



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

Sistema de Posgrado Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud

TEMA

**"PROPUESTA DE UN PLAN DE GESTIÓN DE ADMINISTRACIÓN EN
EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PUERTA DE ENTRADA
OBLIGATORIA AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD CANTÓN
BALZAR AÑO 2014"**

AUTORA:

DRA. HELEN AYALA BUSTILLOS

**Tesis previa a la Obtención del Título de: MAGISTER EN GERENCIA EN
SERVICIOS DE LA SALUD**

TUTOR

DR.FRANCISO OBANDO

GUAYAQUIL – ECUADOR 2015



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Sistema de Posgrado Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la Doctora Helen Ayala Bustillos, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magister en Gerencia en Servicios de la Salud**.

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Francisco Obando Freire

REVISOR(ES)

Ing. Elsie Zerda Bareno

Eco. Glenda Gutiérrez Candela

DIRECTORA DEL PROGRAMA DE POSGRADO

Econ. María del Carmen Lapo Maza

Guayaquil, a los 15 del mes de Julio del año 2015



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Sistema de Posgrado Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, HELEN YADIRA AYALA BUSTILLOS, **DECLARO QUE:** La tesis "**PROPUESTA DE UN PLAN DE GESTIÓN DE ADMINISTRACIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PUERTA DE ENTRADA OBLIGATORIA AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD CANTÓN BALZAR AÑO 2014**"previo a la obtención del Grado Académico de **Magister en Gerencia en Servicios de la Salud**, ha sido desarrollado con base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el contenido, 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, a los 15 del mes de Julio del año 2015

LA AUTORA

DRA. HELEN YADIRA AYALA BUSTILLOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Sistema de Posgrado Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud

AUTORIZACIÓN

Yo , **HELEN YADIRA AYALA BUSTILLOS**, Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución de la Tesis de: **Magister en Gerencia en Servicios de la Salud**, Titulada "**PROPUESTA DE UN PLAN DE GESTIÓN DE ADMINISTRACIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PUERTA DE ENTRADA OBLIGATORIA AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD CANTÓN BALZAR AÑO 2014**", cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 15 del mes de Julio del año 2015

LA AUTORA

DRA. HELEN YADIRA AYALA BUSTILLOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Sistema de Posgrado Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud

ANÁLISIS URKUND

← → <https://secure.orkund.com/view/14845750-138517-774753#q1bKLvayjibQMqQix1Dx1DYx1DEx1DUx1DMx1Dcx1DCx1DSx1j9haAA==>

URKUND

Document [tesis junio.docx](#) (D14822943)
 Submitted 2015-06-11 21:10 (-05:00)
 Submitted by Helen Ayala (dra.helenayala@hotmail.com)
 Receiver maria.lapo.uccg@analysis.orkund.com
 Message Corrección HELEN AYA LA [Show full message](#)

4% of this approx. 26 pages long document consists of text present in 4 sources.

Rank	Path/Filename
	http://www.scielo.org/pdf/spm/v53s2/17.pdf
	1411141817_cobertura.de.salud.en.el.ecuador.doc
	http://www.scielo.org/pdf/spm/v53s2/13.pdf
	http://bzv.insp.mx/irsp/articulos/articulo_e4.php?id=002620
	Tesis_Final_Katherine_López.doc
	http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=5376:hss-primaria-heal...
	http://www.slideshare.net/andy2010avbh/administracion-en-salud-finall-2

1 Warnings Reset Export Share

92% Active External source: <http://www.slideshare.net/andy2010avbh/administracion-en-salud-finall-2> **92%**

Priorización de condiciones y problemas de salud desde un enfoque de evitabilidad. Estrategia Nutrición Acción - Desnutrición, Atención Integral en salud a personas con problemas crónicos degenerativos, Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar - ENIPLA, Estrategia de Desarrollo Integral Infantil.

Los nuevos desafíos epidemiológicos que la APS (Atención Primaria de la Salud) debe asumir; la urgencia de corregir las falencias e incoherencias presentes en los distintos enfoques, el desarrollo de nuevas experiencias e instrumentos de buenas prácticas que pueden agregarse con el objetivo de aumentar la efectividad de la Atención Primaria de Salud. CITATION Org15 | 12298 | Organización Panamericana de la Salud, 2008)

El progresivo consenso respecto a que la APS es un enfoque firme para abordar las bases de la falta de salud y de las diferenciaciones. Todo ser humano tiene derecho a un nivel de vida que le permita al mismo y a su familia gozar de salud y bienestar que incluya la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. Tiene, asimismo, derecho a seguridad en caso de desempleo, enfermedad, vejez y vejez. CITATION Org12 | 12298 | Organización Panamericana de la Salud, 2008) En el Ecuador se han podido visualizar grandes cambios en los últimos años, modificaciones que no logran ser al 100% pues resulta un poco difícil lograr un cambio completo de mentalidad de los usuarios, quienes muchas veces se basan en la gratuidad de la salud, pero no en las complicaciones que se presentan como consecuencia a tratamientos no cumplidos, lo que genera malestar en el usuario externo y a su vez en el interno; Sin embargo es notable que muchos de los planes estratégicos del Ministerio de Salud Pública como ente regulador del Sistema Nacional de Salud son efectivos. Pese a la identificación acerca de la importancia de que los servicios de salud se organicen por niveles de atención, el primero y segundo nivel de atención en los que se puede solucionar más del 90% de las dificultades de salud, en el sector público han permanecido debilitados por los bajos presupuestos, el descuido de los establecimientos, la carencia e inestabilidad laboral de los colaboradores repercutieron en una limitada capacidad de resolución y la consecuente pérdida de confianza por parte de los

AGRADECIMIENTO

El agradecimiento es la memoria del corazón, llevaré en mi mente los hermosos recuerdos de mis compañeros de aula y ahora grandes amigos, cada uno con distintas ideas y profesiones pero con un mismo objetivo.

Agradezco a quienes conforman el Sistema de Posgrado la Economista María del Carmen Lapo, Belén Ordoñez, Anita Merchán, Zaida Ordoñez quienes siempre nos apoyaron y guiaron de forma incondicional, a mis grandes y sabios maestros quienes me brindaron conocimientos sin límites, a mi tutor el Dr. Francisco Obando por sus sabios consejos y enseñanzas.

Mi más sincero agradecimiento a los miembros del Ministerio de Salud Pública quienes me permitieron acceder a tan valiosa información para realizar mi Tesis de Grado, a la Dra. Natalia Moreano, Economista Xavier corrales, Luis Tomalá y al Psic. Jorge Vanegas por su apoyo para llegar a cumplir esta meta que cierra una etapa más de mi vida profesional y a su vez me brinda apertura a nuevos horizontes.

Helen Yadira Ayala Bustillos

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios y mi Madre celestial quienes son el pilar fundamental de mi vida, a mi Familia sobre todo a mi Madre quien incondicionalmente supo apoyarme en este nuevo reto, a mi Abuelita y a mi Hija que están en el cielo y son quienes guían mis pasos día a día.

Helen Yadira Ayala Bustillos.

INDICE DE CONTENIDO

Certificación	I
Declaración de responsabilidad.....	II
Autorización	III
Análisis Urkund.....	IV
Indice De Tablas.....	IX
Indice De Figuras	X
Resumen	XI
Abstract	XII
Introducción	1
Planteamiento del Problema.....	4
Formulación del problema	8
Preguntas de Investigación.....	8
Justificación del Estudio.....	8
Objetivos	10
Objetivo General	10
Objetivos Específicos	10
1. Capítulo 1 Marco Teórico Conceptual	11
1.1 Administración De La Salud	11
1.2 El Sistema Nacional De Salud En El Ecuador	13
1.3 Niveles De Atención: Tipología Y Homologación De Establecimientos De Salud..	14
1.4 Procesos Para Que El Primer Nivel Sea La Puerta De Entrada Obligatoria Al Sistema Nacional De Salud	18
1.5 Funciones Esenciales De La Salud Pública	22
1.6 Modelo De Gestión Del Ministerio De Salud Pública	27
2. Capítulo Marco Referencial	31
2.1 Sistema Nacional De Salud Chile.....	31
2.2 Sistema Nacional De Salud México	33
2.3 Sistema Nacional De Salud En Cuba	36
2.4 Sistema Nacional De Salud En Costa Rica	39
2.5 Contexto Cultural	41
3. Capítulo 3 Marco Metodológico	43

3.1 Tipo Y Diseño De Investigación	43
3.2 Determinación De La Población Y Muestra.....	44
3.3 Técnica De Recolección De Datos	44
3.4 Instrumentos	45
3.5 Unidades De Análisis	45
3.7 Resultados De La Investigación En El Distrito 09d13 - Balzar	49
3.8 Entrevistas Realizadas	61
3.9 Encuestas a Usuarios	64
4. Capítulo 4: La Propuesta.....	70
4.1 Antecedentes:.....	70
4.2 Justificación:.....	70
4.3 Misión:.....	71
4.4 Visión:	71
4.5 Beneficiarios.....	71
4. 6 Objetivos.....	71
4.6.1 Objetivo General.....	71
4.6.2 Objetivos Específicos.....	71
4.7 Estrategias Y Acciones	72
4.8 Alcance	73
4.9 Estudio De Factibilidad	74
4.10 Autorización Y Aprobación.....	74
4.11 Resultados Esperados	74
4.12 Presupuesto.....	75
4.13 Costo Beneficio	75
4.14 Cronograma	76
4.15 Plan Comunicacional.....	77
4.16 Organigrama.....	78
4.17 Matriz De Riesgo.....	79
4.18 Conclusiones.....	80
4.19 Recomendaciones	80
Referencias	82
Apéndices	86

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Tipología de las Unidades de salud.....	16
Tabla 2 Principales Causas de muertes en Chile.....	32
Tabla 3 Principales Causas de muertes de Mujeres en México.....	35
Tabla 4 Principales Causas de muertes de Hombres en México.....	35
Tabla 5 Principales Causas de muertes de Mujeres en Cuba.....	38
Tabla 6 Principales Causas de muertes de Hombres en Cuba.....	38
Tabla 7 Principales Causas de muertes de Mujeres en Costa Rica.....	40
Tabla 8 Principales Causas de muertes de Mujeres en Costa Rica.....	40
Tabla 9 Morbilidades y pacientes atendidos en Consulta del I Nivel.....	54
Tabla 10 Transferencias de pacientes desde el I nivel.....	60
Tabla 11 Plan de acción.....	72
Tabla 12 Presupuesto.....	75
Tabla 13 Cronograma de Actividades.....	76
Tabla 14 Plan Comunicacional.....	77
Tabla 15 Matriz de Riesgo.....	79

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 Organigrama del Ministerio De Salud Pública	29
Figura 2 Organigrama del Coordinaciones Zonales del Ministerio De Salud Pública	29
Figura 3 Organigrama de Direcciones Distritales Ministerio De Salud Pública.....	30
Figura 4 Flujograma de atención de pacientes Centro de Salud	45
Figura 5 Flujograma de atención de paciente emergente del Hospital Básico Balzar	46
Figura 6 Flujograma de atención de paciente no emergente del Hospital Básico Balzar	46
Figura 7 Flujograma de atención de paciente emergente a través de la RPIS	47
Figura 8 Flujograma de atención de paciente no emergente a través de la RPIS	48
Figura 9 Morbilidades consulta de I nivel Centro de Salud Los Cerritos Distrito 09D13	49
Figura 10 Morbilidades consulta de I nivel Centro de Salud La Guayaquil Distrito 09D13 ...	50
Figura 11 Morbilidades consulta de I nivel Centro de Salud Los Choneros Distrito 09D13 ..	51
Figura 12 Morbilidades consulta de I nivel Centro de Salud San Jacinto De Balzar Distrito 09D13	52
Figura 13 Morbilidades consulta de I nivel Centro de Salud Balzar Distrito 09D13	53
Figura 14 Morbilidades consulta de Emergencia Hospital Básico Balzar	55
Figura 15 Morbilidades consulta de Consulta externa Hospital Básico Balzar	56
Figura 16 Transferencias de II nivel RPIS	57
Figura 17 Transferencias de II nivel RPIS de (Consulta externa).....	58
Figura 18 Transferencias de I nivel RPIS de (Consulta externa).....	59
Figura 19 Encuesta ¿Cuenta usted con un Centro de Salud cercano a su domicilio?	64
Figura 20 Encuesta ¿Ha tenido usted alguna dificultad para acceder a los servicios que no cuenta el Hospital Básico Balzar	65
Figura 21 Encuesta ¿Sabe usted qué es la Red Pública Integral de Salud y su función?.....	66
Figura 22 Encuesta ¿Cómo califica usted el servicio de los Centros de Salud a los que ha asistido?.....	67
Figura 23 Encuesta ¿Cree usted que la causa de acudir primero a un Hospital y es porque el Centro de Salud no es efectivo	68
Figura 24 Organigrama Distrital	78

RESUMEN

El primer nivel de atención de salud es la piedra angular del Sistema de Salud de todos los países del mundo, lograr que la operatividad de la misma sea efectiva resulta ser un desafío, disminuir las autoreferencias es el objetivo para que sea la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud. Se realizó una investigación de campo, exploratoria y descriptiva, se utilizó el método histórico lógico la muestra intencional de 41 usuarios a quienes se les realizaron encuestas de campo, con el fin de analizar la administración del Primer nivel y proponer un plan para lograr superar las barreras que impiden que sea la puerta de ingreso al Sistema Nacional de Salud, así como entrevistas a cuatro profesionales Líderes de diversos procesos en el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

El 90% de los usuarios refieren que cuentan con un Centros de Salud cercano a su domicilio, el 80% tiene dificultad para acceder al servicio de salud de Primer nivel, el 93% desconoce qué es la Red Pública Integral de Salud, el 52% se sienten insatisfechos con el servicio que reciben, el 87% consideran a la autoreferencia como una forma rápida de ser atendidos, la morbilidad más frecuente en el Primer y Segundo Nivel de Atención es la Infección de vías urinarias.

De forma general las estrategias para lograr que el servicio del Primer Nivel sea efectivo deben ser fortalecidas con el objetivo de brindar atención oportuna con calidad y calidez de forma equitativa con soluciones a corto plazo que se describen en el presente trabajo.

Palabras clave: Primer Nivel de Atención, autoreferencia, Red Pública Integral de Salud

ABSTRACT

The first level of health care is the cornerstone of the health system of every country in the world, ensuring that the operation thereof is effective turns out to be a challenge, reduce self references is the aim to be the gateway to National Health System. Field research was conducted exploratory and descriptive, logical historical method was used intentional sample of 41 users who were made field surveys in order to analyze the administration of Prime level and propose a plan in order to overcome the barriers to be the gateway to the National Health System, as well as interviews with four professional leaders of various processes in the Ministry of Public Health of Ecuador.

90% of users report that have a nearby health centers to home, 80% have difficulty accessing the health service First level, 93% do not know what is the Comprehensive Public Health Network, 52% are dissatisfied with the service they receive, 87% consider self-reference as a quick way to be treated, the most common disease in the First and Second Level of Care is the urinary tract infection.

In general strategies for achieving the first level service to be effective they must be strengthened in order to provide timely quality care and warmth evenly with short-term solutions described in this paper.

Keywords: first level of care, self-reference, Public Health Integrated Network

INTRODUCCIÓN

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) tiene como desafío fortalecer la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Integral, trabajar con las familias, impulsar nuevas formas relacionales, situar al usuario en el centro de la atención, construyendo buenas prácticas, impulsando intervenciones orientadas hacia resultados de impacto social. Desde la certeza que el enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural, son la disyuntiva para garantizar de manera efectiva a las necesidades de las personas, familias y comunidades, cooperando a mejorar su calidad de vida. (Montachana, Villacís, Arroyo, & Chicaiza, 2014).

La misión del MSP (Ministerio de Salud Pública) es asegurar el derecho a la salud de los ecuatorianos, a través de la promoción y protección de la salud, la seguridad alimentaria, la salud ambiental y el acceso ininterrumpido a servicios de salud. (Montachana, Villacís, Arroyo, & Chicaiza, 2014)

Los planes estratégicos establecidos por la OMS (Organización Mundial de la Salud) son: Priorización de condiciones y problemas de salud desde un enfoque de evitabilidad, Estrategia Nutrición Acción – Desnutrición, Atención Integral en salud a personas con problemas crónicos degenerativos, Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar – ENIPLA, Estrategia de Desarrollo Integral Infantil. Los nuevos desafíos epidemiológicos que la APS (Atención Primaria de la Salud) debe asumir; la urgencia de corregir las falencias e incoherencias presentes en los distintos enfoques; el desarrollo de nuevas experiencias e instrumentos de buenas prácticas que pueden agregarse con el objetivo de aumentar la efectividad de la Atención Primaria de Salud. (Organización Panamericana de la Salud, 2008)

El progresivo consenso respecto a que la APS es un enfoque firme para abordar las bases de la falta de salud y de las diferenciaciones. Todo ser humano tiene derecho a un nivel de vida que le permita al mismo y a su familia gozar de salud y bienestar que incluya la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. Tiene, asimismo, derecho a seguridad en caso de desempleo, enfermedad, viudez y vejez. (Organización Panamericana de la Salud, 2008)

En el Ecuador se han podido visualizar grandes cambios en los últimos años, modificaciones que no logran ser al 100% pues resulta un poco difícil lograr un cambio completo de mentalidad de los usuarios, quienes muchas veces se basan en la gratuidad de la salud, pero no en las complicaciones que se presentan como consecuencia a tratamientos no cumplidos, lo que genera malestar en el usuario externo y a su vez en el interno; sin embargo es notable que muchos de los planes estratégicos del Ministerio de Salud Pública como ente regulador del Sistema Nacional de Salud son efectivos.

Pese a la identificación acerca de la importancia de que los servicios de salud se organicen por niveles de atención, el primero y segundo nivel de atención en los que se puede solucionar más del 90% de las dificultades de salud, en el sector público han permanecido debilitados por los bajos presupuestos, el descuido de los establecimientos, la carencia e inestabilidad laboral de los colaboradores repercutieron en una limitada capacidad de resolución y la consecuente pérdida de confianza por parte de los usuarios en el Sistema Nacional de Salud. Al igual que el III nivel de atención, que es exclusivamente hospitalario de mayor complejidad fue víctima del embate de la continuo desarticulación de los servicios públicos, evidenciado en la falta de recursos y la baja calidad del gasto por la deficiencia en los procesos de supervisión y control. Además la situación se dificultó por no contar con un

sistema integrado de información que permita conseguir datos verídicos, esenciales para la planificación, toma de decisiones y supervisión de los resultados sanitarios y de la gestión.

(Ministerio de Salud Pública, 2012)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las unidades de salud del Cantón Balzar se deben regir a los planes estratégicos establecidos por la OMS, en Ecuador se ha denominado APS-r (Atención Primaria de Salud Renovada), en donde evidentemente no se ha logrado aplicarlo en su totalidad. El modelo utilizado no responde al modelo de APS formulada en Alma alta (1978), lo que provoca el deterioro de la salud de los habitantes de éste cantón, pues resulta muy difícil el acceso a médicos especialistas que requieren, únicamente porque no existe orden para el ingreso adecuado al Sistema Nacional de Salud. (Organización Panamericana de la Salud, 2008). Para el Ministerio de Salud Pública como Autoridad Sanitaria Nacional el reposicionamiento de la Atención Primaria de Salud Renovada es la piedra angular del proceso de transformación que vive el sector salud, sus lineamientos deben garantizar la cobertura de las demandas y necesidades de salud en el país, productos de las variaciones en el perfil demográfico y epidemiológico, a la urgencia de romper obstáculos en el acceso a los servicios de salud; efectivizar la articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, así como el reforzamiento de la capacidad resolutoria de todos los niveles de atención. (Ministerio de Salud Pública, 2012)

El estudio se basará en qué parte de la operatividad de las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública del Cantón Balzar es en donde existen las falencias que provocan complicaciones en los pacientes, cuáles son las barreras de acceso al SNS (Sistema nacional de Salud), cuáles son los factores que no permiten que el primer nivel de salud sea la puerta de entrada al SNS.

El MSP ha implementado cambios estructurales en el sector salud, que se enmarcan en el proceso de la Revolución Ciudadana que el Gobierno Nacional viene impulsando desde el año 2007. (Ministerio de Salud Pública, 2012)

Dentro del sector a analizar, el cual se maneja en base a la misma estrategia, no se visibiliza el cumplimiento de los procesos en el día a día para cumplir el objetivo en común deseado. El MAIS (Modelo de Atención Integral de la Salud) define claramente los lineamientos a seguir para que el flujo de pacientes desde el primer nivel sea efectivo, sin embargo pese a ello existe gran afluencia de pacientes en los Hospitales de II nivel específicamente en el área de emergencia, que no ameritan la autoreferencia, al no tratarse de situaciones clínicas que comprometan la vida del mismo.

