayaquil	Guayas	Guayaquil	25 de Julio y Calle Napo	PBX: 04-2430634
26	UAA Balzar	Guayas	Balzar	La Paz S/N y Rómulo Rendón	Directo: 05-2750305
27	UAA Bucay	Guayas	Bucay	García Moreno s/n y Loja	04-2727092
28	UAA Daule	Guayas	Daule	Ciudadela Rosa Mira N.- Solar 1, Mz. 225	04-2795409
29	UAA El Empalme	Guayas	El Empalme	Av. Guayaquil, Calle Au-hing s/n y la C	04-2960212
<b>REGIONAL 3: Azuay, Cañar, Morona Santiago</b>					
30	Hospital José Carrasco Arteaga Nivel III	Azuay	Cuenca	Rayoloma entre Popayán y Pacto Andino	PBX: 07-2808911
31	CAA Central Cuenca	Azuay	Cuenca	Bolívar 690 y Antonio Borrero	07-2820214

UNIDADES MÉDICAS I.E.S.S. CON SERVICIO DE CALL CENTER

Fuente: [www.iesgob.ec](http://www.iesgob.ec)

En esta parte los usuarios se pueden hacer denuncias de falta de medicinas o de afiliación, por lo que se cumple la categoría “TICS Almacenamiento”, ya que al ingresar la denuncia, se guarda la información del sistema computacional.

Gráfico N ° 38. Formulario de solicitudes

Inicio La Institución Seguros del IESS IESS en línea Transparencia Resoluciones Convenios Noticias

INICIO • TRANSPARENCIA 2012-06-06 10:26:06

SEGURO DE SALUD

SEGURO DE PENSIONES

S. DE RIESGOS DEL TRABAJO

SEGURO SOCIAL CAMPESINO

## Información

- Empleadores
- Afiliados
- Afiliación Voluntaria
- Mora Patronal
- Respon. Patronal
- Cesantía
- Fondos de Reserva
- Formularios

### Formularios o Formatos de Solicitudes que se requieran para los trámites inherentes a su campo de acción

**Importante:** Para el ingreso correcto de la información en los formularios, es necesario tener instalado Adobe Reader X (10.1.3) en su equipo. [Click Aquí para descargar](#)

#### Denuncias Afiliado

NO AFILIACIÓN NO ENTREGA DE MEDICINAS

- FORMULARIO PARA DENUNCIAS
- FORMULARIO RESUMEN DE LA DENUNCIA

#### Seguro de Salud

- FORMULARIO PARA EXTENSIÓN DE SALUD PARA CÓNYUGES O CONVIVIENTES CON DERECHO.

#### Seguro de Pensiones

- INFOME MÉDICO
- SOLICITUD EXAMEN ESPECIALISTA
- SOLICITUD DE JUBILACIÓN DEFINITIVA Y MEJORA
- SOLICITUD DE MONTEPÍO
- SUPERVIVENCIA DE MONTEPÍO

#### Residentes en el Exterior

- JUBILADOS POR INVALIDEZ DEL SEGURO GENERAL
- CERTIFICADO MÉDICO
- ORDEN DE EXAMEN MÉDICO

#### Seguro de Riesgos del Trabajo

- AVISO DE ACCIDENTE DE TRABAJO
- AVISO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL
- INSTRUCTIVO PARA FORMULARIO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Fuente: <http://www.iess.gob.ec/site.php?content=869-formularios-o-formatos-de-solicitudes-que-se-requieran-para-los-tramites-inherentes-a-su-campo-de-accion>

### 3.3.3.8. Análisis de las Redes Sociales del IESS

Facebook se ha convertido en una suerte de nuevo país para los internautas del mundo. El número de personas inscritas en esa red social sube vertiginosamente. Solo en Ecuador se calcula que 3 millones y medio de sus habitantes mayores de 18 años tienen una cuenta en facebook.

Según <http://ecuadorinternetmarketing.wordpress.com> en base al reporte del INEC, se sacó en conclusión que a diciembre del 2010, Facebook aglutinaba poco más de 2 millones de usuarios de Ecuador, es decir el 48% de los conectados en el país contaría con una cuenta en Facebook a diciembre del 2010, manteniendo ciertas excepciones. Se debe aclarar que Facebook, permite mediciones por ciudades, no por provincias, por lo que se tomaron de referencia las capitales.

El 75% de usuarios de esta red social de nuestro país es aportado por las capitales de las provincias de Guayas (40,6%) y Pichincha (35,2%); seguidas de las capitales de Azuay (5,7%), Chimborazo (3,2%) y Manabí (2,7%).

En cuanto a la penetración entre conectados (*Usuarios de Facebook por ciudad versus Conectados a internet por provincia*), llama la atención que Guaranda posee más usuarios en la red social (>11,4%) que usuarios en toda la provincia de la cual es capital, Bolívar. Apartando esa observación, el top 5 de ciudades capitales con más penetración de usuarios de Facebook entre los conectados en sus provincias a Diciembre del 2010 fueron: Guayaquil/Guayas (76,5%), Riobamba/Chimborazo (60,3%), Quito/Pichincha (58,4%), Latacunga/Cotopaxi (56,4%) y Cuenca/Azuay (42,9%).

De esos, un 33% han declarado estar registrados en Guayaquil. Es decir alrededor de un millón de personas mayores de edad.

Bajo esa óptica, es plausible considerar que elaborar una estrategia de redes sociales en la más solicitada es casi una necesidad. Si bien no todas las personas pueden revisar su FB a diario, el solo hecho de haberse registrado implica que hay un interés en desarrollarse dentro de dicha red social.

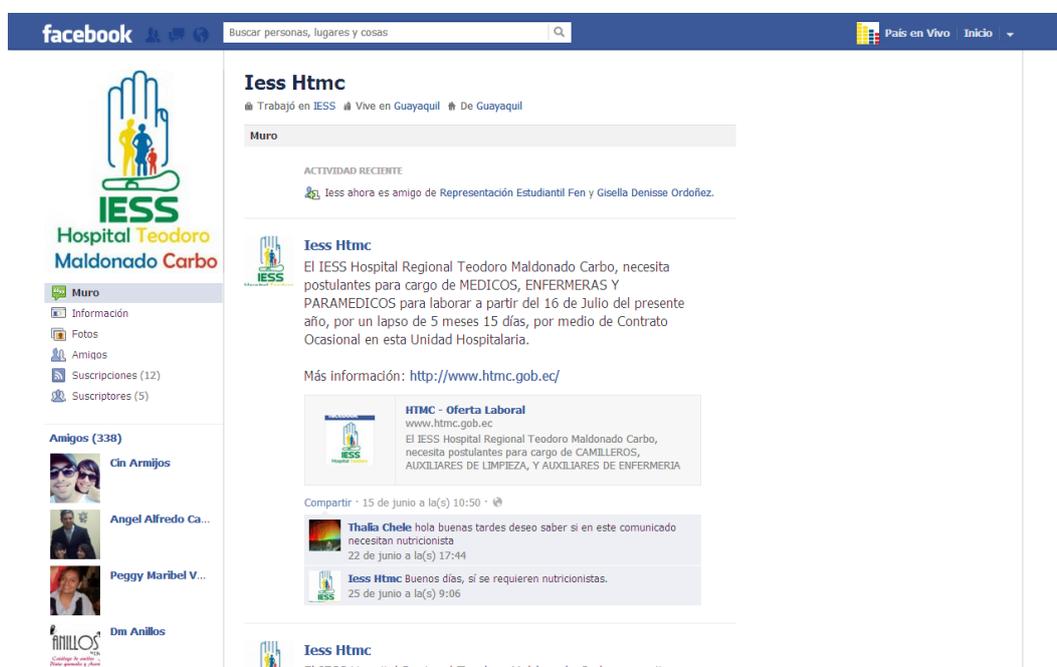
En base a esto, teniendo el IESS (específicamente el Hospital Teodoro Maldonado Carbo) una base de afiliados tan numerosa, resulta casi

incomprensible que recién haya implementado una página FB desde relativamente poco tiempo (abril 2012).

Además lo ha hecho desde la óptica equivocada, demostrando poco manejo de administración del marketing de una red social, al abrir una cuenta con perfil de amigo, en lugar de un grupo. En la primera lo máximo que se puede tener es 5.000 contactos con los que se puede interactuar a plenitud. Mientras que conformando una página de grupo, el número es ilimitado.

Así, el IESS HTMC, con unas siglas que no muchos entenderán, tiene a julio del 2012 poco más de 300 amigos, siendo su alcance bastante exiguo.

### Gráfico N° 39. IESS HTMC



Fuente: Facebook/IESS

En esta foto se muestra una sala remodelada de espera para admisión de emergencia.