La atención primaria debe concentrarse en los problemas sanitarios principales de la comunidad, identificarlos, prevenirlos y combatirlos; una vez clasificados derivarlos de forma correcta en el momento oportuno.

El usuario evita acudir al nivel correspondiente y considera que toda patología es una emergencia, lo cual colapsa las unidades operativas de II nivel de atención. Se ha demostrado que la estrategia para el desarrollo de los equipos de Atención Primaria de Salud, establecida por la OMS (Organización Mundial de la Salud), puede ser adaptada a los distintos contextos políticos, sociales y culturales. (Organización Panamericana de la Salud, 2008)

La desorganización de atención por niveles de complejidad, la desinformación y el no saber a dónde acudir ante situaciones que deben ser canalizadas desde el primer nivel y no dirigirse directamente a niveles de alta complejidad provoca la desatención y por ende complicaciones posteriores de los pacientes, quienes creen que se les niega la atención y no que el problema es que la puerta de entrada al sistema nacional de salud debe ser de forma ordenada, y es el primer nivel de atención quien debe garantizar la cobertura y el acceso universal de los usuarios a todos los servicios de salud, es la puerta entrada al Sistema

Nacional de salud, pese a los esfuerzos y la gran inversión de parte del gobierno la prestación de servicios en todos los niveles no es de satisfacción total para el usuario.

En el Cantón Balzar los usuarios desconocen cuáles son las formas correctas de ingresar al Sistema Nacional de Salud, lo cual genera inasistencia a consultas y a su vez provoca complicaciones potencialmente mortales que pueden ser prevenibles, sobre todo en edades susceptibles. Los pacientes se autorefieren al II nivel lo cual provoca el colapso de la emergencia del único Hospital con el que cuenta el Cantón, quejas, malos comentarios del servicio en todos los niveles de atención, cuando pese a los esfuerzos que realiza el personal de salud para cumplir los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud Pública no logran cumplir las expectativas de los usuarios.

La norma de subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia publicada en septiembre del 2013 por el Ministerio de Salud Pública (MSP) explica los lineamientos correctos para que los usuarios sean direccionados al nivel de complejidad respectivo, bajo esquemas terapéuticos basados en guías, normas y protocolos de atención por ciclos de vida y de acuerdo a sus necesidades, garantizando la atención oportuna del usuario y el acceso sin barreras a todos los servicios necesarios a través de la Red Pública Integral de Salud (RPIS). Existen estrategias claras para combatir la problemática principal que tienen en común la mayoría de las Unidades de I nivel *La autoreferencia*, sin embargo hasta el momento no es posible que sea efectiva y es en dónde surgen un sin número de dudas ¿A caso no funciona la Atención Primaria de la salud Renovada?, ¿Cuáles son los motivos por lo cual la estrategia de fortalecer el primer nivel de atención aún no se efectiviza?. La realidad es que el usuario se autorefiere a un establecimiento de salud de mayor nivel de atención debido a que no obtiene lo que necesita, no existen establecimientos de salud del primer nivel

cerca de su domicilio, o desconoce que el primer nivel está en capacidad de resolver su caso. Es realmente imposible evitar la autoreferencia de los usuarios a niveles de mayor complejidad, desde los cuales los pacientes deben ser atendidos y en lo posterior canalizados de forma correcta al nivel respectivo mediante el formulario 053 denominado *Referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa*.

En la actualidad se estableció que los Médicos Rurales deben permanecer durante todo el año en las unidades de primer nivel, cuando hasta hace unos meses atrás hacían guardias en los hospitales, lo que provocaba que el I nivel de atención de salud quede en el olvido, sin embargo tampoco ha sido la solución a los diversos problemas que se presentan en éste nivel de atención. La atención no se da a tiempo, los funcionarios están muy angustiados por cumplir procesos mínimos y no por entender estrategias macro que ayudarían a resolver los microprocesos. La demanda de pacientes cada vez es mayor, el éxito de su mejoría y no complicación es prevenir y detectar patologías a tiempo para evitar complicaciones en lo posterior, se podrán detectar con éste estudios las fallas magnas que no le permiten al usuario llegar al nivel de atención adecuado siendo atendido con calidad y calidez por la entrada correcta.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores que impiden que el plan de gestión de administración en el primer nivel de atención de salud del cantón Balzar sea efectivo?

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Existen fundamentos teóricos del Sistema Nacional de Salud y del Modelo de Atención Integral de Salud? ¿Cuáles son los referentes metodológicos del proceso de gestión en Atención Primaria de Salud? ¿Cuáles son los procesos administrativos en el Primer nivel de atención de salud en el Cantón Balzar? ¿Cuáles son los elementos constitutivos para la gestión de administración en el Primer Nivel de Atención en Salud? ¿Se han establecido estrategias de la atención primaria de salud en la Microred del Cantón Balzar? ¿Qué capacidad de resolución de problemas tiene en el primer nivel de atención en la Microred del Cantón Balzar? ¿Qué barreras de acceso a unidades de mayor complejidad existen en la Microred del Cantón Balzar? ¿Qué tipo de problemas no permiten que el flujo de los usuarios sea efectivo en la Microred del Cantón Balzar?

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La presente investigación será útil para las unidades de salud de primer nivel como una guía, para identificar si se está cumpliendo la normativa dispuesta en el Modelo de Atención Integral de Salud de fortalecer la atención primaria, conocer cuales son las causas que no permiten efectividad en la operatividad lo que conlleva a la autoreferencia de los usuarios. La propuesta de un plan de gestión de administración del primer nivel de atención será una herramienta fundamental que beneficiará a los usuarios internos y externos para mejorar la problemática expuesta, el objetivo es romper las barreras de acceso al Sistema Nacional de Salud a través de la Red Pública Integral de Salud y del Sistema de referencia, contrareferencia y derivación y cumplir con el Objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir que se plantea metas relevantes para mejorar la calidad de vida de los ecuatorianos, sobre todo en etapas vulnerables de la vida.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Elaborar un plan de gestión de administración en el primer nivel de atención de salud del cantón Balzar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analizar los fundamentos teóricos del Sistema Nacional de Salud y del Modelo de Atención Integral de Salud.
2. Caracterizar los referentes metodológicos del proceso de gestión en Atención Primaria de Salud.
3. Diagnosticar los procesos administrativos en el primer nivel de atención de salud en el Cantón Balzar
4. Diseñar elementos constitutivos para la gestión de administración en el primer nivel de atención en salud.
5. Identificar las estrategias de la atención primaria de salud en la Microred del Cantón Balzar.
6. Establecer los procesos de la capacidad de resolución de problemas en el primer nivel de atención en la Microred del Cantón Balzar.
7. Determinar las barreras de acceso a unidades de mayor complejidad en la Microred del Cantón Balzar.
8. Analizar los problemas principales que no permiten que el flujo de los usuarios sea efectivo en la Microred del Cantón Balzar.

CAPÍTULO 1

1. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.1 ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD

La palabra "administración" se forma del prefijo "ad", hacia, y de "ministratio", esta última palabra viene a su vez de "minister", vocablo compuesto de "minus", comparativo de inferioridad y del sufijo "ter" que sirve como término de comparación. Si pues "magister" (magistrado), indica una función de preeminencia o autoridad, el que ordena o dirige a otros en una función, "minister" expresa precisamente lo contrario: subordinación u obediencia, el que realiza una función bajo el mando de otro, el que presta un servicio a otro. (Andino & Molina, 2013)

Se define la palabra gestión como las acciones coordinadas y orientadas al logro de objetivos institucionales (eficacia) con el mejor uso posible de los recursos disponibles (eficiencia). Es el proceso mediante cual se planifica, organiza, ejecuta y controla la coordinación de todos los recursos disponibles en una organización para el logro de las metas y objetivos. De allí que el objetivo principal de los gerentes es obtener resultados. Su quehacer comienza con la evaluación de las necesidades, el establecimiento de metas, la selección de cursos de acción apropiados tratando de disminuir las incertidumbres, la ejecución de acciones proactivas o correctivas, la evaluación de los procesos y la motivación de las personas hacia el logro de las metas. En cada uno de estas etapas del proceso gestor, los gerentes deben decidir, liderar y actuar.

Han existido dos modelos de atención: Biologista asistencialista centrado únicamente en la enfermedad y modelo el integral biopsicosocial que hace énfasis en la prevención de las

enfermedades. La nueva definición de APS, sigue siendo la misma que la de Alma Ata, pero se enfoca sobre todo el conjunto del Sistema de Salud incluyendo los diferentes sectores, públicos, privados con y sin fines de lucro y es aplicable a todos los países. Igualmente, descarta la idea de que la APS sea definida por tipos específicos de personal de salud, puesto que los equipos que trabajan en la APS deben de determinarse de acuerdo a recursos disponibles, preferencias culturales y la evidencia. Cada país deberá desarrollar su propia estrategia para la renovación de la APS, de acuerdo a sus recursos, circunstancias políticas, capacidad administrativa y a su propio Desarrollo Nacional de Salud. Un sistema basado en la APS implica un enfoque amplio construido sobre la base de las lecciones aprendidas y la identificación de valores esenciales para establecer las prioridades nacionales y para evaluar si los cambios sociales responden o no a las necesidades y expectativas de la población; principios que otorgan los cimientos para las políticas de salud, la legislación, los criterios evaluativos, la generación y asignación de los recursos y para la operación del sistema de salud; elementos que en un Sistema de Salud basados en la APS son los componentes organizacionales y funcionales que permiten organizar las políticas, los programas y los servicios. (Organización Mundial de la Salud, 2008)

La OMS propone que los países se basen en cuatro objetivos:

1. Cobertura universal
2. Servicios centrados en las personas
3. Políticas públicas saludables
4. Liderazgo con el fin de lograr eficiencia y eficacia en la atención primaria de la salud.

En Brasil se comenzó a trabajar para lograr la cobertura universal en 1998 y ahora llega al 70% de la población, el programa de salud familiar proporciona atención de calidad a

familias en su domicilio, clínicas y hospitales. La estrategia de atención primaria de salud de Nueva Zelanda que se puso en marcha en 2001, hace hincapié en la prevención y la gestión de enfermedades crónicas. (Organización Mundial de la Salud, 2008)

1.2 EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN EL ECUADOR

El sistema nacional de salud (SNS) tendrá como objetivo el crecimiento, amparo y recuperación de las facultades y potencialidades para una vida beneficiosa e integral individual y colectiva, y admitirá la diversidad social y cultural; Se direccionará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional. El SNS comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; englobará todas las dimensiones del derecho a la salud; asegurará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles de atención; y fomentará la participación ciudadana y el control social. El sistema garantizará la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, basado en la atención primaria de salud; vinculará los diferentes niveles de atención de salud; y fomentará la complementariedad con la medicina ancestral y alternativa. La Red Pública Integral de Salud (RPIS) será parte del SNS y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y otros proveedores que pertenecen al Estado. La rectoría del SNS la ejercerá el Estado a través de la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN), será el encargado de establecer la política nacional de salud, y normará, regulará y supervisará todas las actividades relacionadas con la salud, y el funcionamiento de las entidades del sector. (Sánchez & Zumbana, 2014)

1.3 NIVELES DE ATENCIÓN: TIPOLOGÍA Y HOMOLOGACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

El Ministerio de Salud Pública como ente regulador del Sistema Nacional de Salud homologó la tipología de los establecimientos de salud por niveles de atención con el fin de brindar soluciones a las necesidades de salud de la población de acuerdo a la demanda de la misma, los cuales se rigen a un marco normativo, legal y jurídico.

El primer nivel de atención de salud es el más contiguo a la población, simplifica y coordina el direccionamiento de pacientes dentro del SNS, garantiza la referencia y contrarreferencias oportuna, asegura la continuidad de la atención. Impulsa acciones de Salud Pública de acuerdo a las normas emitidas por la ASN. Es ambulatorio y soluciona los problemas de salud de baja complejidad. Es la puerta de ingreso obligatoria al Sistema Nacional de Salud. (Ministerio de Salud Pública, 2012)

Los establecimientos del primer nivel de atención conforman una red de atención primaria, y son considerados como la puerta de ingreso al SNS, con el objetivo de ofrecer atención ambulatoria de forma general y ofertar prestaciones de salud patologías de menor riesgo y costo bajo. Los cuales cuentan con disponibilidad de recursos físicos, humanos y financieros para el nivel de complejidad.

Las actividades que cumplen son:

- Promoción de salud
- Visitas a domicilio, labores en escuelas, centros de privación, empresas y comunidad.
- Acciones de prevención colectiva secundaria
- RECUPERACION

- CURATIVO: atención a usuarios con patologías agudas y crónicas no complicadas.
- PARTICIPACION CON LA COMUNIDAD
- ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS: PLIS (Plan de Salud Proyectos en salud Programación Integral de las prestaciones), POA (Plan Operativo Anual), ASIS (Diagnóstico de salud Análisis situacional de Salud)
- Referencia y contrarreferencias
- Coordinación interinstitucional con el fin de solucionar problemas de salud cumpliendo con las normas y protocolos del MSP correspondientes según su nivel de complejidad y según requerimientos del caso, su programación se enfoca a satisfacer las necesidades del individuo, la familia y comunidad, por lo tanto desarrollarán actividades intra y extramurales, brindarán atención de 8 horas diarias. (Ministerio de Salud Pública, 2012)

Tabla 1

Tipología de las Unidades de salud

Tipología de las Unidades Operativas del Sistema Nacional de Salud

NIVELES DE ATENCIÓN, NIVELES DE COMPLEJIDAD, CATEGORIA Y NOMBRES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD			
NIVELES DE ATENCIÓN	CATEGORIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	CATEGORIA DE ESTABLE. DE SALUD	NOMBRE
Primer nivel de atención	1º nivel	I-1	Puesto de salud
	2º nivel	I-2	Consultorio general
	3º nivel	I-3	Centro de salud – A
	4º nivel	I-4	Centro de salud – B
	5º nivel	I-5	Centro de salud – C
Segundo nivel de atención	AMBULATORIO		
	1º nivel	II-1	Consultorio de especialidad (es) clínico – quirúrgico médico u odontológico
	2º nivel	II-2	Centro de especialidad
		II-3	Centro clínico- quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día)
	HOSPITALARIO		
	3º nivel	II-4	Hospital Básico
	4º nivel	II-5	Hospital General
Tercer nivel de atención	AMBULATORIO		
	1º nivel	III-1	Centros especializados
	HOSPITALARIO		
	2º nivel	III-2	Hospital especializado
	3º nivel	III-3	H. de Especialidades
Cuarto nivel de atención	1º nivel	IV-1	Centro de experimentación por registro clínico
	2º nivel	IV-2	Centro de alta Subespecialidad
Nivel de Atención Prehospitalario	1º nivel	APH-1	Unidad de atención Prehospitalaria de transporte y soporte vital básico
	2º nivel	APH-2	Unidad de atención Prehospitalaria de transporte y soporte vital avanzado
	3º nivel	APH-3	Unidad de atención Prehospitalaria de transporte y soporte vital especializado

Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2012)

El I Nivel de atención es el centro de la red pues está en contacto directo con las comunidades, deben brindar cobertura a toda la población, y resolver las necesidades básicas de la salud. Brindará atención de salud integral dirigida a la familia, individuo y comunidad, enfatizando la promoción y prevención de la salud. Las actividades serán intra y extramurales. La prestación de servicios serán llevados a cabo por los EAIS (Equipos de Atención Integral de primer nivel de atención de salud) que están conformados por 1 Médico, 1 Licenciada en enfermería, y 1TAPS (Técnico en Atención Primaria de Salud). (Ministerio de Salud Pública, 2012)

El II Nivel de Atención comprende todos los servicios de atención ambulatoria especializada y las que ameriten hospitalización. Corresponde al escalón de referencia inmediata del Primer nivel de Atención de Salud. Se impulsan nuevas formas de atención no basadas únicamente en la cama hospitalaria, como son la cirugía ambulatoria, el hospital del día. (Centro clínico quirúrgico ambulatorio). Brinda continuidad a la atención que inició en el primer nivel, de los casos no resueltos y que requieren atención especializada a través de tecnología sanitaria de complejidad mayor. El ingreso al II nivel se lo realizara a través del I nivel de atención excepto los caso de urgencias médicas que posterior a ser resueltas, deberán ser canalizadas al I nivel. Impulsan actividades de prevención, curación y rehabilitación en los dos niveles. niveles. (Fuentes & Tipaz, 2014)

El III nivel de Atención de salud, se refiere a los establecimientos que brindan servicios de tipo ambulatorios y hospitalarios especializados y de especialidad, los centros hospitalarios son de referencia a nivel nacional; resolucionan los problemas de salud de alta complejidad, cuenta con los recursos necesarios, tecnología de punta, intervención quirúrgica de alta severidad, servicio de trasplantes, cuidados intensivos, cuenta con subespecialidades. (Ministerio de Salud Pública, 2012)

El IV nivel de Atención se centraliza en la experimentación clínica, pre-registro o de procedimientos, cuya comprobación no basta para poder establecerlos en una población, pero que han evidenciado buenos resultados casuísticamente o por análisis de menor complejidad. Estos establecimientos solo serán autorizados en los subsistemas públicos de la Red Pública Interinstitucional de Salud (RPIS).(Fuentes & Tipaz, 2014)

El nivel de Atención Prehospitalaria es autónomo e independiente de los servicios de salud, oferta atención desde que se comunica un evento, en cualquier lugar donde éste ocurra, hasta que él o los pacientes sean admitidos en una casa de salud con capacidad resolutive adecuada. (Ministerio de Salud Pública, 2012)

1.4 PROCESOS PARA QUE EL PRIMER NIVEL SEA LA PUERTA DE ENTRADA OBLIGATORIA AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El proceso por el cual se consolida al I nivel como puerta de ingreso tiene como objetivo mejorar la accesibilidad a los servicios de salud de una manera más eficiente, reducir el congestionamiento de los mismos al reestructurar los servicios para asegurar la atención oportuna y de ser necesario referir al usuario a un mayor nivel complejidad de una forma sistematizada con el objetivo de solucionar su problema de salud. (Ministerio de Salud Pública, 2012)

Se seguirá el siguiente proceso:

Adscripción de la población: Es el proceso a través del cual el usuario se inscribe a la unidad de salud más cercana, con el objetivo de recibir las prestaciones establecidas de acuerdo al perfil de morbilidad, características topográficas, económicas y culturales que le aseguren su derecho a la salud. Esta iniciativa busca perfeccionar el trabajo de los EAIS que conforman la primera línea de atención, a través del fortalecimiento de su capacidad técnica al solucionar problemas de salud que corresponden a su nivel de atención, lo que a su vez crea mayor adhesión y responsabilidad de parte de los colaboradores, mayor eficacia en el alcance de las metas, aceptabilidad de los usuarios beneficiarios de los servicios de salud de Salud y empoderamiento de las comunidades sobre el cuidado de la salud individual y colectiva. (Ministerio de Salud Pública, 2012)

En cada Jefatura de Distrital de salud se conformarán mesas para el proceso de adscripción a las cuales acudirá cada usuario que requiera atención en las unidades de salud de la RPIS. Debido a que la sectorización poblacional es geográfica, se debe respetar y anotar la dirección o sector respectivo. Sin el registro el paciente no podrá acceder al servicio de salud, exceptuando los casos de emergencias, las cuales deben ser atendidas de forma inmediata, sin embargo en lo posterior se debe verificar la unidad de salud para el seguimiento respectivo. Para el registro se solicita: La cédula de identidad, un recibo de cualquier servicio público, para asignar el sector de salud que le compete, según el lugar residencia. En caso de los menores de edad se solicita la partida de nacimiento o ser registrado por uno de sus padres quien proporcionará su cédula de identidad con el objetivo de garantizar los datos. (Ministerio de Salud Pública, 2012)

Sistema de información para el registro de adscripción A nivel institucional: Existe un sistema único de padrón de registros denominado Sistema de Adscripción al Primer Nivel, Secretaría Nacional de Administración Pública SANP, al que todas las unidades de salud y mesas de adscripción deben consultar con el objetivo de saber el estado de sus usuarios, contando con una base de datos, en la cual a través del número de cédula de identidad se califica la condición de adscripción, y se actualiza cada vez que el paciente cambie de dirección domiciliaria, regionalizado y sistematizado por nivel de atención según la capacidad resolutive, y el primer nivel con su servicio de Atención Primaria de Salud cumple una función de filtro, por lo tanto para acceder a los servicios de especialidad se requiere necesariamente una referencia del médico de la unidad de primer nivel. Muchos son los motivos por los cuales los servicios de I Nivel de atención son el primer contacto con el Sistema Nacional de salud, uno de ellos es la cercanía al lugar de residencia, y de esa manera lo obliga a ser parte del sistema. Las evaluaciones del primer nivel revelan que los servicios de baja complejidad son la fuente común de atención de la mayor parte de las comunidades, y también es la puerta de origen para los informes estadísticos. Las Jefaturas Distritales de salud deben disponer de dos equipos informáticos para cada una, puntos de conectividad de internet para cada máquina asignada para la actividad de adscripción de la población, en cada unidad operativa se difundirá lo siguiente: *La puerta de entrada se publicitará por medio de las unidades del primer nivel de atención.* (Ministerio de Salud Pública, 2012)

En conclusión el primer nivel resuelve las necesidades comunes de los usuarios, por lo tanto las citas médicas para los hospitales del II y III Nivel se canalizarán a través de un servicio de *triaje* el cual estará ubicado fuera de la unidad hospitalaria en una unidad móvil o carpa, se registrará al paciente y se realizará la consulta con profesionales de la salud (médicos generales o familiares), se proporcionará una receta que se entregará en la U.O

(Unidad Operativa) de primer nivel más cercana a la vivienda y deberá adscribirse en la jefatura de distrito respectiva, si posterior a la consulta en el área de Triage, el profesional considera que debe ser evaluado por un especialista, se le entregará al usuario una orden de referencia para ser atendido por el especialista en el II o III nivel. En caso de que el paciente asista a la consulta ambulatoria por segunda vez sin referencia, se verificará en el registro del hospital y se debe explicar que no podrá ser atendido sin la referencia de del primer nivel de atención, en caso de que sea referido por una unidad de primer nivel recibirá la atención de especialidad de forma prioritaria. Para lograr este objetivo se agendará el 70% de las consultas de especialidad para los pacientes referidos desde primer nivel y un 30% para los atendidos en triaje del hospital. (Ministerio de Salud Pública, 2012)

En el caso de los hospitales que no cuenten con unidades de primer nivel, se creará un centro de atención de primer nivel anidado al hospital, hasta lograr implementar la unidad correspondiente en el área geográfica de cobertura. Los usuarios que necesiten atención de especialidad subsecuente deberán ser agendados previamente con los siguientes datos:

- Nombres y apellidos del usuario.
- Número de cédula de identidad.
- Motivo de consulta subsecuente.
- Diagnóstico.
- Firma y sello de profesional (Ministerio de Salud Pública, 2012)

1.5 FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA

Función uno. Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud.

Esta primera función incluye: conocimientos, habilidades, procesos y mecanismos para:

- Evaluar la situación de salud, sus tendencias y determinantes, identificando desigualdades y brechas en daños, acceso a servicio y riesgos.
- Identificar necesidades de salud a partir de la evaluación de riesgos y demandas de servicio por daños de salud.
- Manejar estadísticas vitales, de grupos de interés o de mayor riesgo (Quiróz & Martínez, 2012)
- Crear información sanitaria, desarrollar tecnología y medios para interpretarla y difundirla.
- Determinar recursos para promover la salud con el objetivo de mejorar la calidad de vida.

Función dos. Vigilancia de la Salud Pública, investigación y control de riesgos y daño.

Esta función incluye: Habilidades, conocimiento, procesos y mecanismos para:

- Ejecutar vigilancia e investigación de brotes epidémicos. (Quiróz & Martínez, 2012)
- Realizar investigaciones poblacionales y epidemiológicas.
- Desarrollar capacidades del personal para la investigación, vigilancia epidemiológica y vigilancia de la salud.
- Desarrollar laboratorio de salud pública y efectuar tamizajes rápido y otros estudios de control de riesgos y daños.
- Formular y ejecutar programas de vigilancia epidemiológica.
- Conectarse con redes nacionales e internacionales de vigilancia de salud pública.

- Desarrollar respuestas rápidas para enfrentar problemas de salud

Función tres. Promoción de la salud

Esta función incluye los conocimientos, habilidades, procesos y mecanismos para:

- Fomentar cambios en los estilos de vida y en las condiciones del entorno para desarrollar una cultura de salud.
- Crear y fortalecer alianzas extrasectoriales para hacer más efectivas las tareas de promoción de la salud pública.
- Formular políticas públicas y capacidad de abogacía para políticas públicas saludables.
- Evaluar el impacto de las políticas públicas en la salud.
- Fomentar acciones de educación y comunicación social para de esta manera impulsar condiciones, estilos de vida y conductas saludables.
- Recanalizar los servicios de la salud para desarrollar modelos de atención para favorecer la promoción de la salud. (Ministerio de Salud Pública, 2012)

Función cuatro. Participación social en salud pública.

Esta función incluye: conocimientos, habilidades, procesos y mecanismos para:

- Promover procesos de empoderamiento de los individuos, de los grupos y de la comunidad, para que sean sujetos pro-activos en la construcción social de la salud pública.
- Desarrollar estrategias para que comunidades e individuos estén informados y facultados para tomar decisiones, y con capacidad de influir en los factores que afectan su salud y el acceso con calidad a servicios de salud pública.

- Construir y facilitar alianzas interinstitucionales e intersectoriales, mediante procesos de planificación estratégicas participativas, con el fin de potenciar la cooperación técnica y los recursos para mejorar la salud. (Ministerio de Salud Pública, 2012)

Función cinco. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública.

Esta función requiere de conocimientos, habilidades, procesos y mecanismos para:

- Definir objetivos sanitarios medibles y consistentes que mejoren la equidad.
- Promover decisiones políticas en salud pública, monitorear y evaluar su cumplimiento mediante procesos participativos, coherentes con el contexto.
- Desarrollar capacidades institucionales para gestionar los sistemas de Salud Pública.
- Perfeccionar competencias para la gestión de recursos, el liderazgo, el desarrollo organizacional y la comunicación efectiva, para tomar decisiones basadas en la evidencia.
- Desarrollar la capacidad de gestión de la cooperación internacional en salud pública.

(Ministerio de Salud Pública, 2012)

Función seis. Fortalecimiento de la capacidad de regulación y fiscalización en salud pública.

Esta sexta función incluye los conocimientos, habilidades, procesos y mecanismo para:

- Contribuir a desarrollar un marco regulador para proteger la salud pública y para fiscalizar su cumplimiento.
- Contribuir a generar propuestas de nuevas leyes y regulaciones dirigidas a mejorar la salud de la población, así como la promoción de ambientes saludables.

- Desarrollar estrategias para la protección a los ciudadanos en sus relaciones con el sistema de salud.
- Ejecutar todas estas acciones para asegurar el cumplimiento de la regulación en forma oportuna, correcta, consistente y completa (Ministerio de Salud Pública, 2012)

Función siete. Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud

Incluye conocimientos, habilidades, procesos y mecanismos para:

- Fomentar la equidad en el acceso efectivo de los usuarios, a los servicios de salud. (Quiróz & Martínez, 2012)
- Desarrollar acciones para superar barreras de acceso a intervenciones de salud pública y promover la atención de comunidades vulnerables.
- Controlar y medir el acceso a servicios de salud brindados por proveedores públicos y privados.
- Coordinar con agencias no gubernamentales y gubernamentales para impulsar el acceso a los servicios de salud necesarios. (Ministerio de Salud Pública, 2012)

Función ocho. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública

En esta función se incluyen conocimientos, habilidades, procesos y mecanismos para:

- Identificar el perfil de los recursos humanos adecuados para la entrega de servicios de salud pública.
- Fomentar la capacitación continua del personal de salud, con el objetivo de que se logren identificar las necesidades de servicios y atención de salud, resuelva con eficacia y eficiencia los problemas y evalúe de forma adecuada las acciones de la salud pública.

- Determinar los requisitos para que los profesionales de salud sean acreditados y se ejecuten programas de mejoramiento progresivo de la calidad de los servicios de Salud.
- Conformar alianzas con programas para el perfeccionamiento de los profesionales que garanticen la adquisición de experiencias importantes para los estudiantes, así como la educación en gestión y desarrollo de liderazgo en Salud Pública. (Quiróz & Martínez, 2012)

Función nueve. Garantizar y mejorar la calidad de los servicios de salud individual y colectiva

Se incluyen conocimientos, habilidades, procesos y mecanismos para:

- Promover la existencia de sistemas de evaluación y mejoramiento de la calidad.
- Impulsar la creación de normas elementales de sistemas de garantías de calidad y controlar el cumplimiento de las obligaciones de los proveedores de servicios. (Quiróz & Martínez, 2012)
- Promover la definición de los derechos de los usuarios y vigilar su cumplimiento.
- Garantizar sistemas de evaluación de tecnologías de salud que contribuyan a la toma de decisiones en el sistema de salud para mejorar la calidad de atención. (Quiróz & Martínez, 2012)
- Desarrollar sistemas de evaluación de la satisfacción de los usuarios y usar los resultados para mejorar la calidad de los servicios de salud. (Ministerio de Salud Pública, 2012)

Función diez. Investigación esencial para el desarrollo e implementación de soluciones en salud Pública

En esta función se incluyen conocimientos, habilidades, procesos y mecanismos para:

- Desarrollar investigación científica debida mente regulada para incrementar el conocimiento que apoye la toma de decisiones.

- Implementar y desarrollar soluciones en salud pública, cuyo impacto pueda ser medido y evaluado.
- Establecer alianzas estratégicas intra y extrasectoriales y con los centros de investigaciones académicas, para realizar estudios que aporten a la toma de decisiones para la Autoridad Sanitaria Regional (ASR). (Quiróz & Martínez, 2012)

Función once. Disminución del Impacto de Desastres y Emergencias en Salud

Se incluyen conocimientos, habilidades, procesos y mecanismos para:- Desarrollar políticas, así como planificar y efectivizar acciones preventivas, de preparación y respuesta temprana a los desastres.

- Adaptar un enfoque global con respecto a los daños y la causa de todas las emergencias y/o desastres. (Quiróz & Martínez, 2012)
- Organizar la intervención de todo el sistema de salud y el aporte intersectorial en la disminución del impacto de emergencias y/o desastres.
- Ejecutar la contribución intersectorial e internacional para resolver los problemas de salud provocados por emergencias y/o desastres. (Dr. en Med. Jaime Salvador Moysén, Dr. en C. Luis Francisco Sánchez Anguiano, Dra. en C. Yolanda Martínez López, 2012)

1.6 MODELO DE GESTIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

La reorganización de la gestión del MSP se enmarca en la Reforma Democrática del Estado, el cual tiene por objeto desarrollar la transparencia, eficiencia y calidad de los servicios para los ciudadanos. La importancia estratégica que representa el sistema de salud en el desarrollo del país impone la necesidad de una rectoría fuerte sobre la implementación

de las políticas en salud, a la vez que requiere de un mecanismo ágil y eficiente para la implementación y gestión de los programas de salud. (López, 2015)

En mayo de 2012, se publicó en el Registro Oficial la conformación de 9 zonas, 140 distritos, así como 1.134 circuitos de gestión y planificación a nivel nacional, para la gestión de las entidades y organismos que conforman la Función Ejecutiva. El Ministerio de Salud Pública, en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional desconcentra su gestión administrativa en zonas y distritos, que funcionan en base a los lineamientos nacionales y los adaptan a su realidad territorial. La gestión desconcentrada responde a las directrices del Modelo de Gestión del MSP, que tienen como responsabilidades fundamentales la planificación, coordinación, ejecución, seguimiento y evaluación de la implementación de la política nacional de salud y del Modelo de Atención Integral de Salud, en la que el desarrollo de la Red Pública Integral de Salud y su complementariedad con el sector privado a nivel territorial es prioritaria. (Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud, Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud , 2014)

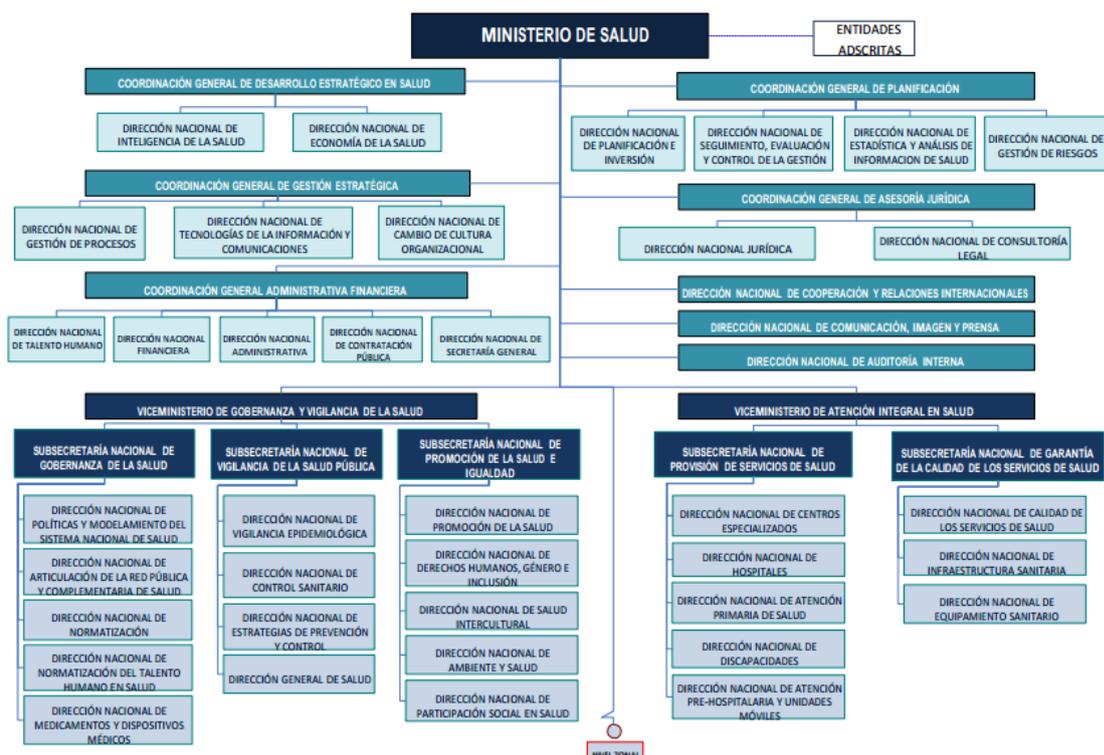


Figura 1. Organigrama del Ministerio De Salud Pública.

Fuente: Modelo de Gestión MSP 2013.

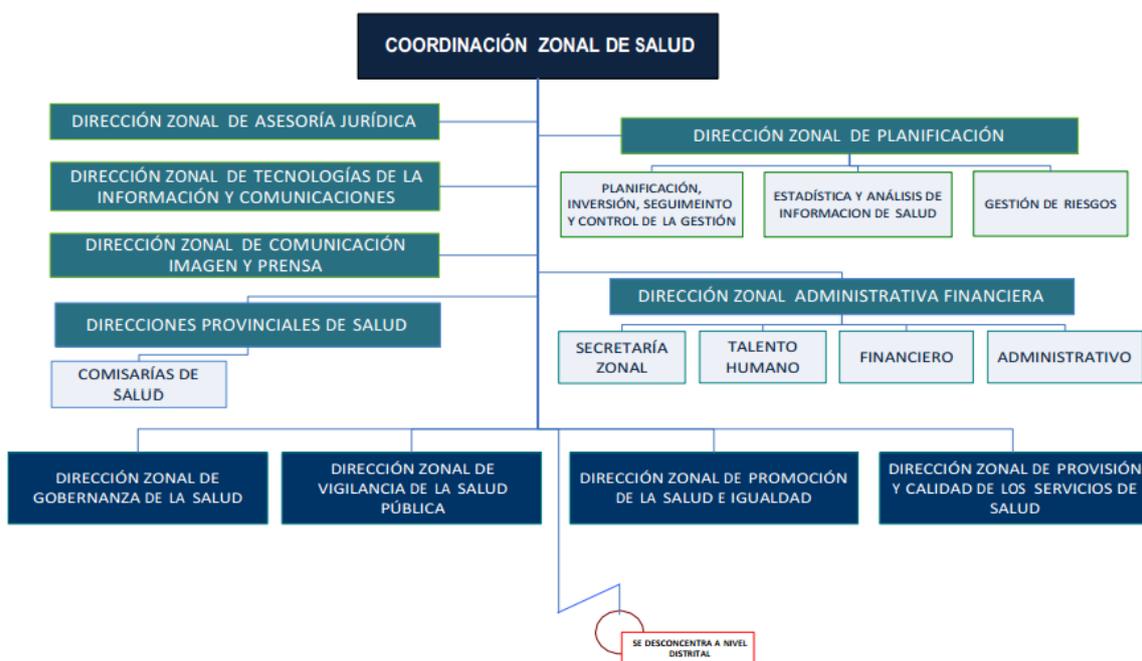


Figura 2. Organigrama del Coordinaciones Zonales del Ministerio De Salud Pública

Fuente: Modelo de Gestión MSP 2013

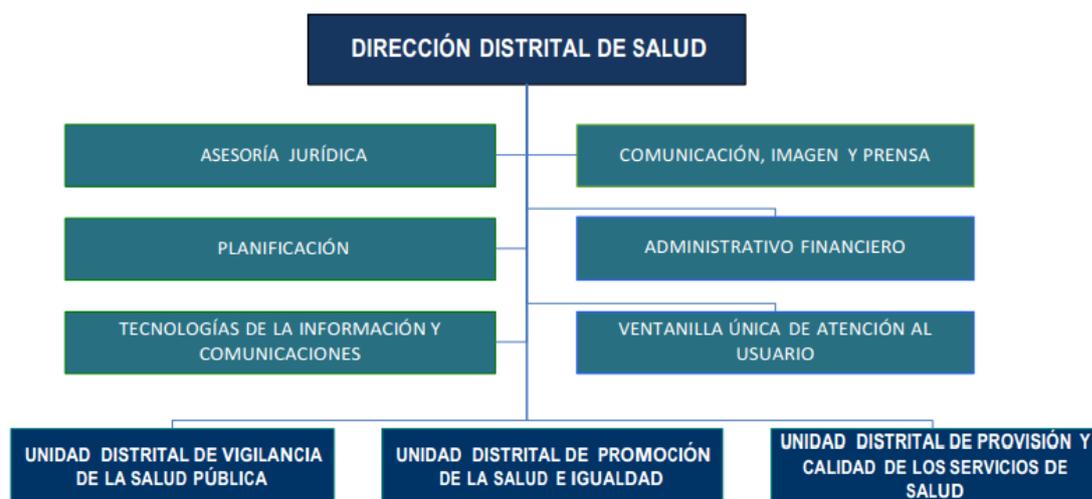


Figura 3. Organigrama de Direcciones Distritales Ministerio De Salud Pública.

Fuente: Modelo de Gestión MSP 2013.

Las actividades de cada Unidad Operativa se asignan de acuerdo al nivel de complejidad correspondiente tomando en cuenta principalmente el número de habitantes, sin embargo todos los Niveles de Atención en salud forman parte de la Coordinación Interinstitucional de la gestión de pacientes y servicios Médicos de acuerdo a la necesidad requerida según las morbilidades de cada Unidad Operativa independientemente de su tipología. El Primer nivel de atención juega un papel fundamental pues al ser el ingreso al Sistema Nacional de Salud funciona como un filtro para evitar el colapso de las especialidades y subespecialidades en los Hospitales de Referencia tanto de emergencia como de consulta externa.

La adscripción de la población es un proceso importante que delimitará el área del cual es responsable cada Unidad Operativa, con el fin de planificar las visitas domiciliarias y principalmente realizar la programación adecuada de los recursos económicos que se requiera de forma anual, y de esa manera evitar graves problemas como la rotura de stock de insumos y medicamentos, lo cual es otro motivo de autoreferencia de los usuarios.