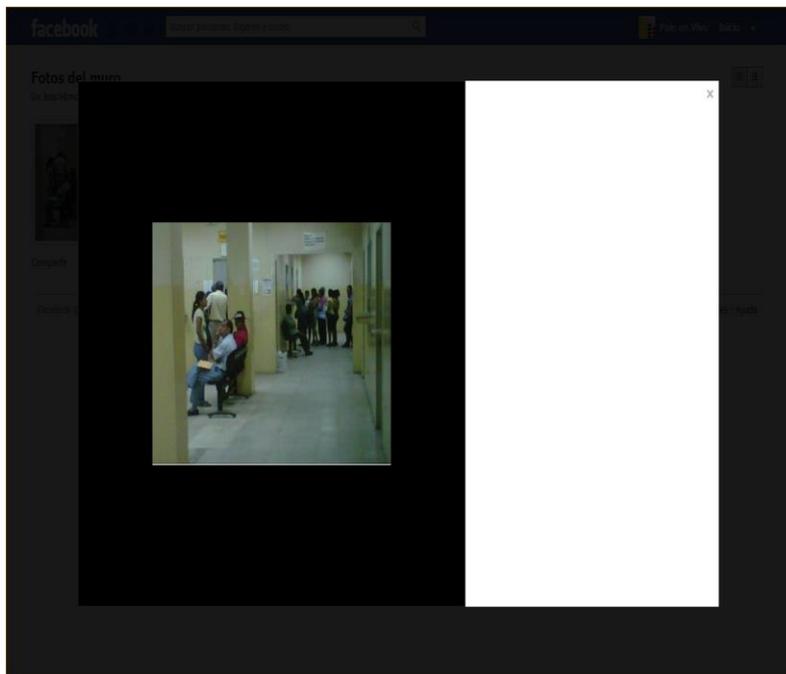
## Foto Nº 2. Sala remodelada IESS



Fuente: Facebook/IESS

Solo se muestran 2 fotos más, una de ellas sin descripción y cuya imagen tampoco se defiende por sí misma.

## Foto N 3. Sala de espera IESS



Fuente: Facebook/IESS

El perfil general del IESS sí está dispuesto como un grupo, y para inicios del 2013 tenía una cantidad de 7.373 seguidores. Una cifra igual escasa, considerando la cantidad de afiliados que hay en el país.

Foto N° 4. Portada del perfil del IESS en facebook



Fuente: Facebook/IESS

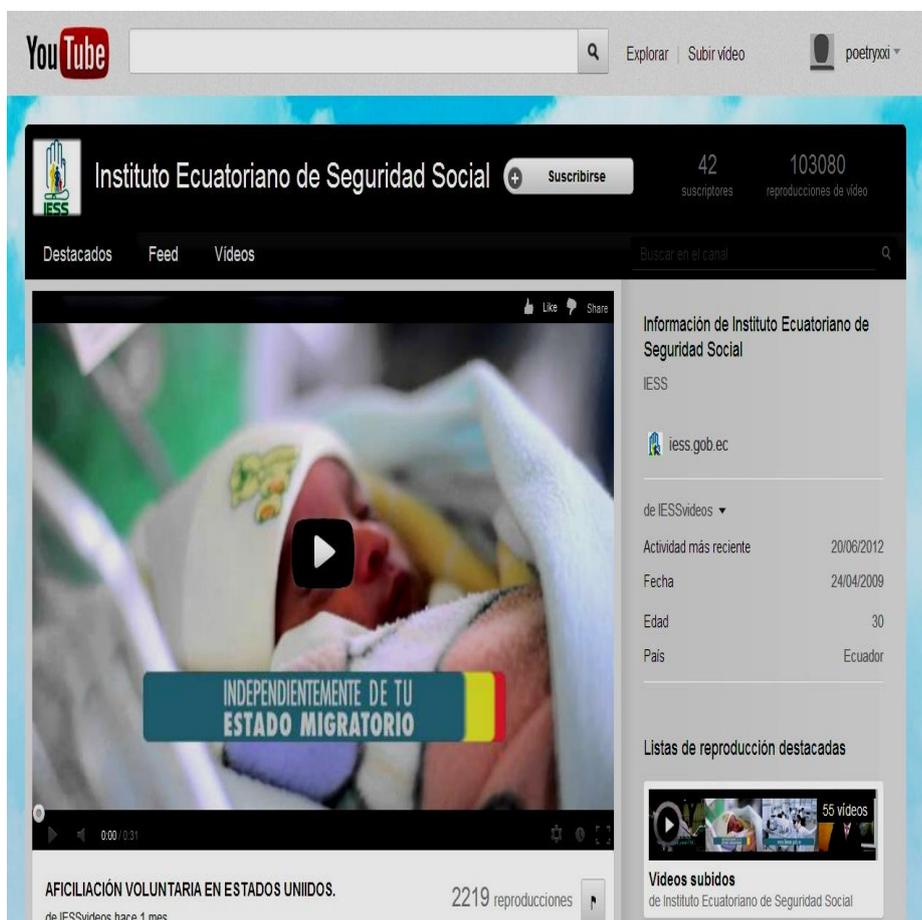
Foto N° 5. Actividades promocionadas en el Facebook del IESS



Fuente: Facebook/IESS

En la siguiente gráfica se muestra un video de youtube del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, que la página del FB de dicho Hospital ni siquiera se preocupa en postear.

**Foto N° 6. Portal Youtube del IESS**



**Fuente:** [www.youtube.com/user/IESSvideos](http://www.youtube.com/user/IESSvideos)

## **YouTube**

Dentro de su estrategia digital (en caso de tener alguna) el IESS tiene una página de youtube: (<https://www.youtube.com/user/IESSvideos>)

Hasta junio del 2012 se han posteado 55 videos. Algunos de ellos tienen alrededor de 2500 reproducciones, no obstante la mayoría no suben de 100 vistas que han pulsado *play*. Esto denota que la cuenta es usada solo para almacenar videos, sin darle mayor rotación o promoción. Asimismo la mayoría de sus contenidos son presentaciones de nuevas adecuaciones, lo cual es correcto; pero hace falta algo importantísimo para difundir por video, como son los

procedimientos a seguir para realizar alguna gestión y asimismo que se hable sobre enfermedades.

## Twitter

La red social del pajarito azul, que es motivo de muchos comentarios de política, noticias del mundo y sucesos de actualidad, ya sea triviales como muy serios.

El IESS como institución nacional no posee cuenta en dicha red social. Menos aún de sus organismos seccionales. No obstante, el Banco del Biess sí maneja una cuenta, con relativa trascendencia, pues ya supera los 6.200 seguidores hasta julio del 2012.

En relación al número de afiliados, esa cantidad es irrisoria, pero es trascendente cuando la entidad requiere hacer alguna aclaración a alguna noticia que pueda causar confusión general. El Twitter es un sitio donde hay muchos periodistas y medios de comunicación pendiente de lo que puedan difundir las instituciones claves del Estado. Carecer de twitter como institución es perderse una oportunidad de explicar personalmente y en tiempo real los procedimientos que se realizan en el Hospital.