CAPÍTULO 2

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 SISTEMA NACIONAL DE SALUD CHILE

De acuerdo con proyecciones del último censo de población, Chile cuenta con una población de poco más de 17 millones de habitantes, 50.5% son mujeres y 49.5% son hombres. La densidad de población es de 20.4 habitantes por kilómetro cuadrado, pero 86.5% de la población se concentra en las zonas urbanas y 40% en el área metropolitana de la capital, Santiago de Chile. La proporción de habitantes que en 2002 declaró pertenecer a alguno de los ocho pueblos reconocidos por la ley indígena fue de 4.6%.³ Los menores de 15 años de edad representan poco más de 25% de la población, mientras que los mayores de 60 años rebasan el 11%. El ritmo de crecimiento anual de la población entre 1992 y 2002 fue de 1.2%. En años recientes descendió a 1%, uno de los más bajos de América Latina. La tasa de fecundidad en 2007 fue de 1.9 por mujer en edad fértil. (Becerri, Reyes, & Annick, 2011)

Chile presenta los mejores niveles de salud de América Latina. La tasa de mortalidad infantil muestra un descenso espectacular entre 1970 y 2005: de 82 muertes en menores de 1 año por 1000 nacidos vivos pasó a 7.9, con pocas diferencias entre las 15 regiones del país.⁵ Esta última cifra contrasta con las de México (18.1 en 2006) y Brasil (22.6 en 2004), y es comparable a la de Estados Unidos (6.8 en 2004). En 2005, la razón de mortalidad materna fue de 19.8 por 100 000 nacidos vivos, considerablemente inferior al promedio latinoamericano (82.8). Por último, la esperanza de vida aumentó de 63.5 años en 1970 a 78.5 años en 2005 (81 años para las mujeres y 74 para los hombres). Esto significa que los chilenos presentan hoy una probabilidad de vivir al nacer cuatro veces mayor que la que presentaban a principios del siglo pasado. Estos cambios demográficos se han acompañado de una

transición epidemiológica caracterizada por una creciente prevalencia de enfermedades no transmisibles. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud 2003, los padecimientos con mayor prevalencia son las enfermedades cardiovasculares, que afectan a más de la mitad de la población adulta, seguidas por las enfermedades respiratorias crónicas, la depresión y la diabetes, entre otras. Las principales causas de muerte en mujeres son las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades del corazón, las enfermedades hipertensivas y la diabetes (cuadro II). Las principales causas de muerte en hombres son las enfermedades del corazón, las enfermedades cerebrovasculares, la cirrosis y las enfermedades del hígado, y el tumor maligno de estómago. (Becerri, Reyes, & Annick, 2011)

Tabla 2

Principales Causas de muertes en Chile

Cuadro II DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MUJERES, CHILE, 2006			Cuadro III DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN HOMBRES, CHILE, 2006		
	Número	%		Número	%
1. Enfermedades cerebrovasculares	3 900	9.8	1. Enfermedades isquémicas del corazón	4 685	10.2
2. Enfermedades isquémicas del corazón	3 258	8.2	2. Enfermedades cerebrovasculares	3 708	8.1
3. Otras formas de enfermedades del corazón	2 056	5.2	3. Cirrosis y otras enfermedades del hígado	2 568	5.6
4. Enfermedades hipertensivas	1 809	4.6	4. Tumor maligno del estómago	2 137	4.6
5. Diabetes mellitus	1 718	4.3	5. Otras enfermedades del corazón	1 891	4.1
6. Neumonía	1 557	3.9	6. Accidentes de tránsito	1 663	3.6
7. Tumor maligno de la vesícula y de las vías biliares extrahepáticas	1 336	3.4	7. Diabetes mellitus	1 617	3.5
8. Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	1 291	3.3	8. Tumor maligno de próstata	1 598	3.5
9. Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	1 237	3.1	9. Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	1 540	3.3
10. Tumor maligno de la vesícula y de las vías biliares extrahepáticas	1 275	3.2	10. Lesiones autoinfligidas (suicidios)	1 498	3.3

Fuente: Becerri, V., Reyes, J. d., & Annick, M. (2011). Sistema de salud de Chile. *Scielo*, S132-s143.

El sistema de salud chileno consta de dos sectores, público y privado. El primero cubre a 80% de la población. El Fondo Nacional de Salud (FONASA), a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y su red de 29 Servicios de Salud Regionales, y el Sistema Municipal de Atención Primaria, cubren a alrededor de 70% de la población

nacional. Un 3% adicional está cubierto por los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas y el 7% restante son trabajadores independientes y sus familias que no cotizan al FONASA y que, en caso de necesidad, utilizan los servicios del sector público. El sector privado está constituido por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que cubren aproximadamente a 17.5% de la población y proveen servicios a través de instalaciones tanto privadas como públicas. Un reducido sector de la población paga por la atención a la salud directamente de su bolsillo. (Becerri, Reyes, & Annick, 2011)

2.2 SISTEMA NACIONAL DE SALUD MÉXICO

México cuenta con una población de 106.6 millones de habitantes (2008). La proporción de hombres (48.8%) y mujeres (51.2%) prácticamente no ha variado en los últimos años. Las proyecciones para 2030 estiman una población de 120.9 millones con una tasa de crecimiento anual de 0.69%. (Gómez O. , Sesma, Berrecil, Knaul, & Arreola, s.f.)

El desarrollo demográfico de México está caracterizado por una disminución de la mortalidad general (de 27 defunciones por 1000 habitantes en 1930 a 4.9 por 1000 en 2008), un aumento en la esperanza de vida (de 34 años en 1930 a 75.1 años en 2008) y un descenso de la fecundidad (de siete hijos por mujer en edad reproductiva en los años sesenta a 2.1 en 2008). (Gómez O. , Sesma, Berrecil, Knaul, & Arreola, s.f.)

El incremento de la esperanza de vida y la progresiva exposición a los riesgos emergentes, relacionados con estilos de vida escasamente saludables, han cambiado el cuadro de las causas de muerte principales. México presenta una transformación epidemiológica caracterizada por la influencia cada vez mayor de las lesiones y las enfermedades no transmisibles. A mitad del siglo pasado, aproximadamente el 50% de las muertes en el país

eran causadas por infecciones frecuentes, patologías reproductivas y asociadas a la desnutrición. Hoy estas enfermedades representan menos del 15% de las muertes, mientras que las enfermedades no transmisibles y las lesiones corresponden a un poco menos de 75% y 11% de muertes en el país, respectivamente. En 1940 la causa principal de muerte eran las infecciones gastrointestinales. En la actualidad ya no es una causa importante de defunción en la población. La diabetes mellitus no se encontró dentro del cuadro de principales causas de muerte hasta el año de 1990, pero en la actualidad es la causa principal de defunción en el país, su prevalencia en edad adulta es de 14.4%, una de las más importantes del mundo. A diferencia de lo que aconteció en países desarrollados, se produjo un claro reemplazo de patologías infecciosas comunes y reproductivas por las lesiones y enfermedades no transmisibles, en México hay un sin número de enfermedades pre y postransicionales. Las lesiones y las patologías no transmisibles dominan el perfil de salud de México (Gómez O. , Sesma, Berrecil, Knaul, & Arreola, s.f.)

Las infecciones frecuentes, las patologías reproductivas y nutricionales siguen presentes en comunidades con mayor discriminación. En Guerrero la tasa de mortalidad en menores de 5 años de edad es de 25.3 por 1000 menores de 5 años, y en Nuevo León es de sólo 13.1.8. La razón de mortalidad materna en Oaxaca (100.2 por 100 000 nacimientos). (Gómez O. , Sesma, Berrecil, Knaul, & Arreola, s.f.)

Tabla 3

Principales Causas de muertes de Mujeres en México

Cuadro II
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MUJERES, MÉXICO, 2008

	Número	Tasa*	%
1. Diabetes mellitus	39 939	73.67	16.74
2. Enfermedades isquémicas del corazón	25 994	47.95	10.90
3. Enfermedad cerebrovascular	15 857	29.25	6.65
4. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	8 994	16.59	3.77
5. Enfermedades hipertensivas	8 902	16.42	3.73
6. Infecciones respiratorias agudas bajas	7 024	12.96	2.94
7. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	6 972	12.86	2.92
8. Nefritis y nefrosis	5 814	10.72	2.44
9. Tumor maligno de la mama	4 835	8.92	2.03
10. Desnutrición calórico protéica	4 241	7.82	1.78
Causas mal definidas	5 185	9.56	2.17
Las demás causas	104 766	193.24	43.92
Total	238 523	439.95	100.0

No se incluyen las defunciones de sexo no especificado
 *Tasas por 100 000 mujeres
 Fuente: Referencias 16 y 17

Fuente: Gómez, D. O., Sesma, S., Berrecil, V., Knaul Felicia, A. H., & Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Scielo*, 220-232.

Tabla 4

Principales Causas de muertes de Hombres en México

Cuadro III
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN HOMBRES, MÉXICO, 2008

	Número	Tasa*	%
1. Diabetes mellitus	35 697	68.04	11.87
2. Enfermedades isquémicas del corazón	33 804	64.43	11.24
3. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	21 464	40.91	7.13
4. Enfermedad cerebrovascular	14 388	27.42	4.78
5. Agresiones (homicidios)	12 575	23.97	4.18
6. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	11 590	22.09	3.85
7. Accidente de vehículo de motor (tránsito)	9 643	18.38	3.21
8. Infecciones respiratorias agudas bajas	8 088	15.42	2.69
9. Enfermedades hipertensivas	6 806	12.97	2.26
10. Nefritis y nefrosis	6 786	12.93	2.26
Causas mal definidas	5 319	10.14	1.77
Las demás causas	134 677	256.69	44.77
Total	300 837	573.39	100.0

No se incluyen las defunciones de sexo no especificado
 *Tasas por 100 000 hombres
 Fuente: Referencias 16 y 17

Fuente: Gómez, D. O., Sesma, S., Berrecil, V., Knaul Felicia, A. H., & Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Scielo*, 220-232.

El sistema mexicano de salud comprende los sectores público y privado. El sector público cuenta con las instituciones de seguridad social Instituto de Seguridad, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

(ISSSTE), Secretaría de Marina (SEMAR), Secretaría de la Defensa (SEDENA), y otros, y las instituciones que atienden a los usuarios sin seguro social [Secretaría de Salud (SSa), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), Servicios Estatales de Salud (SESA), Seguro Popular de Salud (SPS)]. El sector privado está conformado por las compañías aseguradoras y prestadores de servicios que laboran en consultorios, clínicas y hospitales privados, (Gómez O. , Sesma, Berrecil, Knaul, & Arreola, s.f.)

2.3 SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN CUBA

Según datos aproximados para 2009, Cuba cuenta con 11 238 412 de habitantes, 50.1% son hombres y 49.7% son mujeres. En el 2009 la densidad de población en la isla fue de 101.4 habitantes por km², sobresaliendo La Habana con una densidad considerablemente superior a la del resto de las provincias (2952.3 habitantes por km²). La mayor parte de la población (75.4%) reside en áreas urbanas. Cuba atraviesa por una acelerada transición demográfica caracterizada por baja fecundidad (1.5 hijos por mujer), y baja mortalidad (7.3) y el incremento consecuente de la esperanza de vida al nacer el que llegó a 77 años en el año 2009. Estos fenómenos demográficos dieron lugar a una disminución del ritmo de crecimiento poblacional (de 4.6 en 1997 a -0.2 en 2007) y un envejecimiento de la misma. Un poco más del 16% de la población tiene 60 años y más sólo 18.4% tiene menos de 15 años. Cuba se encuentra dentro de siete países latinoamericanos que se encuentran en franco envejecimiento de la población (con una proporción de personas de 65 años y más superior a 8.4%). (Domínguez & Zacca, <http://bvs.insp.mx/>, 2011)

Cuba es uno de los países con mejores niveles de salud Pediátrica de América Latina. Las tasas de mortalidad infantil y de niños menores de 5 años disminuyeron de 38.7 y 43.7 por 1000 nacidos vivos en 1970 a 4.8 y 6.1 por 1000 en 2009. La tasa de mortalidad infantil

es la más baja a nivel de América Latina e inferior al promedio para la región. Este País sobresale en la región por sus niveles de maternidad con bajo riesgo. La mortalidad materna es a razón de 46.5 por 100000 nacidos vivos, inferior al promedio latinoamericano (67.5 en el año 2008). El porcentaje de partos que han sido atendidos en instituciones de salud se ha mantiene en 99.9 en los últimos años. La transición demográfica está acompañada de la consecuente transición epidemiológica, caracterizada por un predominio de las patologías crónicas no transmisibles como causas de morbimortalidad. Las enfermedades cardíacas, tumores malignos y las enfermedades cerebrovasculares constituyen las tres primeras causas de mortalidad en las últimas décadas, concentrando 64 % del total de defunciones en 2009. De las diez primeras causas de mortalidad, siete corresponden a enfermedades crónicas no transmisibles. No existen diferencias importantes en las principales causas de muerte por sexo. En los dos casos las tres primeras causas de mortalidad son las enfermedades cardíacas, tumores y las patologías cerebrovasculares (cuadros II y III). La Diabetes en las mujeres ocupa la octava posición y los hombres la novena. La primera causa de muerte infantil en 2009 correspondió a deformidades, malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas, con un número de muertes que duplica al de la septicemia, la cual ocupó la segunda posición. Cuba se sitúa en una posición privilegiada con respecto a la mortalidad preescolar en el mundo por presentar tasas notablemente bajas. La primera causa de muerte en este grupo de edad son los accidentes. (Domínguez & Zacca, <http://bvs.insp.mx/>, 2011)

Tabla 5

Principales Causas de muertes de Mujeres en Cuba

Cuadro II
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MUJERES, CUBA, 2009*

1. Enfermedades del corazón	10 599	188.9	27.97
2. Tumores malignos	9 126	162.6	24.08
3. Enfermedades cerebrovasculares	4 797	85.5	12.66
4. Influenza y neumonía	2 531	45.1	6.68
5. Accidentes	2 183	38.9	5.76
6. Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1 340	23.9	3.54
7. Enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares	1 255	22.4	3.31
8. Diabetes mellitus	1 480	26.4	3.91
9. Lesiones autoinfligidas intencionalmente	330	5.9	0.87
10. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	291	5.2	0.77
Las demás causas	3 962	70.6	10.46
Total	37 894	675.4	100

* Datos preliminares
 † Por 100 000 mujeres
 Fuente: Referencia 9

Fuente: Domínguez, E., & Zacca, E. (2011). Sistema de salud de Cuba. *Scielo*, S168, S176.

Tabla 6

Principales Causas de muertes de Hombres en Cuba

Cuadro III
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN HOMBRES, CUBA, 2009*

Causas	Número	Tasa [†]	%
1. Tumores malignos	12 190	216.6	27.68
2. Enfermedades del corazón	11 626	206.6	26.40
3. Enfermedades cerebrovasculares	4 604	81.8	10.46
4. Influenza y neumonía	2 789	49.6	6.33
5. Accidentes	2 602	46.2	5.91
6. Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1 776	31.6	4.03
7. Enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares	1 318	23.4	2.99
8. Lesiones autoinfligidas intencionalmente	1 142	20.3	2.59
9. Diabetes mellitus	890	15.8	2.02
10. Cirrosis y otras enfermedades del hígado	796	14.1	1.81
Las demás causas	4300	76.4	9.77
Total	44 033	782	100

* Datos preliminares
 † Por 100 000 hombres
 Fuente: Referencia 9

Fuente: Domínguez, E., & Zacca, E. (2011). Sistema de salud de Cuba. *Scielo*, S168, S176.

2.4 SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN COSTA RICA

Costa Rica tiene una población de 4 451 205 habitantes, las mujeres representan 49.2% de la población total y los hombres 50.7%. Las zonas urbanas concentran 63% de la población y las comunidades rurales el resto, la tasa de crecimiento poblacional es de 1.4%, las personas mayores de 65 años representa alrededor de 5% de la población total; en 2050 representarán 21%. La mortalidad general ha descendido de manera importante en los últimos años: pasó de 10.1 por 1000 habitantes en 1950 a 3.4 en el momento actual. Este descenso es producto sobre todo de una disminución de la mortalidad infantil, que pasó de 14.3 por 1000 nacidos vivos en 1995 a 8.8 en 2009, una de las tasas más bajas del continente americano. Estos descensos explican el incremento de la esperanza de vida al nacer, que entre 1990 y 2009 aumentó 2.5 años, para alcanzar 81.2 años en las mujeres y 76.4 años en los hombres. La tasa global de fecundidad descendió de 5.0 hijos por mujer en 1970 a 1.9 en 2010. El país disfruta de una relación de dependencia baja ya que casi 58% de la población está constituida por personas de entre 20 y 65 años de edad. Los servicios personales de salud se prestan en el sector público, el sector privado y un difuso sector mixto. El sector público está dominado por la CCSS (Caja Costarricense del Seguro Social) principal proveedor de servicios personales. El Ministerio de Salud (MS), como ente rector del sistema, y las instituciones adscritas al mismo, como los Centros de Educación y Nutrición (CEN), los Centros Infantiles de Nutrición y Alimentación (CINAI) y el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), atienden a poblaciones con carencias nutricionales y problemas de adicción a sustancias psicoactivas, respectivamente. En el subsector privado se encuentran los servicios médicos privados, cinco compañías aseguradoras, las cooperativas (organizaciones sin fines de lucro contratados por la CCSS), las empresas de autogestión, las clínicas y los hospitales privados. El Instituto Nacional de Seguros (INS) opera tanto en el sector público como en el privado, y es responsable de las

coberturas de los riesgos laborales y de tránsito, y de otorgar servicios médicos hospitalarios y de rehabilitación traumatológica relacionados. (Sáenz, Acosta, Muiser, & Bermúdez, 2011)

Tabla 7

Principales Causas de muertes de Mujeres en Costa Rica

Cuadro II
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MUJERES, COSTA RICA, 2009

	Número	Tasa*	%
1. Infarto agudo del miocardio	518	23.7	6.48
2. Tumor maligno de la mama	280	12.8	3.50
3. Tumor maligno del estómago	209	9.5	2.61
4. Enfermedad isquémica crónica del corazón	203	9.3	2.54
5. Enfermedad cardíaca hipertensiva sin insuficiencia cardíaca (congestiva)	164	7.5	2.05
6. Exposición a factores no especificados, causando fractura (del 2006 en adelante)	155	7.1	1.94
7. Accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico	151	6.9	1.89
8. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	147	6.7	1.84
9. Enfermedad cardíaca hipertensiva con insuficiencia cardíaca (congestiva)	144	6.6	1.80
10. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda de las vías respiratorias inferiores	141	6.4	1.76
Causas mal definidas	142	6.5	1.78
Las demás	5 741	262.3	71.81

* Tasas por 100 000 mujeres
Fuente: Referencia 17

Fuente: Sáenz, M., Acosta, M., Muiser, J., & Bermúdez, J. (2011). Sistema de salud de Costa Rica. *SciELO*, S156-S156.

Tabla 8

Principales Causas de muertes de Hombres en Costa Rica

Cuadro III
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN HOMBRES, COSTA RICA, 2009

	Número	Tasa*	%
1. Infarto agudo del miocardio	885	39.3	8.3
2. Tumor maligno de la próstata	400	17.8	3.7
3. Tumor maligno del estómago	355	15.8	3.3
4. Enfermedad isquémica crónica del corazón	262	11.6	2.4
5. Persona lesionada en accidente de tránsito, de vehículo de motor	250	11.1	2.3
6. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda de las vías respiratorias inferiores	183	8.1	1.7
7. Tumor maligno de los bronquios o del pulmón	170	7.6	1.6
8. Enfermedad aterosclerótica del corazón	168	7.5	1.6
9. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	152	6.8	1.4
10. Agresión con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas	141	6.3	1.3
Causas mal definidas	178	7.9	1.7
Las demás	7 562	336.1	70.6

* Tasas por 100 000 hombres
Fuente: Referencia 17

Fuente: Sáenz, M., Acosta, M., Muiser, J., & Bermúdez, J. (2011). Sistema de salud de Costa Rica. *SciELO*, S156-S156.

2.5 CONTEXTO CULTURAL

El Ecuador se caracteriza por ser multiétnico, pluricultural, se compone de población indígena, afro descendiente, mulata, mestiza y blanca, conformado por 14'306,876 habitantes, dividido en 24 provincias , el Cantón Balzar cuenta con 53,937 habitantes, de los cuales 25,936 son hombres y 28,001 son mujeres. (Sáenz, Acosta, Muiser, & Bermúdez, 2011)

La cultura montubia de los habitantes del cantón Balzar es de gran importancia que generan un gran impacto en la salud, sus creencias de hacer “sober” a sus pacientes para curarlos *del susto*, consideran que las enfermedades son causadas por ese motivo, o en otros casos por *brujería*, situación que provoca grandes complicaciones en los pacientes sobre todo en infantes. No permiten la administración de medicamentos pues piensas que eso complicaría su cuadro de *susto*. Sus costumbres de fumigar sus tierras sin protección, caminar descalzos, ingerir agua no purificada, no lavarse las manos antes alimentarse e incluso no acudir al Médico hasta el momento en que se presentan grandes complicaciones y en la mayoría de los casos primero acuden al famoso *sobador*. Los miles y miles de montubios están en las tierras y campos del interior de la región Litoral, cultivándola, conservándola y cuidándola desde donde se yerguen y alzan con el orgullo de saberse sembrados a la tierra, adheridos a ella como los legendarios matapalos, el laurel, el guayabo y el mango. Sembrados, con la tierra hasta el cuello, sabiéndose que son los custodios de los campos tropical y subtropical. Tierra que los acoge; pero que, además, la conservan, cuidan y la hacen productiva, para ellos y para nosotros. (Fuertes Suárez Patricia Irene, 2011). Distintas son las formas de ser entre mujeres ricas y mujeres pobres. Sin embargo, hay también elementos comunes. Cada cultura o comunidad determina, de manera distinta, cómo deben ser

las mujeres y los hombres. Cómo deben actuar, relacionarse y sentir. Esas formas de ser se llaman identidades de género. (Guala, 2009)

A nivel mundial predomina el Servicio de Salud Público, es importante recalcar que el Ministerio de Salud Pública de cada país es el ente regulador del Sistema Nacional de Salud, la Atención Primaria de Salud renovada es el pilar fundamental de la salud de un país según el Modelo de Atención Integral de Salud establecido por la Organización Mundial de la Salud, las principales causas de mortalidad son la Diabetes y Enfermedades cardiovasculares las cuales son patologías que deben ser controladas subsecuentemente en el Primer Nivel de atención.

CAPÍTULO 3

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de campo y descriptiva, es descriptiva porque se basa en encuestas las cuales permitirán conocer el punto de vista de los usuarios sobre la operatividad del I nivel de atención en el 2014, con el fin de analizar el tema de investigación poco estudiado y abordado. Es descriptiva porque se detallarán los datos cuantitativos de los resultados de la investigación. El objetivo principal de la investigación aplicada es recibir mayor información sobre la percepción, el conocimiento u opinión de los encuestados, por ésta razón la investigación responderá a éste tipo. Dentro de las investigaciones no experimentales se ubica en el tipo de investigación descriptiva. En las investigaciones no experimentales se puede o no contar con hipótesis. Las variables no se manipulan, se observan (observación empírica), Los datos primarios se registran en bitácoras o planillas abiertas. (Silva, 2013).

En la presente investigación se utilizará el método histórico lógico q nos permite a partir del análisis documental analizar los fundamentos teóricos y los referentes metodológicos, también se utilizará el enfoque inductivo y deductivo y el de análisis de la síntesis, lo que se pretende es describir cuales son las principales causas por las que no se cumplen los planes estratégicos.

El método inductivo se basa de hechos particulares para llegar a conclusiones probables, el método deductivo toma aspectos o elementos generales para explicaciones particulares; el Inductivo-Deductivo se basa en la lógica de los hechos particulares, aunque es deductivo en un sentido (parte de lo general a lo particular) e inductivo en el sentido de que sus conclusiones son probables. (Morán & Alvarado, 2010)

3.2 DETERMINACIÓN DE LA POBLACIÓN Y MUESTRA

El método a usar es el muestreo probabilístico con el objetivo de que todos los grupos de interés de la investigación estén representados adecuadamente en la muestra escogida (intencional), la población que se va a aplicar son personas que viven cerca al centro de salud San Jacinto Este y Anidado de Balzar, 41 usuarios frecuentes de los mismos.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot \sigma^2}{(N - 1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot \sigma^2}$$

Muestra	41
Población	1000
Error esperado	15%
Varianza	0,5
Valor de tabla z	1,96

3.3 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica de recolección de datos utilizada es la encuesta de campo, la encuesta se dirige a 41 usuarios (no afiliados a ningún tipo de seguro público o privado), quienes acuden con mayor afluencia al servicio Público, mayores de 15 años, que estén en la capacidad de brindar información verídica, de comprender las preguntas realizadas, y que estén prestas a colaborar con las preguntas. El Instrumento de recopilación de información es la información obtenida de fuentes primarias mediante preguntas sencillas, cerradas acordes a la edad, y a la necesidad de obtener datos que colaboren de manera eficaz al proceso investigativo (entrevista a funcionarios del Ministerio de Salud Pública y encuestas a usuarios) y secundaria (datos estadísticos) con el fin de analizar la situación presentada durante el año 2014 para

plantear la propuesta que logre resolver todos los problemas que no permiten efectividad en el primer nivel.

3.4 INSTRUMENTOS

Entrevista al Líder de diversos procesos del Ministerio de Salud Pública y encuestas realizadas a usuarios de los centros de salud del Cantón Balzar.

3.5 UNIDADES DE ANÁLISIS

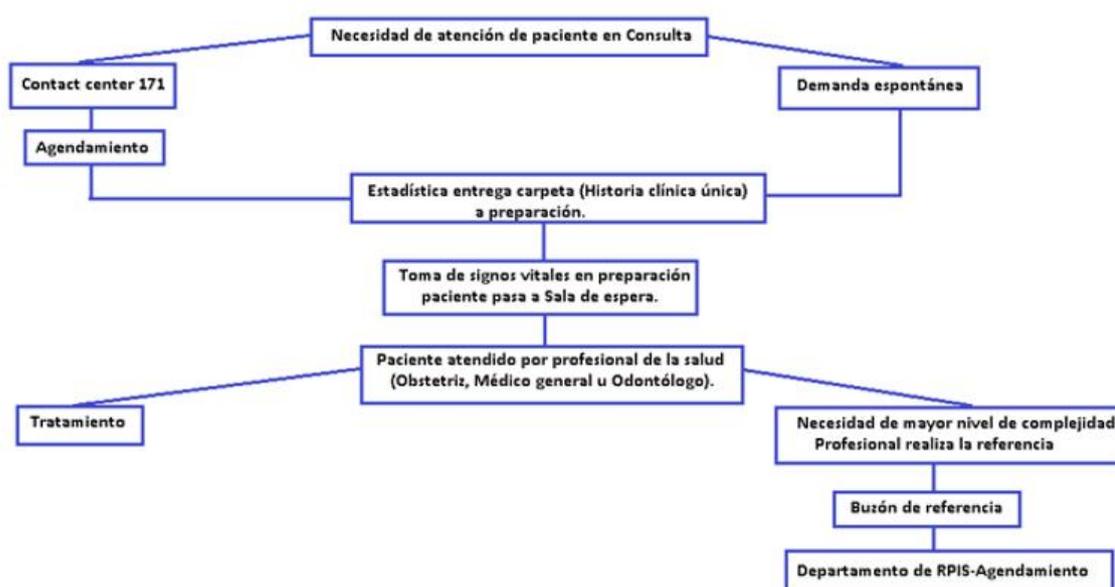


Figura 4. Flujograma de atención de pacientes Centro de Salud

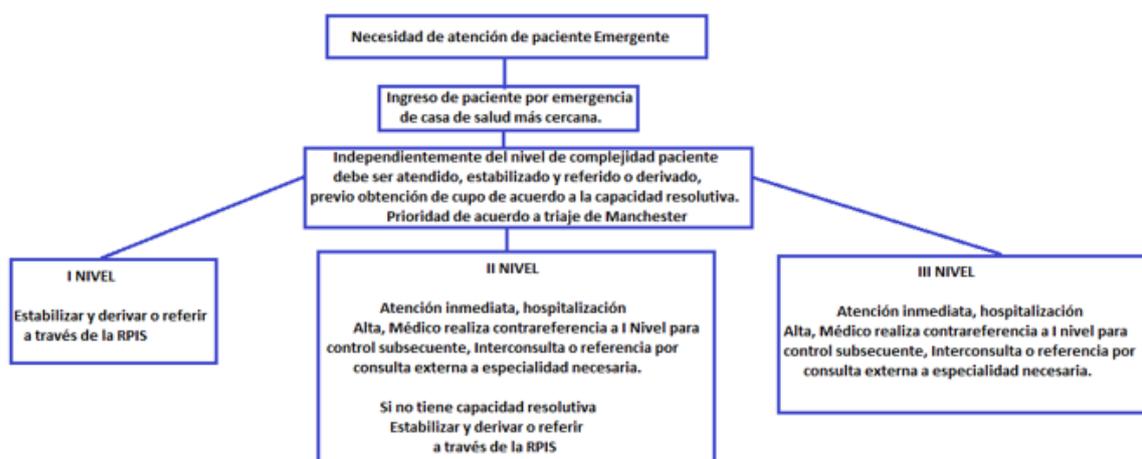


Figura 5. Flujograma de Atención de paciente emergente Hospital Básico.

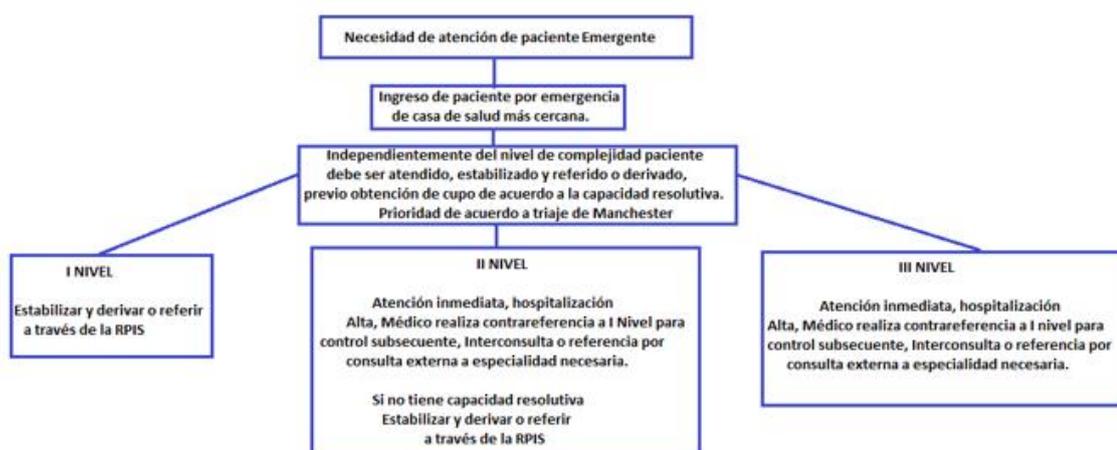


Figura 6. Flujograma de Atención de paciente no emergente Hospital Básico

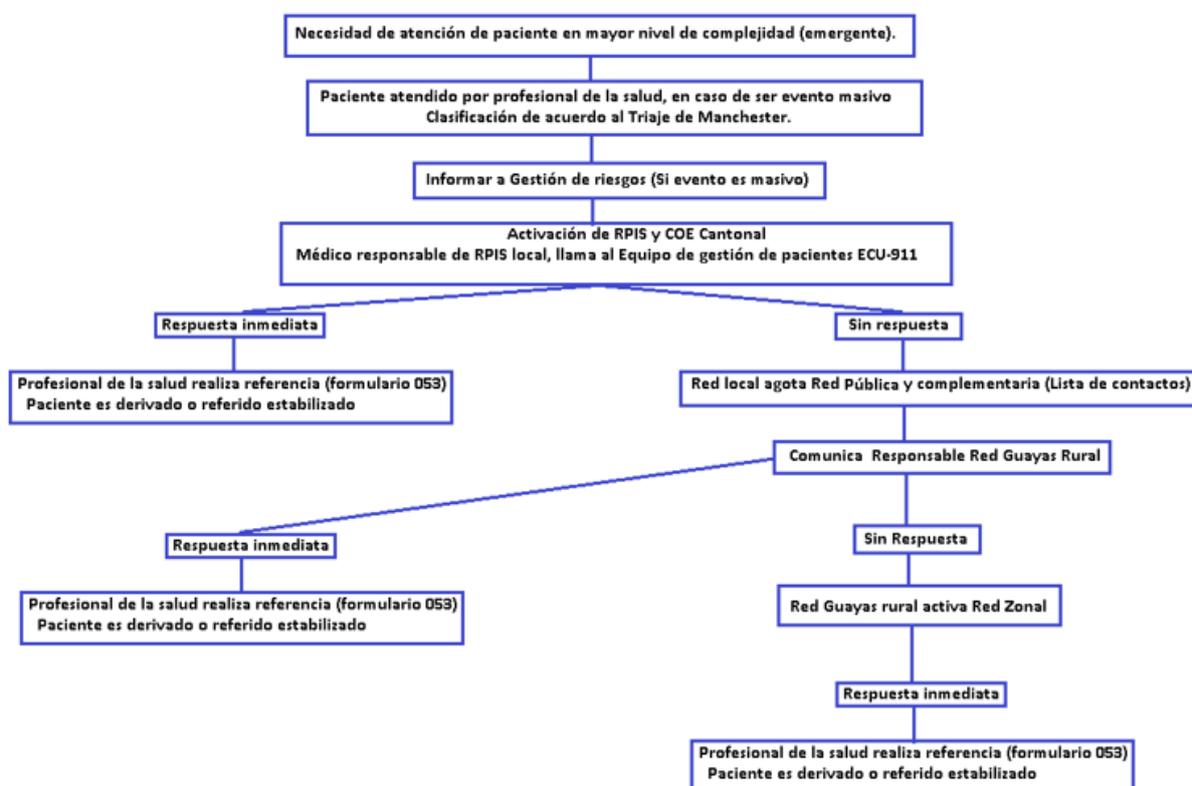


Figura 7. Flujograma de Atención de paciente emergente a través de la RPIS

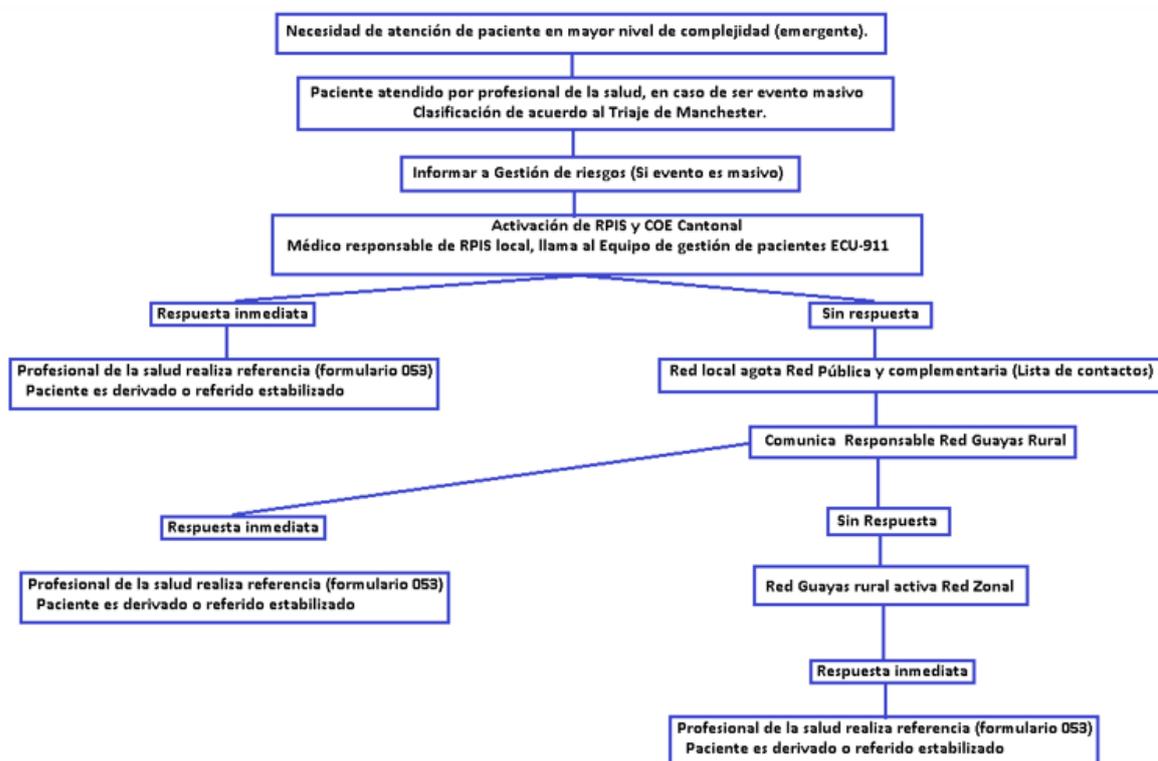


Figura 8. Flujograma de Atención de paciente no emergente a través de la RPIIS

3.7 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EN EL DISTRITO 09D13 - BALZAR

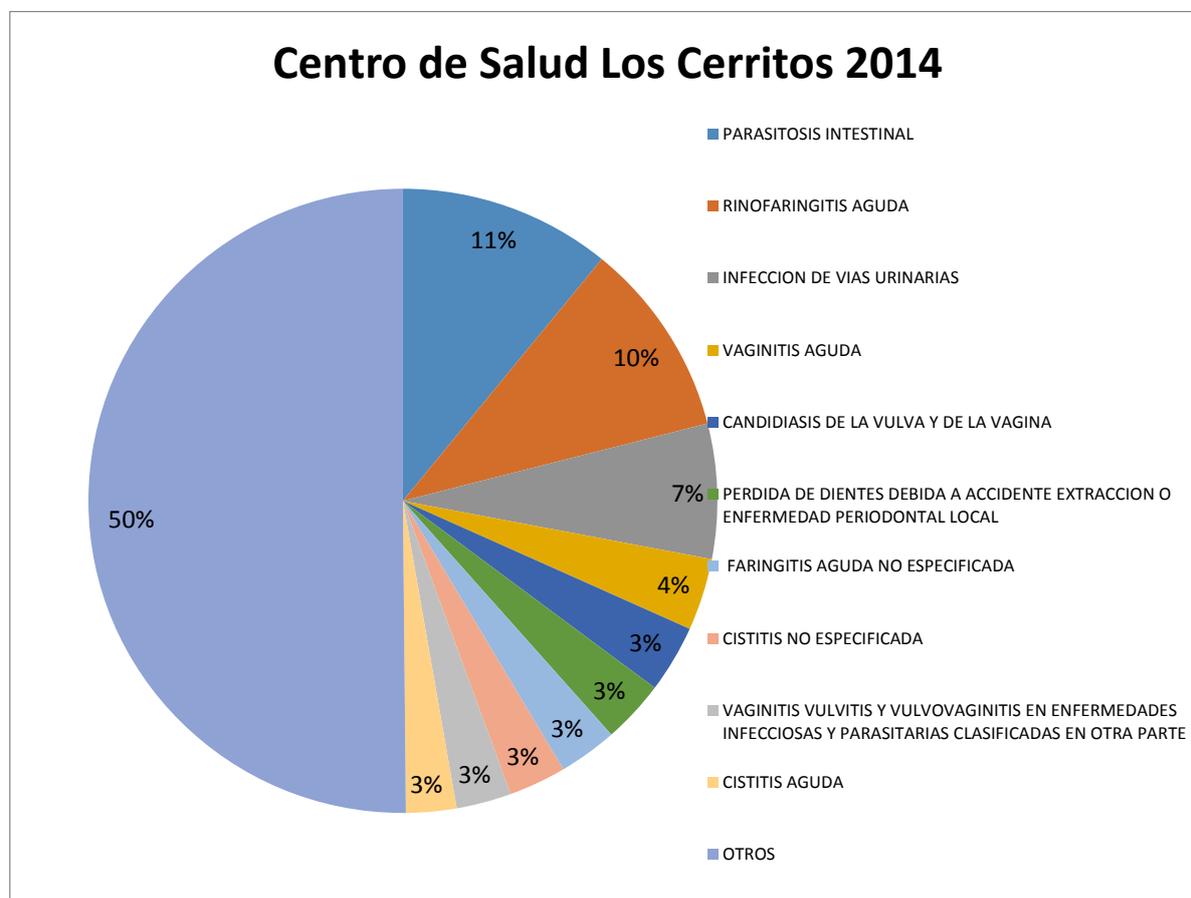


Figura 9. Morbilidades consulta de I nivel Centro de Salud Los Cerritos Distrito 09D13

Fuente: Estadística Hospital Básico Balzar

Análisis: En el Centro de Salud *Los Cerritos*, patología más frecuente es la Parasitosis Intestinal que equivale al 50%, seguida de Rinofaringitis aguda 11% e Infección de Vías urinarias 10%, las cuales se encuentran dentro de su capacidad resolutoria de acuerdo al nivel de complejidad que corresponde a un Centro de Salud Tipo A, sin embargo requieren control subsecuente para evitar recidivas y como consecuencia atención Hospitalaria de una patología que desde un inicio debe ser resuelta en el Primer Nivel de Atención.