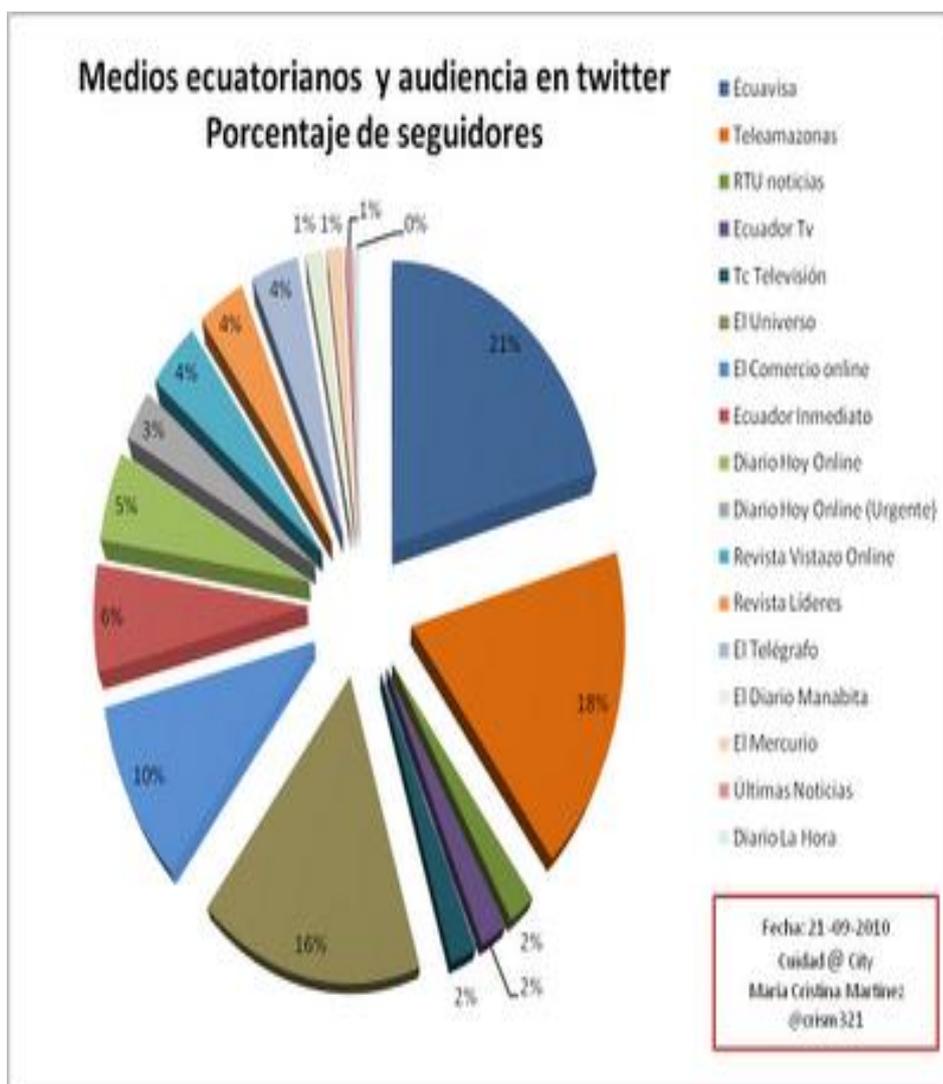
### Foto N° 6. Twitter IESS



Fuente: Twitter IESS

Ecuador cuenta con cerca de 30.000 usuarios únicos al día en Twitter que se enriquecen de la información que otros proveen en todo el mundo. Los medios convencionales sin duda siempre lideraron la distribución de contenido, pero poco a poco los medios digitales han ganado seguidores (ya sea creando o recopilando información de otros medios).

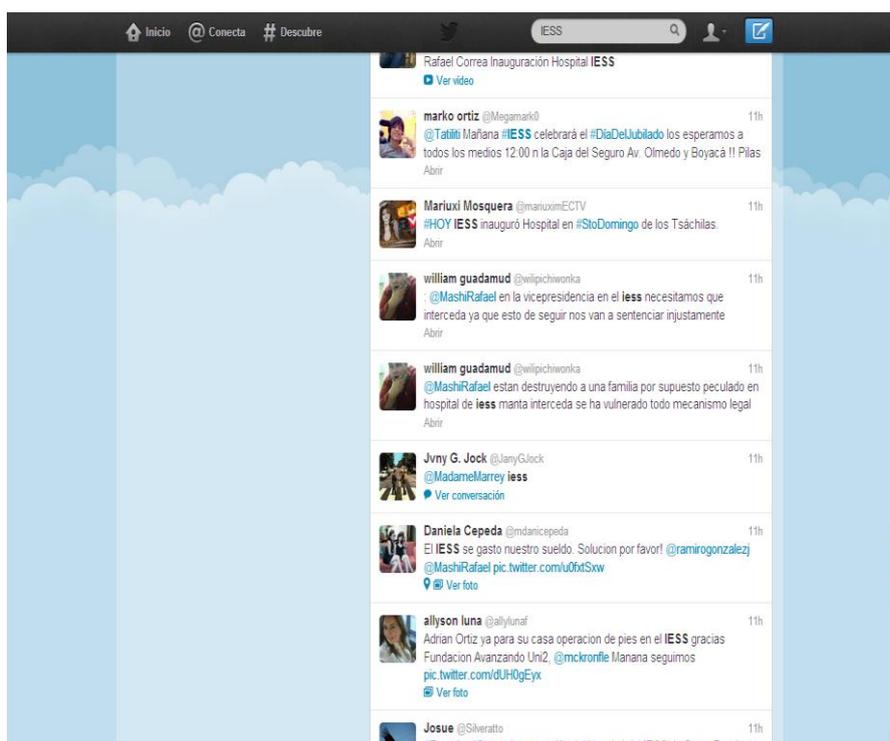
**Gráfico N° 40. Porcentaje de seguidores**



**Fuente: María Cristina Martínez**

Vale resaltar que el IESS como tema de conversación suele tener su espacio interesante entre los usuarios de dicha red social. Y podría ser de mucha utilidad implementar una cuenta que socialice los avances de los hospitales guayaquileños y otras informaciones.

## Foto N° 8. Página de conversaciones sobre el IESS en twitter



Fuente: Twitter del IESS

Los casos anteriores demuestran poca habilidad de parte de los directivos del IESS en adaptarse a los tiempos modernos. Si bien se entiende que es un factor que han considerado agregar a su portafolio de servicios en línea; pesa el hecho de que una mayor cantidad de fans implica una cantidad impredecible de inquietudes que deben surgir de las redes sociales, y que en dicho ambiente virtual es recomendable no demorar en dar respuestas, a fin de mantener interesados a sus fans. Y la designación de un equipo de Community Manager que suplan en línea las labores del Call Center, aun no se maneja de forma contundente.

Urge en ese caso, establecer una estrategia de redes sociales, no solo en FB sino también en twitter, donde cada vez se convierte en un lugar donde se generan las noticias de las que habla el ciudadano común.

Una estrategia implica, además de brindar las facilidades para acceder a la información que requiere el usuario, la elaboración de una serie de contenidos de valor (tablas de costos, horarios, tiempos, links sobre reportajes sobre enfermedades aparecidos en la prensa, videos de youtube que aclaren dudas a temas de salud, tweets con información clave, etc).

### 3.3.3.9. Mecánica de la estrategia en Redes Sociales

Por qué integrar una estructura de redes sociales hospitalaria, si una red social en sí tiene carácter exclusivo (aun si es masiva) y marginadora de la sociedad. Tal como en su momento, otras plataformas de comunicación (radio y en especial la televisión) tuvieron este mismo carácter, es decir, tendieron a ser accesibles por una minoría privilegiada, del mismo modo se prevé que tal como ocurrió con la TV, el acceso a internet sea masivo con el correr de los años. Dentro de este somero análisis, debe tomarse en cuenta que en los organismos sociales existe un fenómeno llamado *facilitación social*, que sirve de base para determinar la conducta de un individuo común en sociedad. Este término se define como la aparición o amplificación de las conductas sociales de individuos que interactúan entre sí, pero las cuales no existen o se encuentran disminuidas cuando se trata de individuos aislados. Por ejemplo: hombres que ingieren más bebidas alcohólicas cuando se encuentran varios amigos; aficionados al deporte que alientan con más energía cuando asisten a un estadio que si ven el juego por tv; mujeres que consumen más en los mall cuando van acompañadas; los pacientes hospitalizados que se recuperan con más celeridad cuando comparten habitación con otros pacientes, etcétera.

Según reseña el doctor Octavio Miramontes en su artículo redes y organizaciones de salud, un nuevo paradigma, es en 1998, cuando Watson y Strogratz plantearon que las propiedades más interesantes de cierto tipo de redes, las llamadas *redes complejas*, se manifiestan cuando su topología de interconexión se halla en la zona compleja, entre el orden y el desorden. Y al introducir un elemento de azar en esta red, cada uno de sus nódulos distantes o desconocidos entre sí, tienen mayor cercanía, que siguiendo un campo de comunicación tradicional. Así, pone como ejemplo que en las redes sociales, un adolescente podría usar la red de amistades de sus hermanas para aproximarse a la chica que los atrae, “de tal manera que se crean atajos para conectar de forma cercana comunidades de personas que de otra manera podrían permanecer alejadas”.

Es decir, hay una suerte de comunicación no lineal, que resulta más efectiva para acercar una información, servicio o persona, a otra que lo busca.

Dentro de lo anterior, implica que aislarse de las redes sociales, ¿significa una especie de muerte en comunidad? No necesariamente, pero la exclusión social se siente en el momento en que informaciones esenciales, se canalizan prioritariamente por ese medio.

Las redes tienen: arquitecturas autosimilares, mucha redundancia o caminos extras para hallar conexiones; además aun si un miembro se separa, la red como tal, se mantiene. Es una comunidad global en esqueleto, que cuando alguien accede a ella toma movimiento.

Con estos antecedentes, una estrategia de redes sociales para la salud pública abarca los siguientes objetivos:

**Objetivo General:**

- Aumentar y optimizar los canales de comunicación en la web entre el Seguro Social y sus usuarios, ya sea de modo directo, vía interacción en redes, op indirecta, vía transmisión “boca a boca” (una persona le cuenta a otra lo que vio en internet).

Para cumplir el objetivo anterior hay que visibilizar dos objetivos específicos. Objetivos de marketing y objetivos comunicacionales.

**Objetivo de marketing:**

- Incrementar el tráfico a las redes sociales y páginas web del IESS en un porcentaje calculado en base a la potenciabilidad del incremento de usuarios al internet en Ecuador.
- Incentivar interacciones que generen una apertura a las instalaciones de salud del IESS y a su vez delimitar los tiempos y casos en los cuales acudir.
- Captar la atención de un target específico muy amplio y disperso entre sí: afiliados al seguro y potenciales afiliados.

**Objetivos Comunicacionales:**

- Posicionar a los servicios de salud del IESS, como de calidad y solidaridad (en base a experiencias reales).
- Convertir al sitio de FB del IESS Guayaquil en una plataforma alternativa de información general y con contenidos de valor. La fuente directa es el

call center, pero hay preguntas frecuentes y generales, e incluso específicas, que pueden ser resueltas dentro de una red social.

- Crear contenidos de valor, que distingan al IESS Guayaquil como un proveedor de información de salud fiable y moderna.
- .Facilitar el acceso de la información a través del diseño atractivo y fácil de usar.
- Crear un flujo de información entre usuarios y entidad que genere mejoras en los servicios de asistencia pública.
- Aumentar el número de artes, audiovisuales e infografías (las cuales IESS GYE subirá a youtube o a flickr, y servirán para proveer imágenes a los contenidos, especialmente de FB).

### **3.3.3.10 Implementación correcta de un plan de difusión digital de los servicios del IESS Guayaquil**

Los servicios de salud implican una responsabilidad aun mayor que otras áreas de servicios porque inciden directamente en uno de los bienes inalienables de cada ciudadano: su salud. Por tanto, aunque al implementar una plan de difusión digital mediante redes sociales, se tome en cuenta factores de mercadotecnia, como el mercado, plazos, distribución y producto, deberá primar la conciencia social y de solidaridad para compartir la información. Pero una vez enfatizado el espíritu del plan, el funcionamiento del mismo se basa, en las mismas prerrogativas comunes a muchas cuentas comerciales de FB: Debate e interacción, generación de opinión en internet.

Los elementos indicadores de rendimiento asimismo serán el número de likes (me gusta), número de visitantes únicos por día, semana y mes, número de impresiones, entre otros parámetros.

Las limitaciones de la red están dadas por temas éticos legales, por ejemplo restricciones a la publicidad de fármacos y la prudencia que debe tener todo médico para contestar o debatir aspectos clínicos del paciente. Además, más allá de honradez con la cual se debe manejar una institución sea pública o privada, está el hecho innegable de que una vez instalado el departamento de comunicación 2.0 o sino la respectiva agencia de marketing contratada para manejar o asesorar el funcionamiento de las redes, toda cuenta será tratada

como una marca y como tal, las reglas de comunicación las dicta la entidad y la protección en lo mayor posible de su imagen como ente gubernamental.

Dispuestas así las “reglas del juego”, un equipo integrado por un Community Manager (administrador de la comunidad virtual), un gestor de contenidos, especialistas de la institución, operadores de call center, elaborarán un plan de acción para cada día, con la suficiente antelación para que los responsables de la entidad lo aprueben y asimismo, manejarán cada contingencia de manera metódica y ordenada.

Una vez construidos o rediseñados los productos (entiéndase esto como las redes sociales: Web, Facebook y twitter) se procede a definir con el departamento de marketing o comunicación del IESS, los contenidos y límites que se postearán. Además se establecerá los horarios de posteo y el manejo de situaciones que podrían darse. En especial la manera de responder ante quejas, improperios o denuncias.

El cronograma de contenidos deberá estar listo por lo menos unas dos semanas antes de su difusión, para dar tiempo a corregir desinformaciones, faltas ortográficas o cualquier dato controversial o intrascendente, que no aporte a la misión del sitio. Igual procedimiento con las fotos, artes o aplicaciones que se generen para aumentar la eficacia de la cuenta.

Los contenidos se basarán en las áreas estratégicas. Se manejará un lenguaje sencillo, donde en caso de haber tecnicismos propios de la medicina, se procurará explicarlos. Se contestará con cordialidad y procurando no dejar inquietud sin responder. En caso de recibir insultos o acusaciones escandalosas e infundadas, es norma aceptada dentro de las redes sociales, borrar dicho comentario. Si bien es el sitio de una entidad pública, se aplica el precepto que dice que “uno no tiene porqué estar aceptando improperios dentro de la casa de uno”. En este caso, la red social es la sede virtual de la institución.

Por otro lado, de haber reclamos que tienen que ver con los contenidos ofrecidos por la página, se debe tranquilizar los ánimos de los debatientes, y de ser posible, buscar una respuesta al reclamo, haciéndola conocer a los responsables de la institución, y dependiendo de la contestación que ellos sepan dar a la inquietud, manejar la situación de respuesta al público con el mayor tino posible, casi impersonalmente pero con respeto al usuario.

### **3.3.3.11. Áreas de Estrategia**

Basado en los planteamientos aprobados por la Organización Panamericana de la Salud en relación a la implementación de redes sociales para los servicios de Salud Pública, la estrategia incluye las siguientes acciones en áreas estratégicas:

1. Respaldo y promover la formulación, la ejecución y la evaluación de políticas públicas eficaces, integradas y sostenibles sobre el uso y la implantación de las tecnologías de la información y de las comunicaciones en el ámbito sanitario.
2. Mejorar la salud pública por medio del uso de herramientas y metodologías basadas en tecnologías innovadoras de la información y de las comunicaciones.
3. Fomentar y facilitar la colaboración horizontal entre los países para el desarrollo de una Agenda Digital en materia de salud para la Región. Dentro de esto es importante identificar un marco legal que respalde el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones en salud y facilite el intercambio de información clínica en el ámbito nacional y regional por medios electrónicos.
4. Gestión del conocimiento y alfabetización digital y formación en tecnologías de la información y la comunicación como elementos clave para la calidad asistencial, la promoción y la prevención de enfermedades, garantizando la capacitación y el mejor acceso a la información de manera equitativa. Énfasis en difundir informaciones fidedigna y de calidad sobre educación en salud y prevención de enfermedades a la población y a los profesionales de la salud. Para esto, la OPS y los Estados Miembros deberán definir un marco común para el desarrollo de portales con contenido certificado en salud pública.

### **3.3.3.12. FODA de las redes sociales en la Salud Pública**

A continuación un análisis de las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas de la gestión de redes sociales a implementar para el Hospital del IESS de Guayaquil.

<b>Oportunidades</b>	<b>Fortalezas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El número de las entradas de los blogs, post o tweets se relaciona con la cantidad de temáticas específicas a difundir.</li> <li>• Las redes sociales son una herramienta con vocación educativa, cuyo papel en crisis sanitarias puede ser determinante y oportuno.</li> <li>• Tienen un bajo. Acceso a los datos y su presentación y análisis no requieren el uso de grandes recursos, una vez creadas e implantadas las aplicaciones.</li> <li>• Aplicaciones usan y analizan datos reales y no proyecciones. La retroalimentación nace de experiencias reales de usuarios.</li> <li>• Posibilidad de mediciones de reacción de los usuarios en tiempo real.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En todas partes del mundo y sus distintos segmentos socioeconómicos, las comunidades virtuales crecen en número de usuarios.</li> <li>• Se está creando una "inteligencia colectiva" dentro de las comunidades virtuales, que filtran informaciones cada vez más objetivamente.</li> <li>• Las redes sociales son un modo sencillo para acceder a información sobre salud.</li> <li>• Los perfiles de los usuarios son válidos para clasificar los datos obtenidos según categorías y segmentos.</li> </ul>
<b>Debilidades</b>	<b>Amenazas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El contenido de los textos no son necesariamente un acercamiento real a la realidad social de los grupos socioeconómicos que escriben. La relevancia de los resultados obtenidos aumenta si se consigue categorizar a los usuarios en función de sus características (edad, sexo, condición, estado de ánimo, datos clínicos, etc.).</li> <li>• La información sanitaria es altamente sensible, por lo que el manejo de los datos de los usuarios, puede generar dilemas éticos y legales.</li> <li>• El perfil poblacional de los usuarios de redes sociales aun difiere de la población general, por lo que las muestras no son plenamente representativas y pueden excluir grupos de alto riesgo o prevalencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las interacciones pueden resultar muy numerosas en una página de mucha demanda, lo cual podría conllevar a invisibilizar contenidos valiosos</li> <li>• Las diferencias entre el vocabulario médico y el utilizado por los usuarios dificulta el análisis automático de los contenidos.</li> <li>• Las complejas interacciones de las redes sociales pueden producir que la información se autoamplifique. Pueden generarse casos de histerias colectivas infundadas en rumores o equívocos, o incluso haber usuarios maliciosos (trolls) que fomenten el caos informativo.</li> <li>• Las características de los usuarios son, en muchos casos, aportadas por ellos mismos. Están sujetos, pues a potenciales sesgos según sus intenciones, su grado de implicación, la transparencia mostrada o los posibles riesgos que puedan percibir en cuanto a su privacidad u otras cuestiones.</li> </ul>