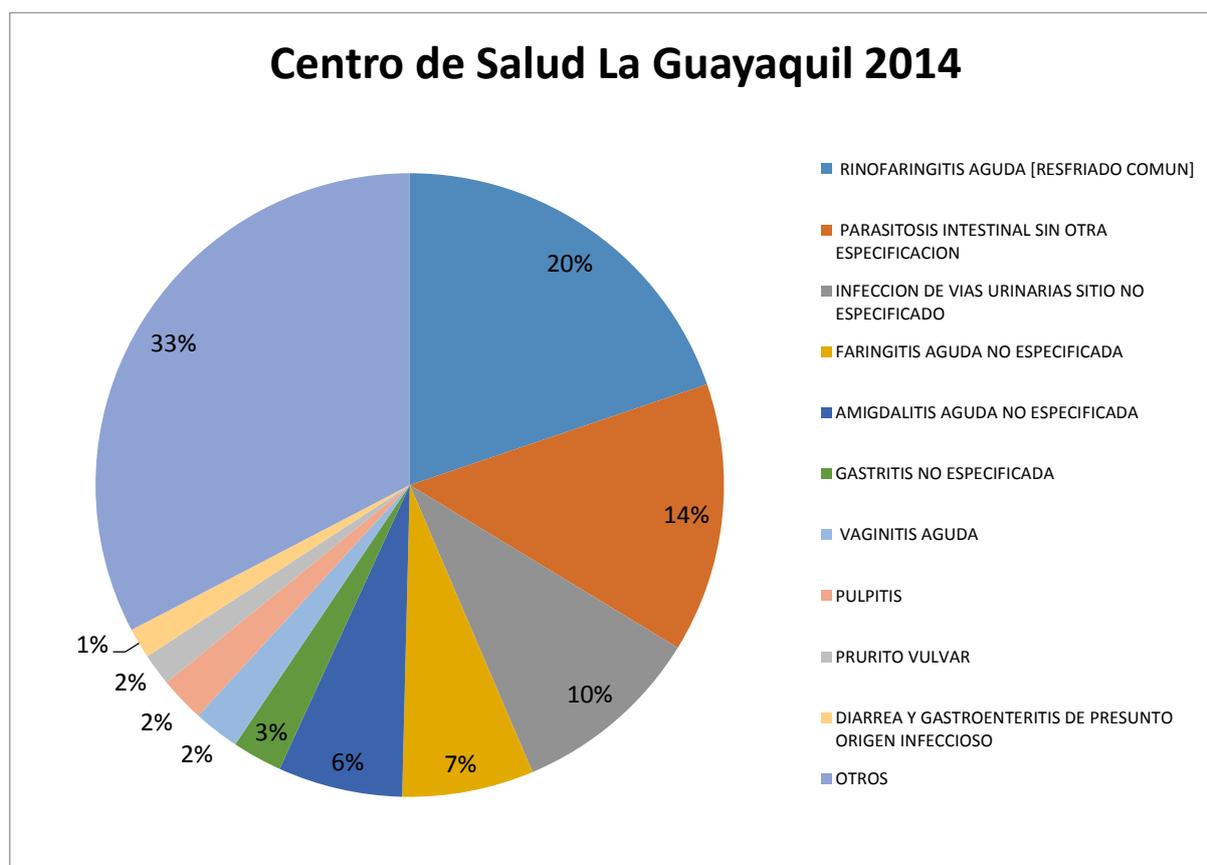


Figura 10. Morbilidades consulta de I nivel Centro de Salud La Guayaquil Distrito 09D13

Fuente: Estadística Hospital Básico Balzar

Análisis: En el Centro de Salud *La Guayaquil* predominan en un 33% el Resfriado común, seguido de Parasitosis Intestinal 20% e Infección De Vías Urinarias 20%, los dos últimos al igual que en el Centro de Salud *Los Cerritos*, Patologías acorde al nivel de complejidad.

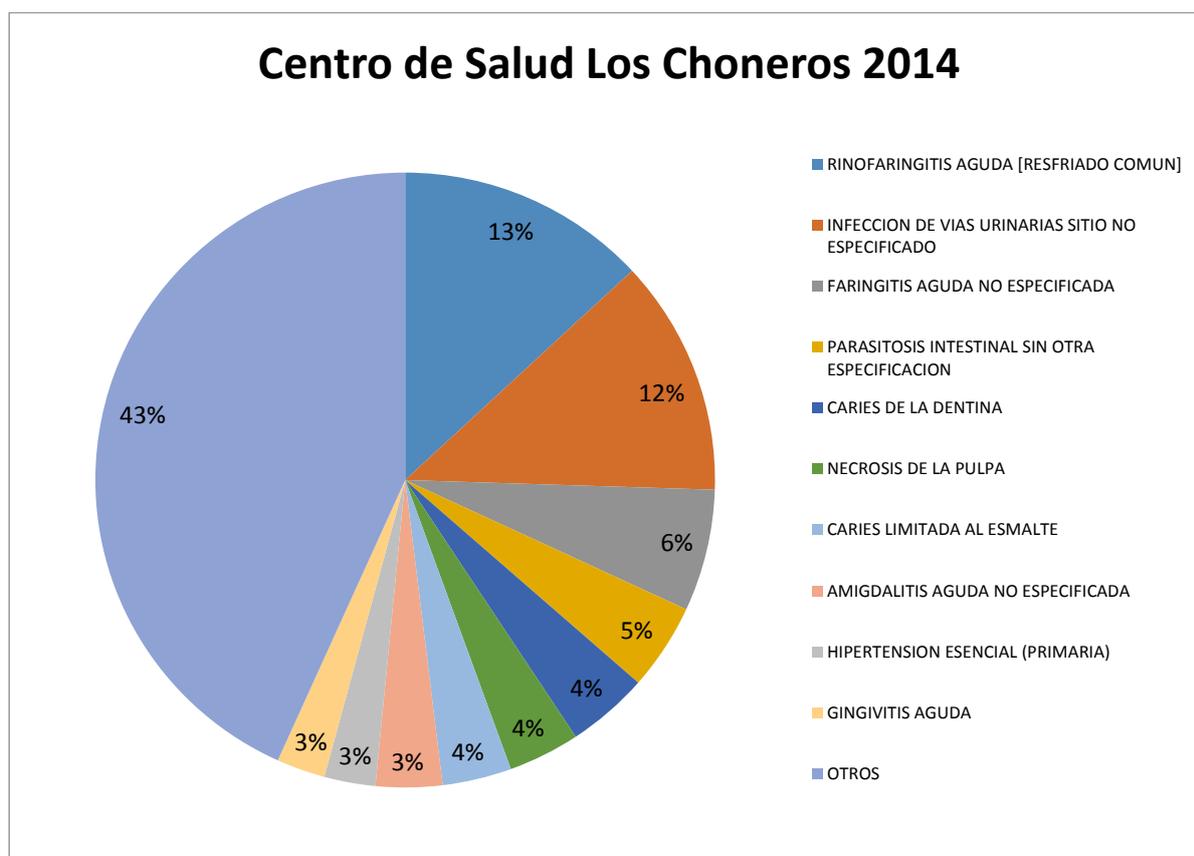


Figura 11. Morbilidades consulta de I nivel Centro de Salud Los Choneros Distrito 09D13

Fuente: Estadística Hospital Básico Balzar

Análisis: Las morbilidades principales del Centro de Salud *Los Choneros* la encabeza con un 43% la Rinofaringitis aguda o resfriado común, seguida de Infección de Vías urinarias 13% y Faringitis Aguda 12%, en los tres Centros de Salud mencionados se mantiene la Infección de Vías Urinarias, patología que no solo se encuentra dentro de las morbilidades del Primer Nivel de atención.

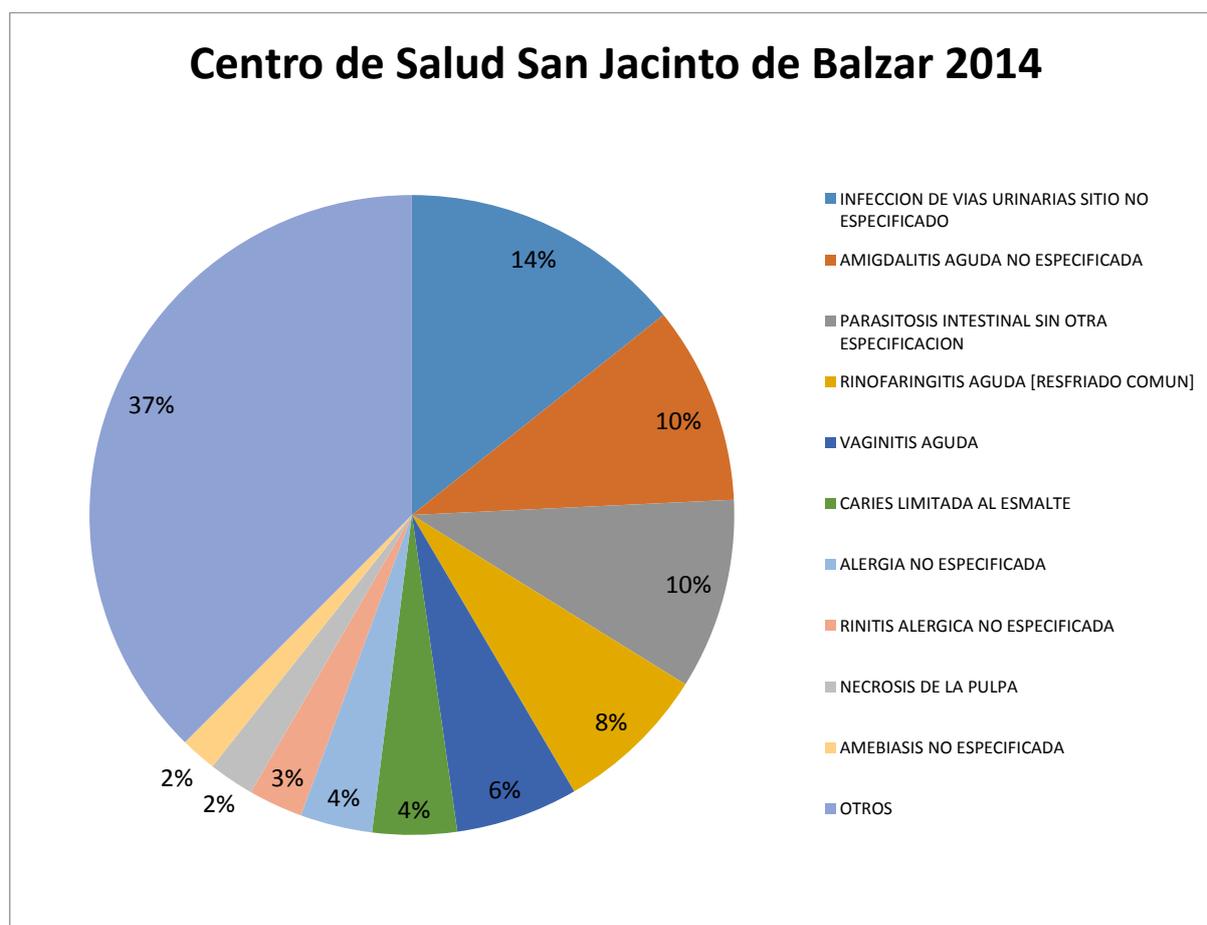


Figura 12. Morbilidades consulta de I nivel Centro de Salud San Jacinto de Balzar Distrito 09D13

Fuente: Estadística Hospital Básico Balzar.

Análisis: Las morbilidades del Centro de Salud *San Jacinto de Balzar* son la Infección de vías Urinarias 37%, Amigdalitis aguda 14%, Parasitosis Intestinal 10%, es el Centro de Salud más cercano al Hospital de referencia *Hospital Básico Balzar*, prevalece la Infección d vías urinarias.

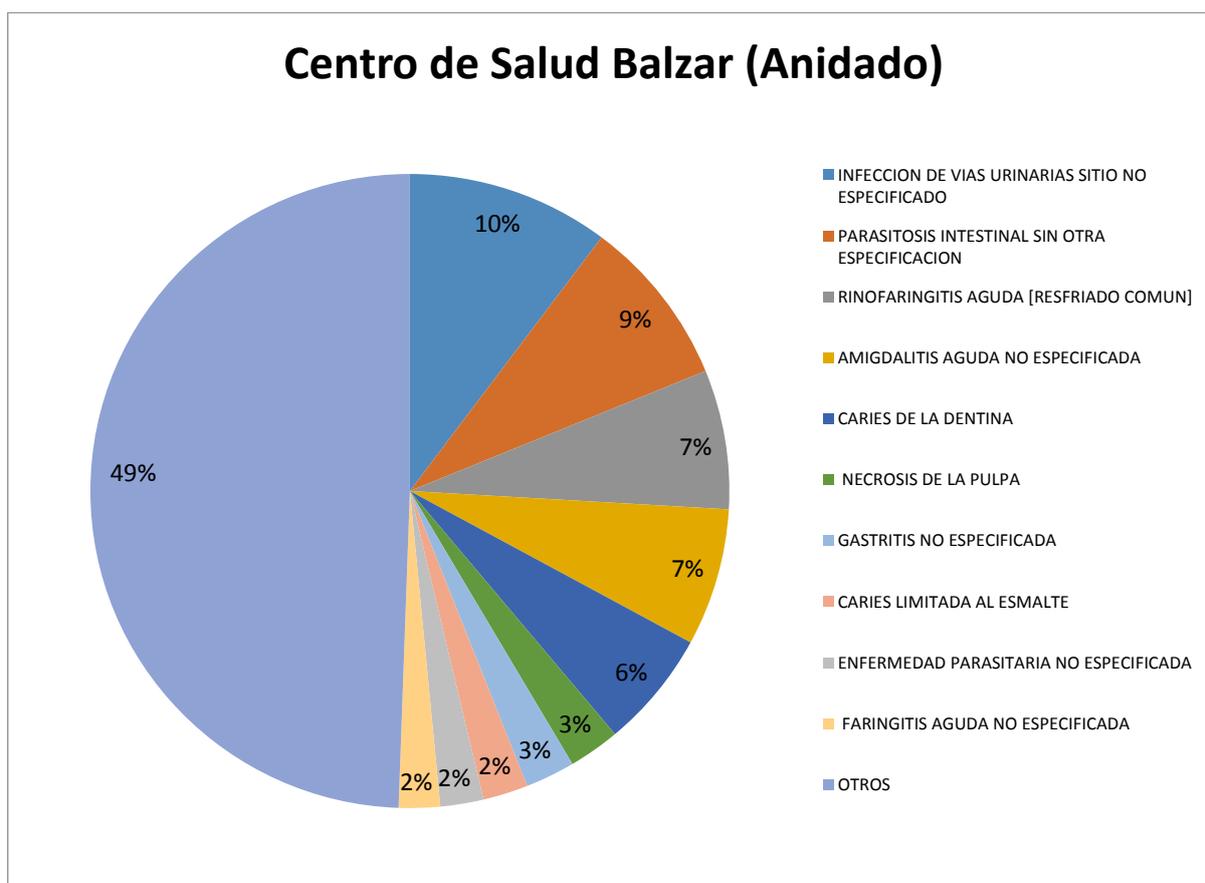


Figura 13. Morbilidades consulta de I nivel Centro de Salud Balzar Distrito 09D13

Fuente: Estadística Hospital Básico Balzar.

Análisis: Las morbilidades principales del Centro de Salud *Anidado de Balzar* el cual se encuentra dentro de las instalaciones del *Hospital Básico Balzar* por falta de espacio físico, tiene como morbilidad principal la Infección d Vías Urinarias con un 49%, Parasitosis 10% y Resfriado Común 9%.

Tabla 9

Morbilidades y pacientes atendidos en Consulta del I Nivel

UNIDADES OPERATIVAS BALZAR	MORBILIDAD PRINCIPAL	Porcentaje	Pacientes Atendidos
Centro de Salud Los Cerritos	Parasitosis Intestinal	50%	1661
Centro de Salud La Guayaquil	Rinofaringitis Aguda	33%	5430
Centro de Salud Los Choneros	Rinofaringitis Aguda	43%	749
Centro de Salud San Jacinto de Balzar	Infección de Vías Urinarias	37%	3923
Centro de Salud Balzar (Anidado)	Infección de Vías Urinarias	49%	13911
TOTAL			25674

Fuente: Estadística Hospital Básico Balzar

Análisis: Las morbilidades principales por la cual el usuario acude a los diversos Centros de Salud del Cantón Balzar son patologías que efectivamente se encuentran dentro de la capacidad resolutoria del Primer Nivel de atención como es la Rinofaringitis Aguda e Infección de Vías Urinarias, sin embargo predominan con un 50% la Parasitosis Intestinal en el Centro de Salud *Los Cerritos*, patología que se encuentra presente en todas las unidades operativas, la cual se adquiere a través del agua contaminada o alimentos, situación que se puede evitar con la correcta higiene personal y de los alimentos. El Centro de Salud Anidado de Balzar es el que tiene mayor afluencia de usuarios, 13,911 pacientes durante el año 2014 fueron atendidos, es importante considerar que al no existir adscripción de la población los usuarios eligen a que Centro de Salud asistir, la Unidad Operativa San Jacinto de Balzar se encuentra aproximadamente a 1 kilómetro del Centro de Salud Anidado. 25,674 pacientes representan el 47.6 % de la población de Balzar.