Ejemplo de Cronograma de publicaciones. Lunes (Semana 1)	
Hora	Lunes
09h00	Saludos a todos. Esperamos que tengan una gran semana. Recuerde que en <a href="http://www.iess.gob.ec">www.iess.gob.ec</a> encontrará como acceder a su historia médica
11h00	¿Sabías cómo detectar la intoxicación por ingerir alcohol metílico? Revisa este artículo.
13h00	Infografía con la siguiente información:  Pueden atenderse en las unidades de salud particulares, en los siguientes casos:  <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuando la capacidad en las unidades propias del IESS se encuentra saturada,</li> <li>2. En situaciones de emergencia, es decir, cuando la vida del asegurado está en riesgo paciente puede acudir a un proveedor externo</li> <li>3. Cuando la agenda de las unidades propias del IESS se encuentra completa.</li> </ol>
16h00	El Call Center 161 está para servirte. Asistencia médica segura y gratuita.
18h00	Únete! Como parte del evento de inauguración del Hospital del Día Eloy Alfaro del IESS, se realizará el lanzamiento del innovador Programa YO APRENDO. Un espacio de inclusión social destinado al trabajo con la comunidad en la que se dictan charlas, foros, talleres, entre otros, destinados a la prevención en salud.

Este es un ejemplo de un día lunes en Facebook. Dependiendo de la semana, se emitirán entre 2-6 post diarios. En twitter se elaborará un cronograma parecido, con alrededor de 8-20 tweets diarios, sin contar las respuestas que se den a inquietudes puntuales de usuarios.

### 3.3.4 Sectores vulnerables beneficiarios de las políticas públicas de salud implementadas en el IESS

Cómo se aseveró numerales atrás, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social no posee registros de los usuarios de sus servicios por estrato socio-económico. La única diferenciación planteada concierne al tipo de

aseguramiento ofrecido; a saber: la afiliación patronal, la afiliación voluntaria y la afiliación campesina.

Sin embargo podemos trasladar los datos de salarios promedio de acuerdo a las clasificaciones estipuladas en el informe estadístico N° 18 de la institución, correspondientes al año 2010 (pps 18-23).

### Gráfico N° 41. Número y sueldo promedio de afiliados cotizantes por relación de trabajo de afiliado, año 2010

NÚMERO Y SUELDO PROMEDIO DE AFILIADOS COTIZANTES POR RELACIÓN DE TRABAJO DEL AFILIADO  
AÑO 2010

PROVINCIA	AFILIADOS RISE		AGRICOLA		AUTÓNOMO		CONSTRUCCIÓN		DOMÉSTICO	
	NÚMERO	SUELDO PROMEDIO	NÚMERO	SUELDO PROMEDIO	NÚMERO	SUELDO PROMEDIO	NÚMERO	SUELDO PROMEDIO	NÚMERO	SUELDO PROMEDIO
Azuay	52	272,15	381	266,16	392	311,61	1.382	293,40	3.525	240,79
Bolívar	10	240,00	19	310,95	86	246,32	137	275,57	204	239,50
Cañar	62	240,97	315	252,94	187	251,40	435	455,62	262	241,27
Carchi	25	288,40	749	248,02	47	270,11	46	253,08	184	237,69
Chimborazo			87	282,82	419	255,32	992	278,54	931	240,51
Cotopaxi	49	256,08	2.251	279,49	467	258,05	257	272,03	505	243,03
El Oro	62	261,94	2.451	272,29	261	294,70	261	319,83	539	240,27
Esmeraldas	4	255,00	865	311,06	138	307,06	105	370,66	459	243,05
Galápagos			58	249,57	16	278,75	44	212,41	225	246,81
Guayas	350	258,37	8.972	291,22	1.366	302,88	11.952	346,27	14.812	247,30
Imbabura	12	250,83	512	279,84	102	281,93	181	242,56	1.042	237,28
Loja	39	252,90	51	301,09	245	271,20	302	249,79	720	237,59
Los Ríos	4	240,00	8.558	314,34	100	273,00	212	271,24	284	239,52
Manabí	52	246,99	697	294,57	771	274,39	522	263,72	1.680	242,31
Morona Santiago	14	257,14	25	241,27	83	281,85	171	240,68	39	229,28
Napo	6	240,00	48	245,16	18	246,11	46	315,41	106	236,28
Orellana	1	240,00	556	339,31	51	371,90	46	237,34	34	240,00
Pastaza	3	240,00	7	240,00	6	300,00	110	260,26	90	226,92
Pichincha	389	259,37	6.621	331,89	3.489	289,52	9.832	342,92	29.079	245,36
Santa Elena	20	266,50	38	252,84	61	270,57	168	310,66	162	242,35
Santo Domingo de los Tsáchilas	10	240,00	1.124	310,47	385	275,96	153	243,89	323	235,91
Sucumbios	4	240,00	19	256,81	185	307,70	166	197,07	45	233,45
Tungurahua	253	242,45	387	271,19	360	275,05	739	289,50	1.295	239,87
Zamora Chinchipe	51	257,71	9	275,56	151	252,62	92	271,01	13	240,00
Otros Paises										
<b>Total</b>	<b>1.472</b>	<b>255,22</b>	<b>34.800</b>	<b>302,32</b>	<b>9.386</b>	<b>285,28</b>	<b>28.351</b>	<b>331,98</b>	<b>56.558</b>	<b>244,73</b>

Fuente: IESS

**Gráfico N° 41. Número y sueldo promedio de afiliados cotizantes por relación de trabajo de afiliado, año 2010**

**NÚMERO Y SUeldo PROMEDIO DE AFILIADOS COTIZANTES POR RELACIÓN DE TRABAJO DEL AFILIADO  
AÑO 2010**

PROVINCIA	GRÁFICO		MAESTROS DE TALLER		MAGISTERIO FISCAL		OPERARIO		PRIVADO	
	NÚMERO	SUELDO PROMEDIO	NÚMERO	SUELDO PROMEDIO	NÚMERO	SUELDO PROMEDIO	NÚMERO	SUELDO PROMEDIO	NÚMERO	SUELDO PROMEDIO
Azuay	47	860,96	1.559	256,96	8.202	347,30	5.349	247,88	78.935	496,83
Bolívar			126	244,01	4.256	357,09	133	243,98	2.801	356,64
Cañar			291	249,56	3.818	356,35	449	244,36	11.192	424,09
Carchi			184	269,50	2.978	406,67	361	242,03	5.409	373,18
Chimborazo	7	420,52	469	254,07	7.262	368,09	1.079	242,99	15.304	383,75
Cotopaxi	6	290,10	282	244,60	6.015	401,29	835	244,02	21.325	387,24
El Oro	1	361,25	337	250,53	8.187	408,22	712	259,34	38.333	395,75
Esmeraldas			64	274,08	9.382	363,71	165	240,47	14.815	389,02
Galápagos			34	261,18	460	381,61	44	267,87	2.732	526,66
Guayas	184	520,82	1.142	277,73	23.682	351,64	4.756	253,14	429.482	520,75
Imbabura	2	240,00	638	244,74	5.489	469,32	2.543	240,59	23.040	378,24
Loja	1	450,00	384	256,27	9.307	491,07	700	247,50	19.311	436,18
Los Ríos			63	244,13	8.335	358,38	107	244,05	24.034	355,89
Manabí	8	389,00	884	244,54	17.523	363,44	1.296	244,21	58.339	437,80
Morona Santiago			50	240,00	3.050	318,72	67	240,00	1.691	373,23
Napo	2	240,00	32	248,28	3.102	296,92	63	237,05	2.256	408,15
Orellana			29	275,31	2.843	240,67	51	233,62	3.634	435,36
Pastaza			78	267,06	2.307	332,73	133	242,91	2.715	406,60
Pichincha	176	664,02	4.910	264,74	18.874	459,05	14.953	249,31	512.602	613,29
Santa Elena			24	267,79	2.425	285,60	71	242,84	8.076	373,39
Santo Domingo de los Tsáchilas			183	253,64	3.339	314,77	564	238,78	24.152	388,32
Sucumbios	2	338,07	37	248,40	3.208	276,77	53	239,04	5.759	470,26
Tungurahua	5	264,00	1.250	257,04	5.696	474,25	4.789	243,35	37.154	429,95
Zamora Chinchipe			36	240,00	2.351	346,63	55	244,73	2.228	429,33
Otros Países										
<b>Total</b>	<b>441</b>	<b>600,29</b>	<b>13.106</b>	<b>259,57</b>	<b>162.121</b>	<b>382,15</b>	<b>39.328</b>	<b>247,55</b>	<b>1.345.319</b>	<b>527,14</b>

Fuente: IESS

**Gráfico N° 42. Número y sueldo promedio de afiliados cotizantes por relación de trabajo de afiliado, año 2010**

**NÚMERO Y SUeldo PROMEDIO DE AFILIADOS COTIZANTES POR RELACIÓN DE TRABAJO DEL AFILIADO  
AÑO 2010**

PROVINCIA	PÚBLICO		TRABAJADORES TIEMPO PARCIAL		VOLUNTARIO		ZAFRERO		TOTAL	
	NÚMERO	SUELDO PROMEDIO	NÚMERO	SUELDO PROMEDIO	NÚMERO	SUELDO PROMEDIO	NÚMERO	SUELDO PROMEDIO	NÚMERO	SUELDO PROMEDIO
Azuay	12.529	989,25	1.463	195,02	1.730	241,90			115.546	506,99
Bolívar	3.944	755,84	134	136,32	181	240,33			12.031	477,17
Cañar	4.338	800,25	340	170,96	195	243,79	804	233,77	22.688	460,92
Carchi	3.494	727,73	105	155,72	259	241,64			13.841	451,50
Chimborazo	8.579	875,89	247	167,88	517	244,18			35.993	481,53
Cotopaxi	5.209	740,06	141	169,36	766	241,74			38.108	418,94
El Oro	9.317	752,68	923	194,88	337	241,48			61.721	437,93
Esmeraldas	9.430	864,25	339	206,18	120	242,21			35.906	499,92
Galápagos	1.608	834,14	16	234,11	6	251,67			5.243	584,67
Guayas	51.974	903,77	6.589	226,37	3.020	244,60	158	541,07	558.439	526,11
Imbabura	6.500	806,45	450	166,20	1.174	241,60			41.665	434,82
Loja	10.780	748,10	507	207,58	461	255,27			42.808	511,38
Los Ríos	9.293	734,75	195	189,70	87	250,11	89	183,74	51.362	415,27
Manabí	20.632	759,66	1.094	205,73	870	240,81			104.368	474,55
Morona Santiago	4.299	761,23	36	189,34	47	244,44			9.572	522,91
Napo	3.045	763,90	124	395,17	24	240,00			8.872	485,03
Orellana	2.965	758,47	25	238,16	9	240,00			10.244	465,65
Pastaza	2.957	706,88	29	307,68	65	240,92			8.500	481,47
Pichincha	120.415	1.209,20	7.962	244,82	33.027	241,81	1	233,33	762.330	652,66
Santa Elena	4.381	857,01	85	192,87	85	244,14			15.596	490,27
Santo Domingo de los Tsáchilas	3.450	749,50	269	245,58	153	241,89			34.105	406,71
Sucumbios	4.100	865,86	36	208,08	34	241,76			13.648	534,17
Tungurahua	7.447	829,02	751	276,62	1.907	241,01			62.033	448,06
Zamora Chinchipe	3.544	726,22	29	236,18	78	250,73			8.667	517,64
Otros Países					84	443,33			84	443,33
<b>Total</b>	<b>314.330</b>	<b>974,49</b>	<b>21.890</b>	<b>226,37</b>	<b>45.236</b>	<b>242,51</b>	<b>1.052</b>	<b>275,69</b>	<b>2.073.390</b>	<b>551,70</b>

Fuente: IESS

**Gráfico N° 43. Número y sueldo promedio de afiliados cotizantes por relación de trabajo de afiliado, año 2010**

**NÚMERO Y SUELDO PROMEDIO DE AFILIADOS COTIZANTES AL SEGURO GENERAL OBLIGATORIO CLASIFICADO POR PROVINCIA Y GÉNERO AÑO 2010**

PROVINCIA	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	NÚMERO	SUELDO PROMEDIO	NÚMERO	SUELDO PROMEDIO	NÚMERO	SUELDO PROMEDIO
Azuay	50.391	436,35	65.155	561,62	115.546	506,99
Bolívar	5.994	441,70	6.037	512,39	12.031	477,17
Cañar	8.370	426,65	14.318	480,96	22.688	460,92
Carchi	6.407	426,47	7.434	473,08	13.841	451,50
Chimborazo	16.886	441,43	19.107	516,96	35.993	481,53
Cotopaxi	17.617	385,46	20.491	447,73	38.108	418,94
El Oro	21.729	432,77	39.992	440,73	61.721	437,93
Esmeraldas	15.930	424,79	19.976	559,83	35.906	499,92
Galápagos	2.072	531,65	3.171	619,31	5.243	584,67
Guayas	198.474	506,87	359.965	536,72	558.439	526,11
Imbabura	19.406	400,15	22.279	465,03	41.685	434,82
Loja	19.867	472,17	22.941	545,34	42.808	511,38
Los Ríos	16.394	418,21	34.968	413,90	51.362	415,27
Manabí	45.897	437,30	58.471	503,78	104.368	474,55
Morona Santiago	3.976	487,22	5.596	548,26	9.572	522,91
Napo	4.124	446,56	4.748	518,46	8.872	485,03
Orellana	3.773	417,65	6.471	493,64	10.244	465,65
Pastaza	3.632	460,14	4.868	497,38	8.500	481,47
Pichincha	323.261	572,66	439.069	711,55	762.330	652,66
Santa Elena	5.826	435,32	9.770	523,05	15.596	490,27
Santo Domingo de los Tsáchilas	12.127	389,01	21.978	416,47	34.105	406,71
Sucumbios	4.928	438,21	8.720	588,40	13.648	534,17
Tungurahua	26.508	415,25	35.525	472,54	62.033	448,06
Zamora Chinchipe	3.283	478,99	5.384	541,21	8.667	517,64
Otros Países	51	416,67	33	484,55	84	443,33
<b>Total</b>	<b>836.923</b>	<b>503,38</b>	<b>1.236.467</b>	<b>584,40</b>	<b>2.073.390</b>	<b>551,70</b>