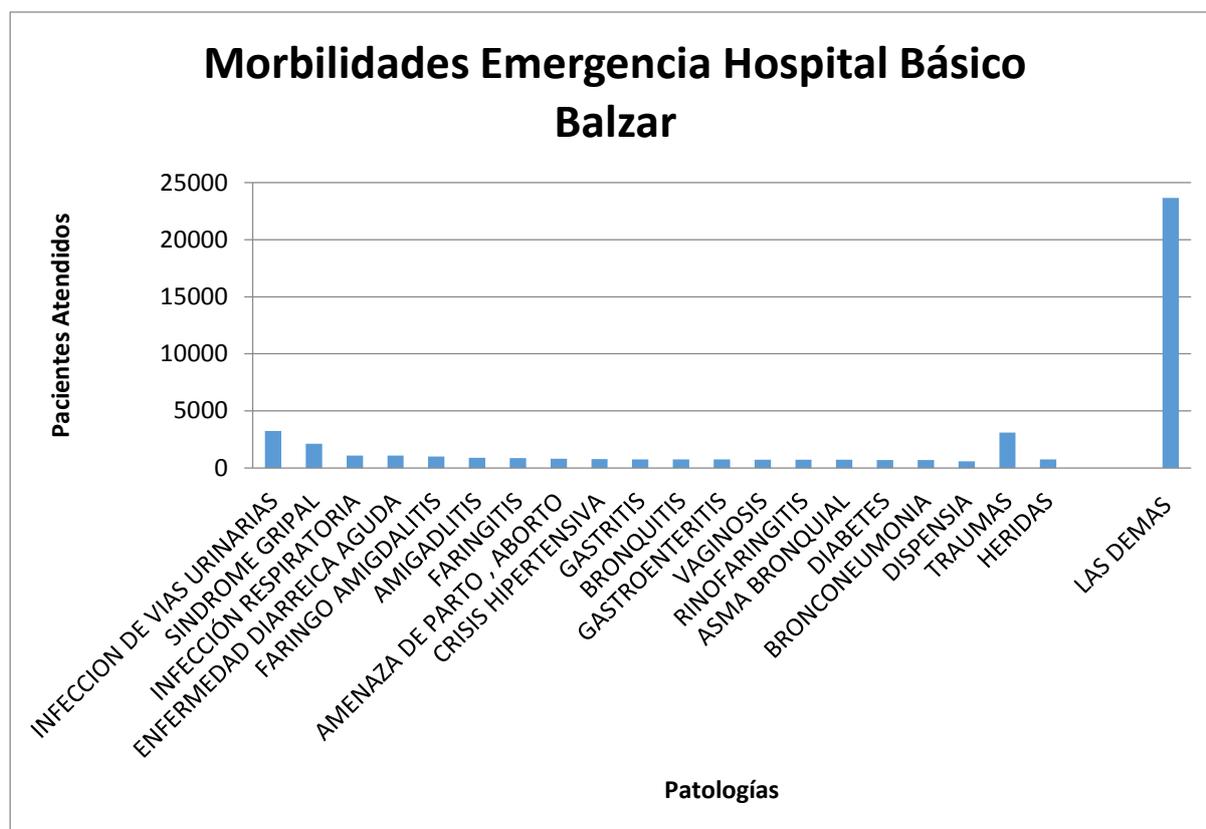


Figura 14. Morbidades Emergencia Hospital Básico Balzar

Fuente: Estadística Hospital Básico Balzar

Análisis: El número de pacientes atendidos en el área de Emergencia del Hospital Básico Balzar corresponden al 85% de la población del Cantón en mención, la principales morbilidades en el caso de patologías como síndrome gripal, amigdalitis y faringoamigdalitis no corresponden a este nivel de atención, pues deberían ser resueltas en los centros de salud por no ser consideradas de alta complejidad

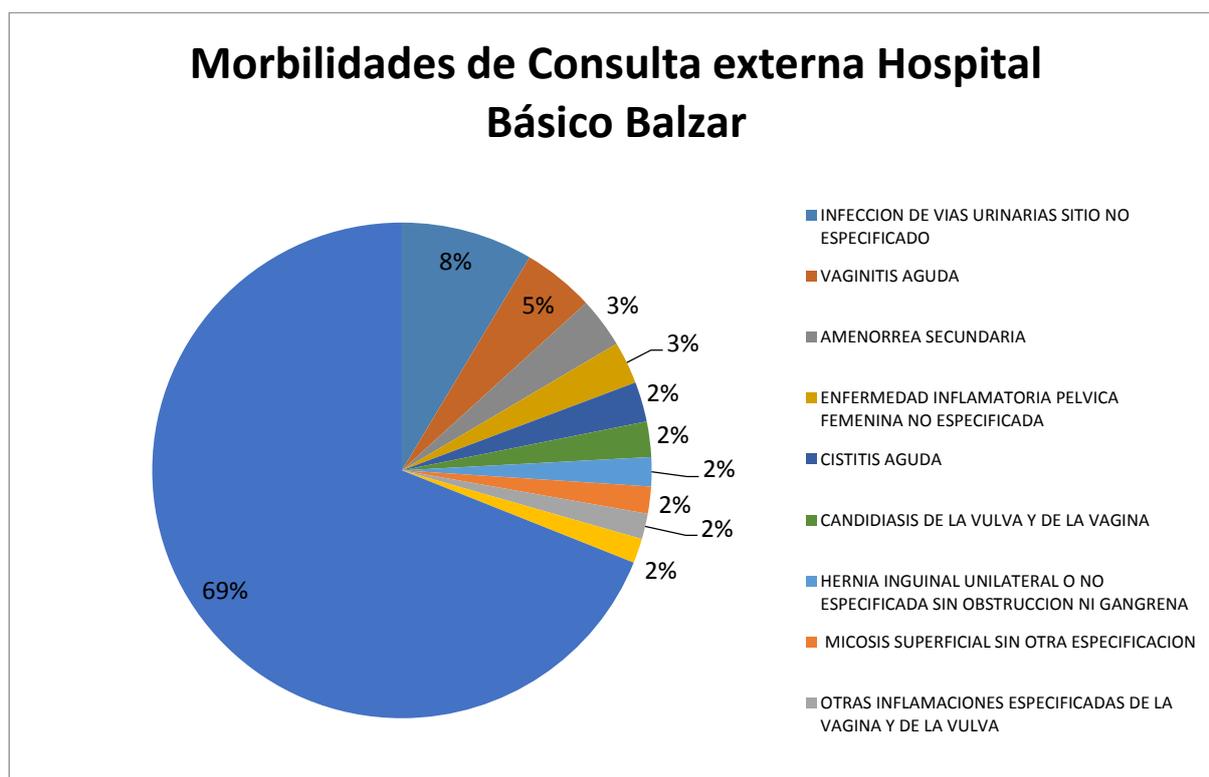


Figura 15. Morbilidades de Consulta externa Hospital Básico Balzar

Fuente: Estadística Hospital Básico Balzar

Análisis: El número de pacientes atendidos en la consulta externa del Hospital equivale al 9.5% (5,107 pacientes) de la población del Cantón Balzar, el 69% corresponde a Infección de Vías urinarias, al igual que en el Primer Nivel de atención patología que prevalece en los dos niveles.

Pacientes emergentes transferidos a través de la RPIS

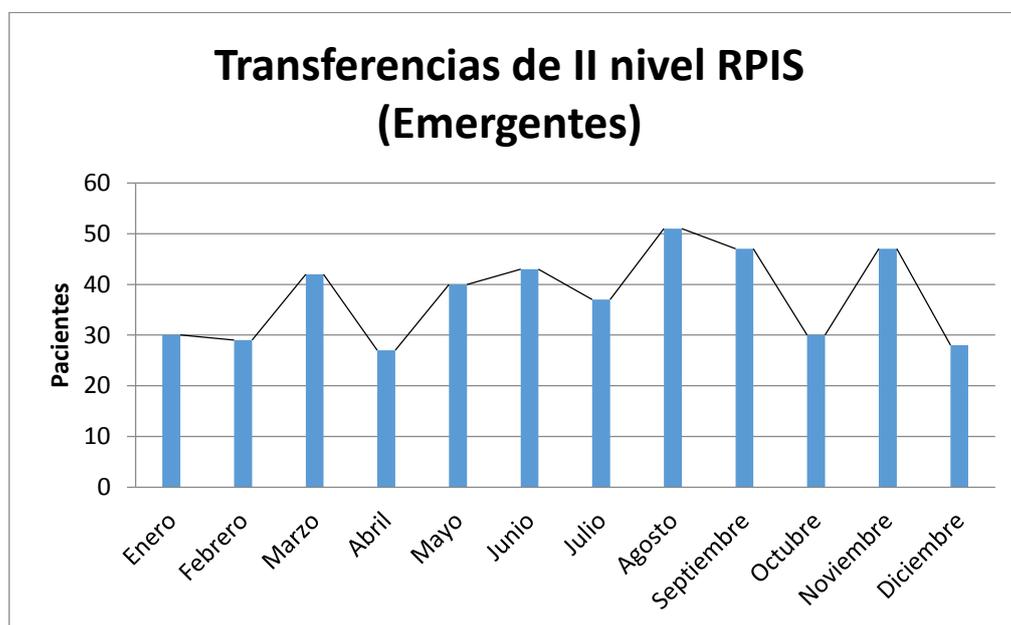


Figura 16. Transferencias de II nivel RPIS

Fuente: Estadística Hospital Básico Balzar

Análisis: Las transferencias (referencias y derivaciones) desde la emergencia del Hospital Básico Balzar corresponden al 0.98% en relación al número de pacientes atendidos, 451 transferencias, lo que indica que dentro del nivel de complejidad tiene alta capacidad resolutive.

Pacientes no emergentes transferidos a través de la RPIS

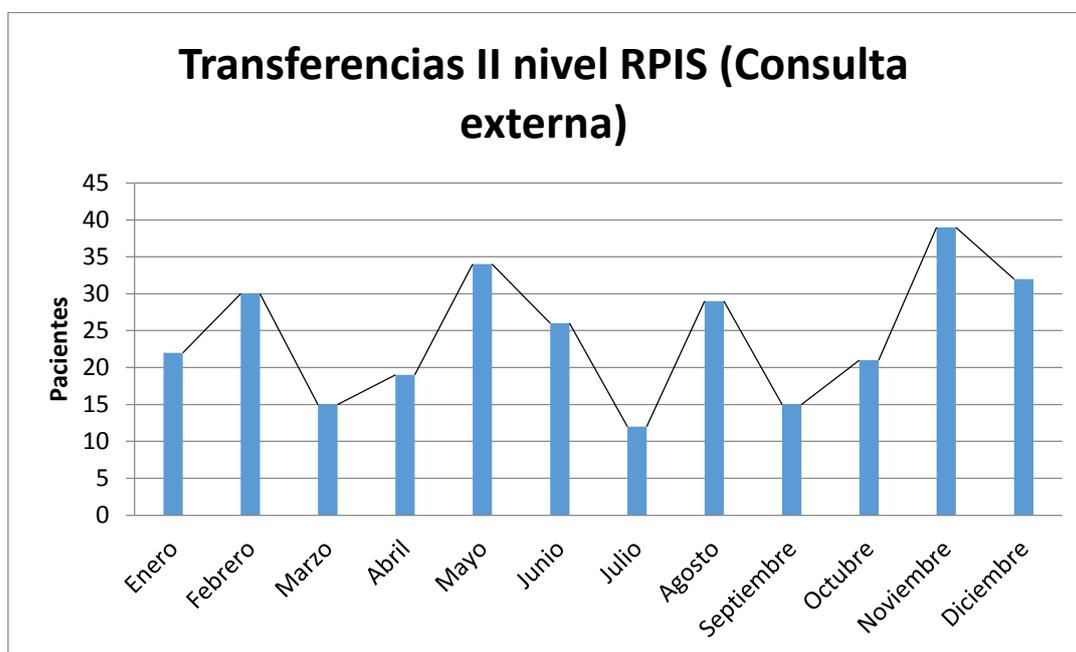


Figura 17. Transferencias II nivel RPIS (Consulta externa)

Fuente: Estadística Hospital Básico Balzar

Análisis: Las transferencias de consulta externa del segundo nivel de atención corresponden al 5.75% en relación al número de pacientes atendidos, 294 pacientes fueron derivados y referidos a unidades de mayor complejidad con el fin de obtener consultas o servicios de especialidad o una segunda opinión de un especialista, más de 90% de los casos clínicos se resuelven dentro del Hospital Básico Balzar.

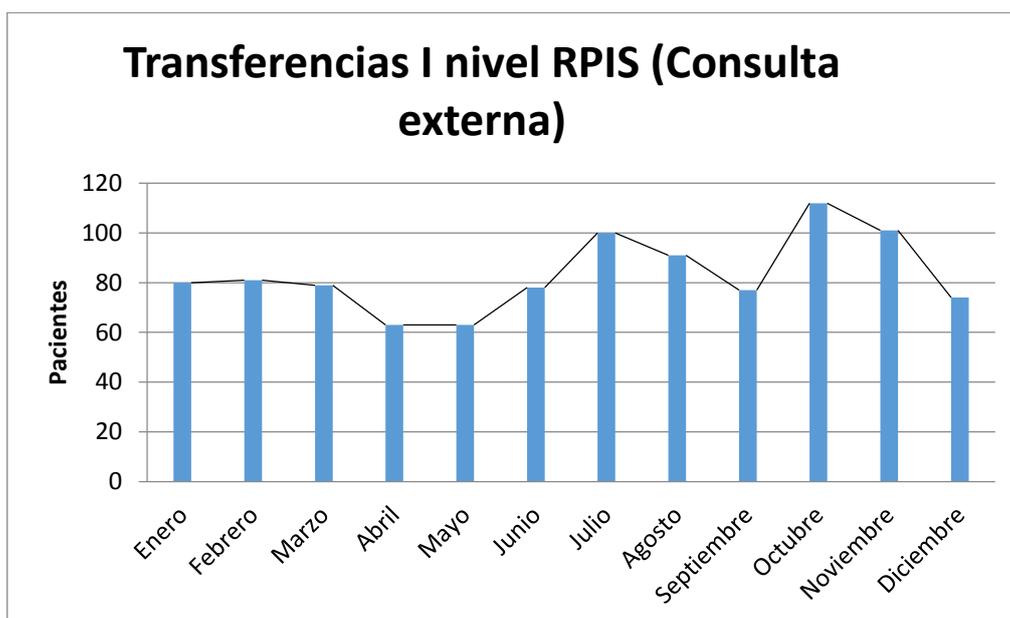


Figura 18. Transferencias I nivel RPIS (Consulta externa)

Fuente: Estadística Hospital Básico Balzar

Análisis: Las transferencias (referencias y derivaciones) de los Centros de Salud a niveles de atención de mayor complejidad, corresponden al 3.89% en relación al número de pacientes atendidos, 999 usuarios se transfirieron durante el año 2014 desde las diferentes Unidades Operativas de Primer Nivel a Hospitales con mayor capacidad resolutive.

Tabla 10**Transferencias de pacientes desde el I nivel.**

UNIDADES OPERATIVAS BALZAR	PACIENTES TRANSFERIDOS I NIVEL 2014
Centro de Salud Los Cerritos	116
Centro de Salud La Guayaquil	83
Centro de Salud Los Choneros	79
Centro de Salud San Jacinto de Balzar	157
Centro de Salud Balzar (Anidado)	564
TOTAL	999

Fuente: Estadística Distrito 09D13

Análisis: El Centro de Salud Anidado de Balzar realizó el número mayor de transferencias, equivale al 4.05% en relación al número de pacientes atendidos; En general se puede visualizar que el 96.11% de patologías se resuelven en los centros de salud, sin embargo las morbilidades más frecuentes de la emergencia del Hospital Básico Balzar deben ser resueltas en las Unidades Operativas de primer nivel, es importante mencionar que no existe estadística de cuantas referencias inversas se realizaron en 2014, ni si fueron cumplidas y efectivas, lo cual obstaculiza la investigación.

3.8 ENTREVISTAS REALIZADAS

El Economista Xavier Corrales, *Líder de Estadística Hospital Básico Balzar* considera que uno de los puntos fundamentales de la Estrategia de la Primaria de Salud Renovada es dividir el primer del segundo nivel en el caso de Centro de Salud Anidado, así como la deficiente infraestructura por lo cual se usan las instalaciones del Hospital lo que conlleva a confundir al usuario y a los colaboradores de cuales son los niveles de complejidad, además el desconocimiento de los funcionarios del I nivel de atención de cual es la capacidad resolutive de un centro de Salud y cuando amerita atención en II nivel con la respectiva referencia y coordinación, los usuarios congestionan la emergencia del Hospital por patologías que no ameritan la atención por éste servicio, considera que las barreras de acceso del usuario a los servicios médicos en cualquier nivel de complejidad son la distancia, la falta de gestión para evitar que usuarios viajen por lo general a la ciudad de Guayaquil únicamente para obtener una cita Médica o para algún examen complementario, el desconocimiento del Modelo de Atención Integral De Salud, los motivos de autoreferencia son el desconocimiento, comodidad de los pacientes de no acudir al centro de salud pues indican que en el Hospital la atención es más rápida y que el agendamiento del I nivel es muy distante, no se clasifica a los pacientes en el Contact Center para determinar quienes ameritan atención oportuna, y que las posibles soluciones para fortalecer el I nivel de atención son que se articulen las microredes, que el Sistema de referencia y contrareferencia funcione de acuerdo a la norma, así como la Red Pública Integral de salud.

El Psicólogo Jorge Vanegas Parreño, *Analista de Desarrollo Institucional del Ministerio de Salud Pública del Ecuador* considera que no se cumple a cabalidad, dicha prestación de servicio por parte de esta cartera de estado debido a la dificultad de acceso al usuario a la

Unidad Operativa Desconcentrada y a la cartera de servicios destinada de acuerdo al perfil epidemiológico del lugar; La barrera principal entre la cartera de servicios y la Unidad Operativa Desconcentrada mayormente es la dificultad de acceso y la distancia que hay dentro del Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención de acuerdo a la complejidad de la patología presentada.

El motivo principal de la autoreferencia de los usuarios a los diferentes niveles de atención tanto de la Red Pública y Complementaria de salud es por la dificultad y desconocimiento de la Cartera de Servicios de la zona donde se encuentra la Unidad Operativa Desconcentrada. Para fortalecer el Primer Nivel de atención debe existir mayor socialización de la Cartera de Servicios hacia la comunidad, equipamiento e insumos respectivos para las diversas patologías que presente cada usuario.

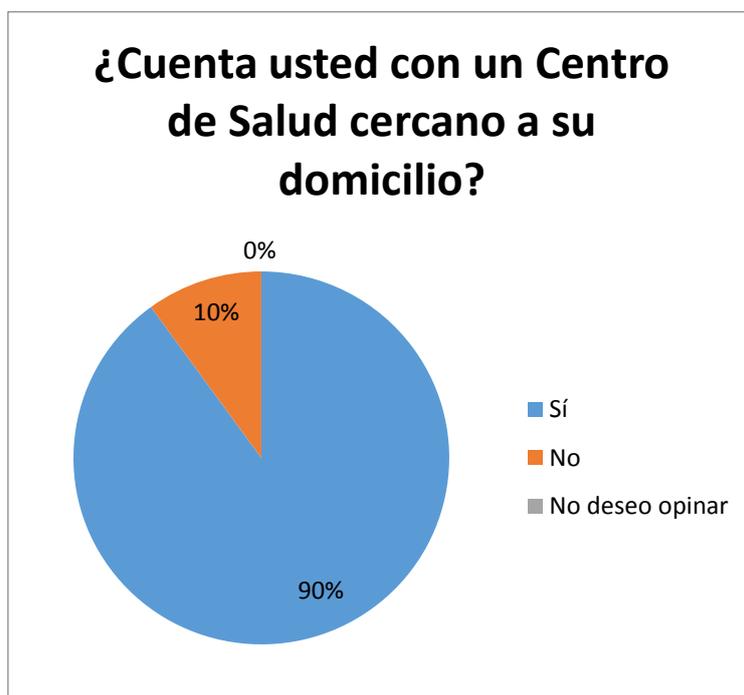
La Doctora Verónica Espinoza *Subsecretaria de Gobernanza de la Salud Pública*, considera que la estrategia de APS-R no se cumple, hay factores como áreas dispersas que no se consideran para la atención de los EAIS al no existir una planificación interna con los profesionales de la salud disponibles, la realidad de cada Unidad es distinta, difícil acceso, entre otros. Expone que las barreras de acceso que son las vías terrestres en condiciones no adecuadas, mal trato de algunos profesionales de la salud hacia el usuario y la falta de acceso a una línea telefónica para agendar citas.

Los Motivos de autoreferencia para su criterio son principalmente el desconocimiento del caso a tratar, falta de capacitación de casos que deben contrareferirse o solucionarse en el nivel competente, casos que deben atenderse en otro nivel de atención, como posible solución para fortalecer el Primer Nivel de Atención sugiere realizar estudios profundos en los centros de salud por perfil de morbilidad, planificación de horarios de trabajo de profesionales de la salud, realizar recomendaciones de itinerancia de profesionales de salud en donde exista necesidad acorde a la morbilidad.

El Dr. Andrés Corral *Director Nacional de Hospitales del MSP*, considera que la APS-R es efectiva, y que las barreras de acceso del usuario hacia los diversos servicios Médicos en cualquier nivel de complejidad son las citas distantes. El motivo de autoreferencia expone que es el desconocimiento de los servicios que brindan las Unidades operativas en todos los niveles, y para fortalecer el Primer Nivel es la Promoción de salud y mejor acceso a Unidades Operativas

La Dra. Patricia Cisneros *Directora Nacional del Primer Nivel de Atención* considera que la estrategia de APS-R no es efectiva y que el MSP debería informar que el primer filtro o diagnóstico se lo realiza en los centros de salud y si fuera el caso a un segundo nivel de atención, las barreras de acceso y los motivos de la autoreferencia son la falta de conocimiento y la mala imagen que tiene la sociedad del servicio de Salud Pública, refiere que se deben fortalecer los EAIS, realizar un análisis de cada Centro de Salud para medir su complejidad, informar a la sociedad que estos centros están calificados para atenderlos.

3.9 ENCUESTAS A USUARIOS



<i>Respuesta</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Porcentaje</i>
Sí	37	90%
No	4	10%
No deseo opinar	0	0%
Total	41	100%

Figura 19. Encuesta ¿Cuenta usted con un Centro de Salud cercano a su domicilio?

El 90% de los usuarios indican que cuentan con un centro de salud cercano a su domicilio, por lo tanto la distancia no resulta ser una barrera de acceso en la atención en la Microred de Balzar.