Fuente: IESS

## Gráfico Nº 44. Afiliados cotizantes del seguro obligatorio, clasificados por edad y género, año 2010

AFILIADOS COTIZANTES DEL SEGURO GENERAL OBLIGATORIO CLASIFICADO POR EDAD Y GÉNERO  
AÑO 2010

EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	NÚMERO	SUELDO PROMEDIO	NÚMERO	SUELDO PROMEDIO	NÚMERO	SUELDO PROMEDIO
Menor a 16	101	244,16	186	258,12	287	253,20
16	273	236,39	532	239,37	805	238,36
17	726	250,29	1.409	247,69	2.135	248,57
18	4.966	272,70	8.801	275,74	13.767	274,64
19	9.536	283,32	16.670	288,67	26.206	286,72
20	12.847	317,99	23.330	305,60	36.177	310,00
21	15.970	308,26	28.526	319,09	44.496	315,20
22	19.822	329,00	33.016	335,02	52.838	332,76
23	22.607	357,48	36.031	362,25	58.638	360,41
24	25.016	388,37	38.559	377,43	63.575	381,73
25	26.925	416,77	41.043	403,24	67.968	408,60
26	27.809	445,31	42.051	428,90	69.860	435,43
27	27.928	467,99	41.938	462,44	69.866	464,66
28	28.273	478,72	43.120	480,26	71.393	479,65
29	28.162	492,95	42.971	501,03	71.133	497,83
30	27.664	515,68	41.953	523,93	69.617	520,65
31	27.109	526,80	41.226	536,68	68.335	532,76
32	25.677	526,01	39.385	567,38	65.062	551,05
33	24.623	548,45	37.673	593,21	62.296	575,52
34	23.943	544,65	36.262	594,66	60.205	574,77
35	22.479	540,57	33.512	607,97	55.991	580,91
36	22.193	545,78	33.096	612,48	55.289	585,70
37	21.498	540,94	31.566	628,09	53.064	592,79
38	21.353	540,42	30.721	648,55	52.074	604,21
39	21.389	537,35	30.407	648,35	51.796	602,51
40	20.102	535,42	28.693	662,68	48.795	610,26
41	19.065	546,42	27.143	672,65	46.208	620,57
42	19.002	540,31	26.810	671,00	45.812	616,79
43	18.334	553,08	25.239	682,09	43.573	627,80
44	18.106	553,17	24.434	685,24	42.540	629,03
45	18.600	554,12	24.786	708,35	43.386	642,23
46	17.902	564,86	23.864	730,50	41.766	659,50
47	17.627	567,22	23.532	728,34	41.159	659,34
48	16.968	562,02	22.488	723,56	39.456	654,09
49	16.172	572,38	21.127	724,75	37.299	658,69
50	15.565	569,49	20.830	764,90	36.395	681,33
51	14.708	565,22	19.500	740,25	34.208	664,99
52	13.997	583,57	18.031	752,75	32.028	678,82
53	13.852	561,11	17.997	731,19	31.849	657,22
54	13.268	563,94	17.027	765,38	30.295	677,15
55	12.762	555,30	16.548	720,95	29.310	648,82
56	11.696	548,43	15.552	763,63	27.248	671,26
57	10.918	547,04	14.285	751,32	25.203	662,83
58	9.774	552,68	12.943	773,16	22.717	678,30
59	9.383	524,09	12.545	760,79	21.928	659,51
60	7.844	524,46	10.968	811,80	18.812	691,99
61	6.266	525,12	8.991	825,40	15.257	702,08
62	5.322	491,28	8.006	794,16	13.328	673,22
63	4.746	497,13	7.465	765,61	12.211	661,26
64	4.132	462,91	6.712	780,94	10.844	659,76
65	2.651	540,77	4.983	867,79	7.634	754,23
66	1.886	531,33	3.970	797,34	5.856	711,67
67	1.467	564,24	3.281	911,03	4.748	803,88
68	1.277	543,46	2.801	855,66	4.078	757,90
69	1.007	489,59	2.272	803,54	3.279	707,12
70	725	540,53	1.822	793,12	2.547	721,22
71	578	560,10	1.455	805,65	2.033	735,84
72	456	575,24	1.253	819,48	1.709	754,31
73	361	533,44	997	793,85	1.358	724,62
74	297	721,96	896	825,90	1.193	800,02
75	269	612,61	706	752,02	975	713,55
76	174	538,52	560	824,15	734	756,44
77	157	480,36	394	910,45	551	787,90
78	124	566,15	366	752,11	490	705,05
79	91	514,75	297	776,26	388	714,93
80 y más	403	580,97	914	780,53	1.317	719,47
<b>Total</b>	<b>836.923</b>	<b>503,38</b>	<b>1.236.467</b>	<b>584,40</b>	<b>2.073.390</b>	<b>551,70</b>

Fuente: IESS

**Gráfico N° 45. Afiliados cotizantes por relación de trabajo de afiliado, clasificado por género, año 2010**

**AFILIADOS COTIZANTES POR RELACIÓN DE TRABAJO DEL AFILIADO CLASIFICADO POR GÉNERO  
AÑO 2010**

RELACIÓN DE TRABAJO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	NÚMERO	SUELDO PROMEDIO	NÚMERO	SUELDO PROMEDIO	NÚMERO	SUELDO PROMEDIO
Afiliados Rise	762	253,32	710	257,25	1.472	255,22
Agrícola	6.146	293,89	28.654	304,13	34.800	302,32
Autónomo	4.212	272,40	5.174	295,76	9.386	285,28
Construcción	796	348,04	27.555	331,52	28.351	331,98
Doméstico	50.413	242,57	6.145	262,42	56.558	244,73
Gráficos	83	542,83	358	613,61	441	600,29
Maestros del Taller	5.581	254,66	7.525	263,21	13.106	259,57
Magisterio Fiscal	104.244	340,06	57.877	457,94	162.121	382,15
Operario	18.708	245,16	20.620	249,72	39.328	247,55
Privado	476.246	489,13	869.073	547,97	1.345.319	527,14
Público	125.312	965,50	189.018	980,46	314.330	974,49
Trabajadores Tiempo Parcial	13.031	200,61	8.859	264,27	21.890	226,37
Voluntario	31.370	241,73	13.866	244,29	45.236	242,51
Zafretero	19	211,52	1.033	276,87	1.052	275,69
<b>Total</b>	<b>836.923</b>	<b>503,38</b>	<b>1.236.467</b>	<b>584,40</b>	<b>2.073.390</b>	<b>551,70</b>

Fuente: IESS

Estos datos nos permiten ver que en el año 2010 el menor salario promedio pagado fue de Usd 200,61 correspondiente a trabajadoras a tiempo parcial. De igual manera podemos ver que el salario promedio pagado en la provincia del Guayas fue mayor a Usd 511,00, lo cual nos da una idea de que los estratos menos favorecidos no son precisamente los principales beneficiarios de los servicios de salud del IESS.

## CAPÍTULO IV

### 4. 1. CONCLUSIONES

Con el fin de obtener conclusiones y recomendaciones basadas y alineadas a nuestro objetivo general especialmente si las TIC's ayudaron a fortalecer las políticas públicas de salud, satisfaciendo las necesidades de las afiliadas al IESS y atendidas el Hospital E.C.Sotomayor gracias al convenio con la Junta de Beneficencia de Guayaquil, y una vez revisadas las encuestas y su análisis respectivo se ha comprobado que las Tecnologías de la Información y Comunicación en el Sistema Nacional de la Salud, junto a las políticas de Estado respecto al tema se ha comprobado que fue una decisión positiva porque han logrado satisfacer las necesidades de los afiliados y brindar una atención mejorada a la mayoría de ellos, disminuyendo el tiempo de espera para obtener una cita médica, en el caso de Gineco-obstetricia el histórico refería hasta 3 meses o más, disminuyendo a un promedio entre 20 y 30 días, lo que universalmente es aceptable por las recomendaciones de la OMS del control prenatal precoz, oportuno, periódico y con enfoque de riesgo en el embarazo sin problemas debe ser acorde al tiempo que da la cita actualmente el call center del IESS, esto es al 95% en el agendamiento de citas médicas y se ha contribuido a disminuir el ausentismo que bordeaba en el Hospital Gineco-Obstétrico "Enrique C. Sotomayor" en sus inicios del 27%, al 15.5% en la actualidad a través de estrategias de comunicación personalizada con la ayuda de las secretarías, la contratación de las guías hospitalarias y de las trabajadoras sociales del hospital. La primera causa de ausentismo a la cita médica de acuerdo a la encuesta realizada a las afiliadas del IESS y a los profesionales de salud, fue la no autorización de permisos para acudir a la atención médica por parte de los empleadores.

Para ello hemos implementado un plan de acción que consiste en primera instancia: a) Extensión de la cobertura al horario de atención de lunes a viernes, lo que antes era hasta las 16h30, actualmente es hasta las 18h30, pero en la realidad los médicos que dan atención a las afiliadas del IESS muchas veces terminan su jornada a las 20horas, y b) Continuar diariamente con las llamadas de recordatorio y confirmación de citas, para disminuir el ausentismo. Dentro de un mes estaremos brindando atención los días sábados a los afiliados del IESS.

Además hemos superado el objetivo de las consultas mensuales por call center que de un histórico estadístico referido de 3.842 pacientes, nos

habíamos planteado superar el 15% (4.418) en el objetivo de acuerdo al diseño elaborado por la multinacional inglesa London Group y basados en el Balance Score Card de Kaplan y Norton, para llegar a cifras que superan el número de atenciones a 5.293 con una encuesta de satisfacción de las afiliadas al IESS atendidas en el Hospital E. Sotomayor del 93%.

En relación a los objetivos específicos, a qué grupos y de qué estratos sociales se han beneficiado del uso de las TICS en el servicio ciudadano que se ofrece en el IESS, específicamente en el sector de salud, han sido la población del estrato socioeconómico medio y medio-alto, porque son los que tienen más acceso a las TIC's, a diferencia del estrato socioeconómico bajo que tiene sus limitaciones en el acceso a internet, pero no así al call center.

Asimismo la imagen del IESS se fortaleció como una entidad que promueve el gobierno electrónico en beneficio de sus afiliados, prueba de esto es que se han logrado mejoras específicas de acuerdo a las necesidades de los tiempos actuales, integrando sistemas informatizados en el Sistema Integral de Gestión Hospitalaria.

Según lo planteado las innovaciones en cuanto la gestión hospitalaria son las siguientes:

Manejo integral de los **procesos asistenciales, administrativos, logísticos y financieros**

Uso de la **Historia Clínica Única HCU, electrónica** por paciente, cuyo número de identificación es la cédula de identidad.

**Validación de identidad** con el Registro Civil

Generación de la **Receta Electrónica** y control en la entrega de medicamentos, el manejo de inventarios y el costeo de los servicios

Disponibilidad del **Sistema de Información Gerencial** por hospital y para niveles superiores de toma de decisiones, con información en línea

Implementación y funcionamiento del Subsistema Nacional de Referencia, Derivación, Contrareferencia, Referencia Inversa y Transferencia de usuarios, fortaleciendo y consolidando la Red Pública Integral de Salud.

Manejo de **estándares internacionales** de gestión médica.

Manejo de **voz sobre IP**.

Aseguramiento de **alta disponibilidad del servicio**

**Con nuevo Modelo de Atención basado en las siguientes premisas a cumplir:**

Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención.

Implementación del programa de Técnicos de Atención Primaria en Salud.

Implementación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

#### **4.2. RECOMENDACIONES:**

Entre las observaciones técnicas a corregir se puede mencionar:

Elaborar manuales instructivos para los usuarios más fáciles de hallar en la web del IESS. Además de hacerlos más navegables. Esta recomendación va para todos los servicios en línea que se ofrezca.

Implementar una activa gestión y estrategia de redes sociales en Facebook y Twitter. Publicar contenidos de valor, respuestas a las preguntas más frecuentes y tratar de incentivar el uso del internet para pedir información.

Desarrollar o contratar un software que permita desglosar estadísticas más segmentadas, a fin de mejorar los servicios de acuerdo las necesidades específicas de cada grupo socioeconómico.

Socializar, implementar y monitorear el buen funcionamiento del Subsistema Nacional de Referencia, Derivación, Contrarreferencia, Referencia Inversa y Transferencia de usuarios, fortaleciendo y consolidando la Red Pública Integral de Salud, en beneficio de la atención oportuna de los afiliados/as con calidad y calidez.

Contratar a profesionales especialistas en las diversas disciplinas médicas, y capacitarlos con todos los adelantos y herramientas del sistema informático gerencial, por la necesidad imperiosa de la sociedad ecuatoriana.

Establecer controles que mantengan al tanto de la satisfacción del servicio al cliente. Por ejemplo: botones de calificación de la atención similar a los bancarios, o implementar un buzón de quejas electrónico, dentro de micrositos de la web creados especialmente para el efecto.

## LISTA DE REFERENCIAS

- Alabau, A. (1998). La UE y su política de telecomunicaciones. Los fundamentos de las telecomunicaciones. (11), 60-66.
- Barkin, C., Bennet, A., Remez, S. (2001). The Catalyst for Electronic Government Administración Ciudadana. (2), 30-33.
- Bihari, Gábor y Charles Jókay. (1999). Telecottages in Hungary: The Experience and the Opportunities. *Budapest, I. G. E. Ltd.* (2), 60-67.
- Castells Manuel. (1999). La sociedad red. *La era de la información. 1* (1), 96-98.
- Castells, Manuel. (2001). Reflexiones sobre internet, empresa y sociedad. *La Galaxia Internet.* (5), 20-24.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2006). La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad. *Revista de la Cepal.* (99), 19-21.
- Comisión Interamericana de la Seguridad Social. (2004). Reformas de los esquemas de la seguridad social. *Informe de la seguridad social en América Latina 2004.* (1), 69.
- Cossío, Bonadona Alberto. Riveros Gonzalo. (2001). Hacia una Estrategia Digital para la República de Bolivia. *Subcomponente Gobierno Electrónico de PRONAGOB.* (1), 14-15.  
Recuperado de [www.bolivia.gov.bo/paginas/elecestrategia2.htm](http://www.bolivia.gov.bo/paginas/elecestrategia2.htm)
- Cossío, Bonadona Alberto; Tejada, Riveros Gonzalo; Hurtado, Clifford Paravicini; Arce, Rodrigo; León María; Haftel, Willy. (2001). Bases para la formulación de la Estrategia Nacional de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) - Gobierno de Bolivia. *Subcomponente Gobierno Electrónico de PRONAGOB.* (1). 40-48.  
Recuperado de [www.bolivia.gov.bo/paginas/elecestrategia1.htm](http://www.bolivia.gov.bo/paginas/elecestrategia1.htm)
- Costa, André L. (1998). Licitação, concorrência e preço: análise da Lei da Licitação com base em modelos de concorrência e formação de preços. *Revista de Administração Pública.* (32), 195-208.
- Datanális. (2002). Indicadores de Penetración y Uso de Internet en Venezuela. *Estrategias competitivas en el comercio electrónico para las empresas del sector agroindustrial con páginas web inscritas en la Cámara.* (1), 36-38.  
Recuperado de [http://www.cavecom-e.org.ve/common/noticia/Penetración\\_Internet\\_Octubre\\_02\\_web.pdf](http://www.cavecom-e.org.ve/common/noticia/Penetración_Internet_Octubre_02_web.pdf)
- Grau, M. y Mateos, A. *Enfoques analíticos y políticas públicas sectoriales en España. La reforma administrativa desde el ciudadano.* (1), 295.
- Hague B. y Loader B. (1999). Digital Democracy: an introduccion. *Discourse and Decision-Making in the Information.* (2), 3-20.

HCE Sistema Médico Integral. Cuáles son las ventajas de la Historia Clínica Electrónica (HCE) frente a la Historia Clínica en papel (HCT)? Recuperado de <http://www.historiaclinicaecuador.com/preguntas.php>

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2010). Reglamento para la atención de Salud Integral y en Red de los asegurados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. *Resolución Número 308*. (1), 10-11.

Jordana, J. (2002). Governing Telecommunications and the Information Society in Europe. *Entre sueños utópicos y visiones pesimistas*. (2), 38-39.

Mattelart Armand. (2002). Premisas y contenidos ideológicos de la sociedad de la información en J. Vidal Beneyto. *La ventana global*. (2), 71.

Mesa Lago, C. (2005). Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. *Revista de la Cepal*. (84), 30-31.

Miramontes, O. y Desouza, O. (1996). The nonlinear dynamics of survival and social facilitation in termites. *Journal of Theoretical Biology*. 181(4), 373-380.

Núñez Jorge. (1984). Los orígenes del Seguro Social Ecuatoriano: La Caja de Pensiones. *Historia del Seguro Social Ecuatoriano. La evolución institucional*. (2), 24.

Organization for Economic Co-operation and Development. (1998). Impact of the emerging Information Society on the policy development process and democratic quality. *Digital Divide*. (3), 67-69.

Organización Panamericana de la Salud. (2005). Llamado a la acción de Toronto, 2006–2015. Hacia una década de recursos humanos en salud para las Américas. *VII Reunión Regional del Observatorio de Recursos Humanos en Salud*. (1), 57-58.

Organización Panamericana de la Salud. (2006). La situación de salud en la región. *Desafíos de la gestión de los recursos humanos en salud 2005–2015*. (1), 11-14.

Ramió, C. (1999). Corrientes neoempresariales versus corrientes neopúblicas: cultura administrativa, valores públicos y credibilidad social. Un planteamiento radical. *Instituciones y Desarrollo*, (5), 30-50.

Redacción Editorial Gran Tauro. (2011). Call center: espere en la línea. *Revista Vanguardia*. (160), 27-29.

Redacción Diario El Universo. (2012). Con nuevo mecanismo se evitan las citas en el IESS. *Diario El Universo, Sección Actualidad*. (1), 4.

Redacción Diario El Mercurio. (2012). IESS busca mejorar citas médicas. *Diario El Mercurio, Sección Actualidad*. (1), 6.

Rosales Briceño C. (2009). La historia clínica electrónica: un nuevo paradigma. *Gaceta Médica Caracas*. (117), 171-172.

Sancho, D. (1999): Gestión de Servicios Públicos: Estrategias de Marketing y Calidad. *Marketing Público: Investigación, aplicaciones y estrategia*. (1), 40-47.

Sancho, D. (2002). National platforms for the Information Society development. The development of the Spanish Electronic Administration. (2), 74-77.

Sancho, D. (2002). La intervención pública en el sector de las telecomunicaciones: Una aproximación a las políticas regulativas. Estrategias de evaluación de iniciativas de administración electrónica. (1), 83-85-

United Nations Division for Public Economics and Public Administration & American Society for Public Administration. (2002). Benchmarking e-Government: a global perspective. *Assessing the progress of the UN member states*. (1), 45-60.

Recuperado de <http://www.aladi.org/NSFALADI/SITIO.NSF/INICIOP>

Viteri Llanga Joaquín. La seguridad social ecuatoriana y su reforma. Seguridad Social. (1). 10-11.

Recuperado de [http://www.ciss.org.mx/pdf/editorial/256/256\\_03.pdf](http://www.ciss.org.mx/pdf/editorial/256/256_03.pdf)