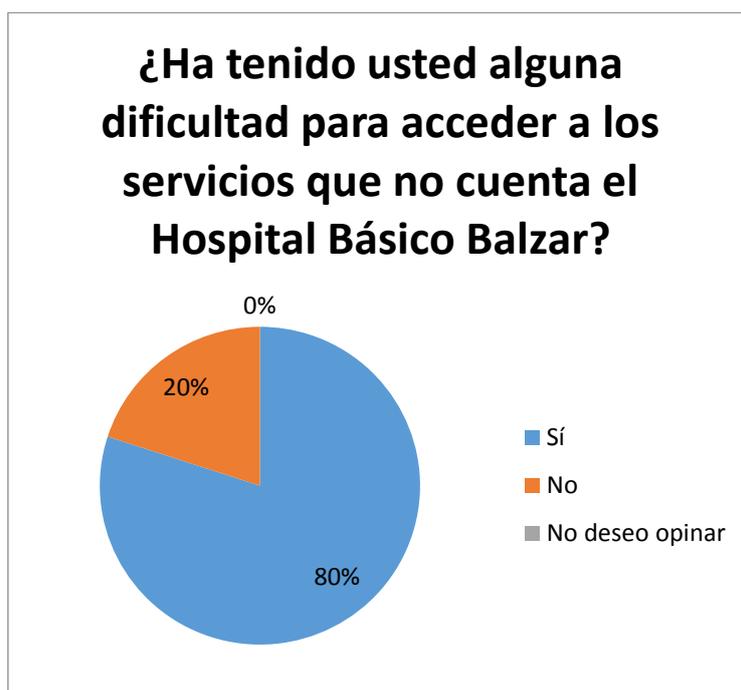


Figura 20. Encuesta ¿Ha tenido usted alguna dificultad para acceder a los servicios que no cuenta el Hospital Básico Balzar?

El 80% de usuarios han tenido dificultad para acceder a servicios que no cuenta el Hospital Básico Balzar, es decir que la gestión de pacientes para proveer los servicios que requieran no es efectiva.

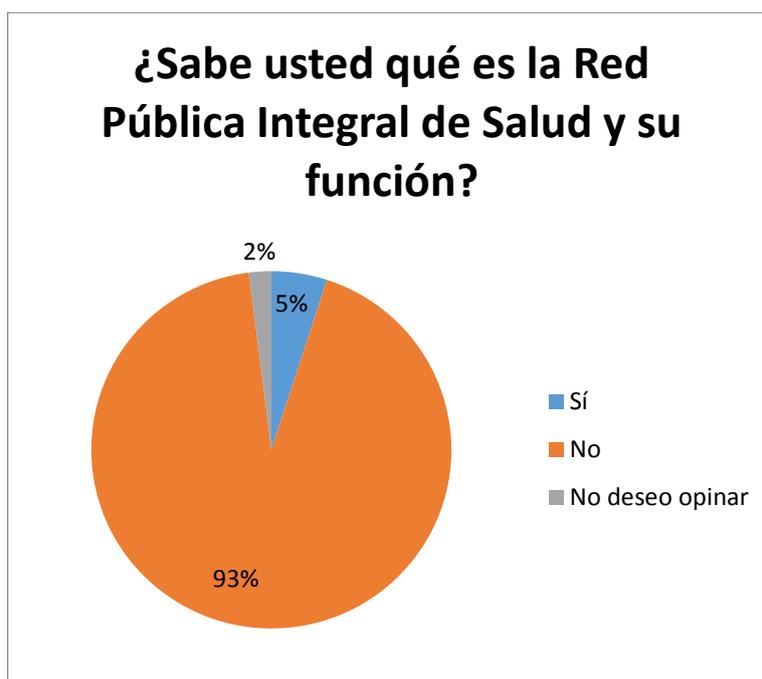
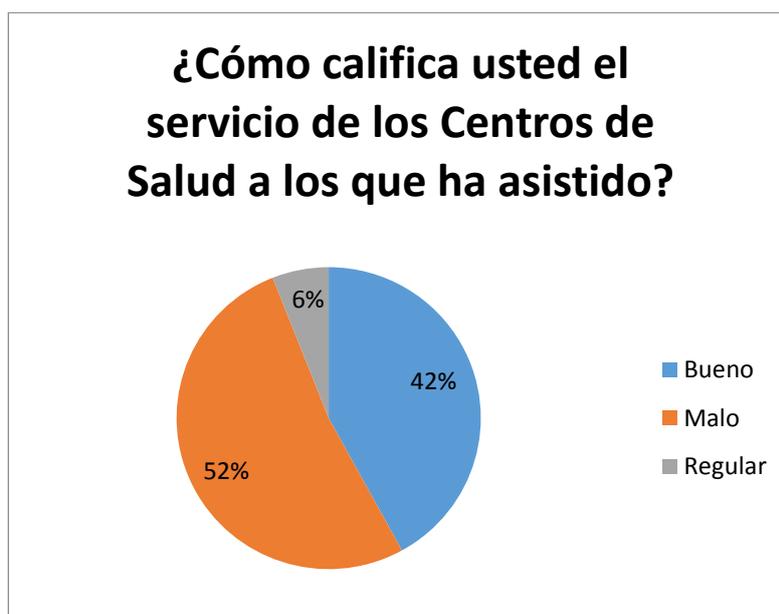


Figura 21. Encuesta ¿Sabe usted qué es la Red Pública Integral de Salud y su función?

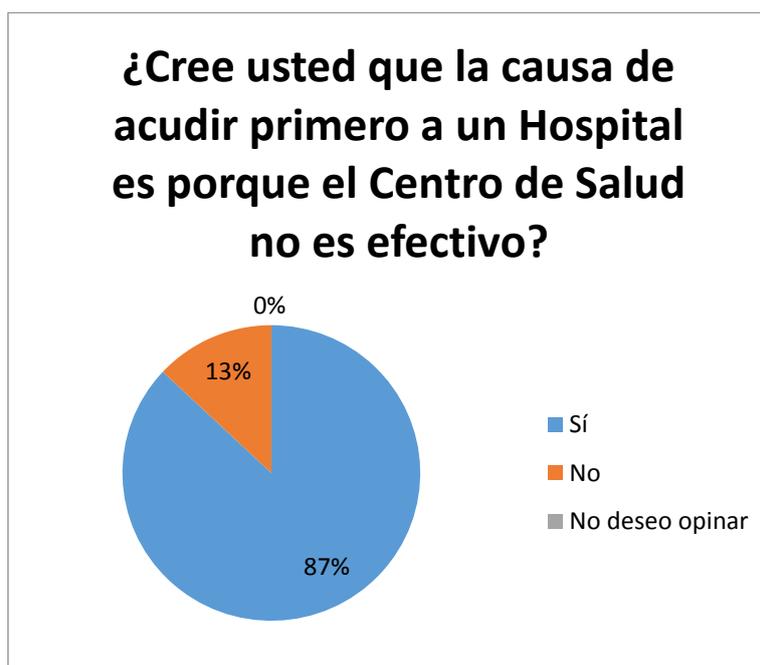
El 93% desconocen qué es la Red Pública Integral de Salud factor importante pues los principales actores son los usuarios quienes son direccionados a través de la RPIS a las distintas Unidades de salud con capacidad resolutive acorde a sus necesidades.



<i>Respuesta</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Porcentaje</i>
Bueno	17	42%
Malo	21	52%
Regular	3	6%
Total	100	100%

Figura 22. Encuesta ¿Cómo califica usted el servicio de los Centros de Salud a los que ha asistido?

El 52% de los usuarios consideran malo el servicio del centro de salud, no hay satisfacción en la operatividad de la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud.



<i>Respuesta</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Porcentaje</i>
Sí	36	87%
No	5	13%
No deseo opinar	0	0%
Total	41	100%

Figura 23. Encuesta ¿Cree usted que la causa de acudir primero a un Hospital y es porque el Centro de Salud no es efectivo?

El 87% considera que la autoreferencia es un efecto de la ineficiencia del primer nivel de atención, el usuario busca atención de forma inmediata sin necesidad de esperar una cita Médica.

Las encuestas a usuarios y las entrevistas a profesionales del Ministerio de Salud Pública del Ecuador comparten un mismo criterio en cuanto a la ineffectividad del Primer Nivel de Atención, existen barreras de acceso que impiden que el usuario tenga fácil acceso a un servicio de mayor nivel de complejidad principalmente la distancia, la falta de confianza del usuario al servicio público, el desconocimiento de los correctos lineamientos del ingreso al Sistema Nacional de Salud es lo que provoca que los usuarios acudan directamente a un mayor nivel de complejidad.

Según las estadísticas el Hospital Básico Balzar tiene capacidad resolutive para las patologías frecuentes en el Distrito 09D13, sin embargo las morbilidades más frecuentes en el área de emergencia de un Hospital de referencia no son las que corresponden a un Segundo Nivel Básico.

Los entrevistados mencionan que un plan de capacitación para el conocimiento de cartera de servicios hacia los usuarios es una estrategia fundamental para mejorar la operatividad del Primer Nivel de Atención.

CAPÍTULO 4: LA PROPUESTA

Implementación de un plan de gestión de administración para que el primer nivel sea la puerta de entrada obligatoria al Sistema Nacional de Salud.

4.1 ANTECEDENTES:

El Ministerio de salud Pública como Autoridad Sanitaria Nacional a través del Modelo de atención integral de salud dispone que el primer nivel debe ser obligatoriamente la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud; Existen múltiples programas, estrategias y lineamientos sin embargo éstos no logran ser efectivos pues los usuarios acceden a Unidades de salud de mayor nivel de complejidad provocando el colapso principalmente del servicio de urgencias y emergencias de los Hospitales de II y III Nivel. El Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia ha sido una posible solución para mejorar la producción del Primer nivel y fortalecer la Red Pública Integral de Salud permitiendo prestar el servicio al usuario de forma adecuada y oportuna evitando sobrecargar a los hospitales de mayor nivel de complejidad.

4.2 JUSTIFICACIÓN:

Debido a la necesidad de que los usuarios sean canalizados de la forma correcta hacia todos los niveles de atención, evitando inconformidades, largas listas de espera, viajes únicamente para obtener una cita Médica solicitada desde el Centro de Salud más cercano a sus hogares, se hace loable la propuesta de un plan de administración de gestión que establezca lineamientos para lograr que el Usuario obtenga todos los servicios de salud sin necesidad de autoreferirse.

4.3 MISIÓN: Proveer a los usuarios todos los servicios de salud que requieran de forma gratuita en base a sus necesidades según el nivel de atención y complejidad

4.4 VISIÓN: Ser un modelo de propuesta que garantice la continuidad y complementariedad en la atención al usuario con alta eficacia y eficiencia desde el primer nivel.

4.5 BENEFICIARIOS

Los beneficiarios son los usuarios de los centros de salud del Cantón Balzar quienes al contar con logística efectiva gozarán de todos servicios de salud sin necesidad de autoreferirse o generar egresos económicos innecesarios.

4. 6 OBJETIVOS

4.6.1 Objetivo general:

- Implementar un plan de gestión de administración en el primer nivel de atención de salud del cantón Balzar.

4.6.2 Objetivos específicos:

- Establecer lineamientos para la operatividad efectiva en la gestión de pacientes a través de la RPIS.
- Diseñar Plan de trabajo para obtener efectividad en el Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia y referencias inversa.
- Diseñar estrategias para el agendamiento electrónico por prioridad con la microred y macrored.

4.7 ESTRATEGIAS Y ACCIONES

Tabla 11

Plan de acción

PLAN DE ACCIÓN				
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PLAZO		
		CORTO	MEDIANO	LARGO
Creación de departamento de RPIS	Gestión de pacientes emergentes y no emergentes junto a responsable de RPIS (24/7) y agendamiento	X		
Implementación de agendamiento en Macrored	Recopilación de referencias semanales del Distrito para gestión de citas con Hospitales de III nivel, se informa al paciente día y hora de cita	X		
Implementación de agendamiento inmediato (Microred)	Agendamiento inmediato en Microred a través de correo electrónico, se informa al paciente día y hora de cita al instante	X		
Utilización de formulario 053 Referencia inversa	Llenado de formulario 053 por cada paciente que se autorefiere al II nivel de atención, tabulación mensual por el departamento de estadística	X		

Designar a un responsable de RPIS a nivel distrital así como de agendamiento en cada unidad operativa y crear el departamento de Red es el paso fundamental para dar inicio al plan de acción establecido, ambos velarán por la gestión de pacientes de forma eficiente, en caso de emergencias la labor del responsable de RPIS será 24 horas al día, 7 días a la semana.

El agendamiento se dará de la siguiente manera:

- Macrored: Responsable de agendamiento de Unidad operativa en donde se encuentre el usuario registrará los datos del formulario 053 en una matriz de Excel la cual se enviará vía correo electrónico semanalmente al responsable de RPIS y agendamiento del Hospital de referencia inmediato *Hospital Básico Balzar*, así como el los formularios en físico que previamente han sido depositados en el buzón de referencias de cada Unidad Operativa, una

vez agendado, el usuario recibirá la llamada para que se le indique fecha, hora y sitio de su cita Médica

- Microred: Responsable de agendamiento de Unidad operativa en donde se encuentre el usuario registrará los datos del formulario 053 en una matriz de Excel la cual se enviará vía correo electrónico diariamente al responsable de RPIS y agendamiento del Hospital de referencia inmediato *Hospital Básico Balzar* , así como los formularios en físico que previamente han sido depositados en el buzón de referencias de cada Unidad Operativa, el agendamiento se realiza al instante se le indica al usuario fecha, hora y sitio de su cita Médica.

Cada paciente que acude al segundo nivel de atención sin pasar por el primer nivel recibirá el formulario 053 de referencia inversa con la debida explicación de cuál es la forma correcta para acceder a los servicios en un mayor nivel de complejidad, información de autoreferencias que será tabulada y cuantificada de forma mensual por el departamento de estadística.

4.8 ALCANCE

El Plan de Gestión de administración para que el primer nivel sea la puerta de entrada obligatoria al Sistema Nacional de Salud permitirá fortalecer la microred, logrando efectividad en la provisión de los servicios de salud del Cantón Balzar incrementando la capacidad resolutive en todos los niveles de atención en el menor tiempo posible, siendo un modelo a seguir de Distritos vecinos semejantes al estudiado como El Empalme, Daule, Pedro Carbo quienes siguiendo el esquema del plan propuesto garantizarán la gratuidad y continuidad de los servicios de los usuarios en base a sus necesidades.

4.9 ESTUDIO DE FACTIBILIDAD

- Factibilidad operativa: Todas las Unidades Operativas cuentan con los recursos necesarios para operar (humanos, técnicos, materiales, financieros).
- Factibilidad Técnica: Todas las Unidades operativas del Cantón Balzar cuentan con todo los elementos tecnológicos para el agendamiento electrónico (Computadora e internet).
- Factibilidad Económica: Las unidades operativas cuentan con presupuesto anual suficiente para mantener los recursos necesarios.

4.10 AUTORIZACIÓN Y APROBACIÓN

La Máxima autoridad del Distrito 09D13-Balzar Dr. Pedro Baquerizo Suárez autorizará y aprobará la propuesta posterior a evaluar los resultados obtenidos.

4.11 RESULTADOS ESPERADOS

Se espera brindar y garantizar a los usuarios del Cantón Balzar todos los servicios de salud necesarios para contribuir a la atención integral y de forma gratuita.

4.12 PRESUPUESTO

Tabla 12

Presupuesto

PRESUPUESTO			
Actividad	Valor mensual	Cantidad	Total
Materiales de oficina para socialización e inducción	\$ 25,00	8	\$ 200,00
Brake para socialización e inducción	\$ 35,00	8	\$ 280,00
Materiales de oficina para Plan Piloto en tres Unidades Operativas (2 meses)	\$ 50,00	6	\$ 300,00
Materiales de oficina para Plan en todas las Unidades	\$ 50,00	5	\$ 250,00
Internet Mensual	\$ 25,00	5	\$ 125,00
Responsable de RPIS	\$ 1.676,00	1	\$ 1.676,00
Agendadores	\$ 585,00	5	\$ 2.925,00
Estadístico II nivel	\$ 585,00	1	\$ 585,00
Total	\$ 3.031,00	39	\$ 6.341,00

4.13 COSTO BENEFICIO

Las Unidades Operativas del Cantón Balzar cuenta con los recursos suficientes para llevar a cabo la propuesta establecida, el beneficio a obtenerse con la operatividad de la misma es no tangible monetariamente, pues las necesidades de los usuarios varían de forma indefinida, sin embargo el beneficio supera el costo, pues no existe necesidad de inversión en esta propuesta.

4.14 CRONOGRAMA

Tabla 13

Cronograma de Actividades

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Análisis						
Planificación						
Socialización						
Inducción						
Plan Piloto en 3 unidades Operativas						
Análisis, Reestructuración						
Aplicación de Plan en todas las Unidades Operativas						

- Primer mes: Análisis y la Planificación del Plan de Gestión de administración, se definen conceptos y estrategias factibles para la implementación del mismo.
- Segundo mes: Socialización e inducción a los miembros de todas las unidades de RPIS correspondientes al Cantón Balzar .
- Tercer y cuarto mes: Plan Piloto por 2 meses en los Centros de Salud Anidado, San Jacinto de Balzar y Los Cerritos lo cuales cuentan con mayor afluencia de pacientes.

- Quinto mes: Análisis del Plan Piloto, reestructuración de la propuesta tomando en cuenta las falencias y aciertos obtenidos de la experiencia en las tres Unidades Operativas.
- Sexto Mes: Aplicación del Plan de Gestión de Administración para que el Primer Nivel sea la puerta de entrada Obligatoria al Sistema Nacional de Salud en todas las Unidades Operativas del Cantón Balzar.

4.15 PLAN COMUNICACIONAL

Tabla 14

Plan Comunicacional

PLAN COMUNICACIONAL								
ACTIVIDADES	FEBRERO				MARZO			
	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Socialización	MAIS, RPIS, Referencias	MAIS, RPIS, Referencias	AGENDAMIENTO, CARTERA DE SERVICIOS	AGENDAMIENTO, CARTERA DE SERVICIOS				
Dirigidas a:	Funcionarios	Usuarios	Funcionarios	Usuarios				
Unidad Operativa	C. S Anidado, San Jacinto Este	C.S Los Cerritos, La Guayaquil, Los Choneros	C. S Anidado, San Jacinto Este	C.S Los Cerritos, La Guayaquil, Los Choneros				
Inducción					Correcta Operatividad de RPIS	Norma de Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del SNS	Correcto llenado de Matriz de Agendamiento	Cartera de servicios de II y III Nivel
Dirigidas a:					Funcionarios	Funcionarios	Funcionarios	Funcionarios
Unidad Operativa					C. S Anidado, San Jacinto Este	C.S Los Cerritos, La Guayaquil, Los Choneros	C. S Anidado, San Jacinto Este	C.S Los Cerritos, La Guayaquil, Los Choneros

4.16 ORGANIGRAMA

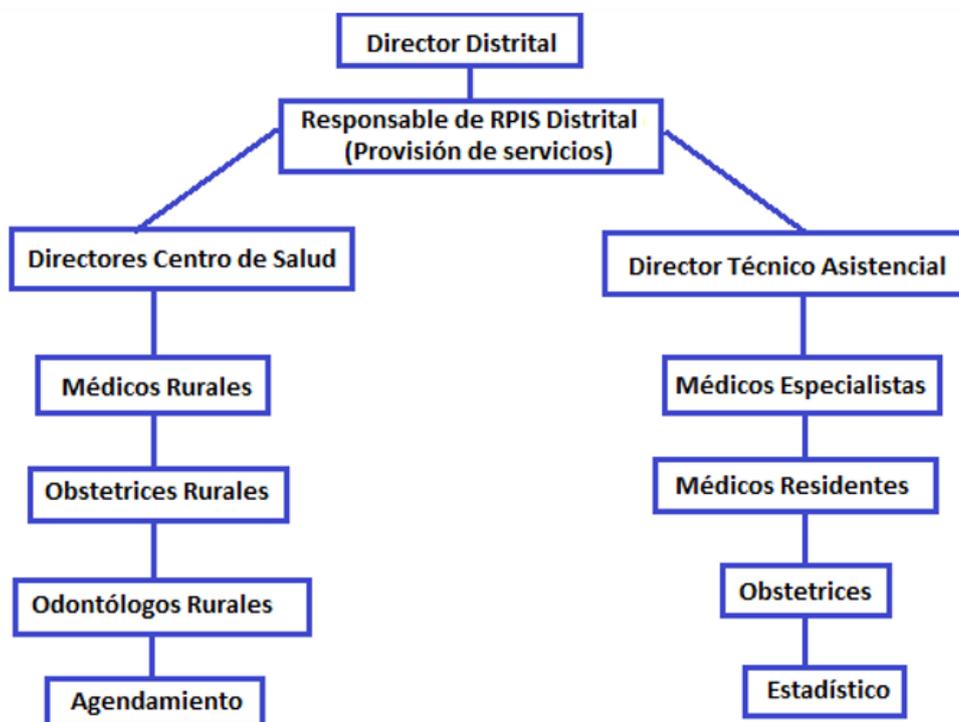


Figura 24. Organigrama Distrital

4.17 MATRIZ DE RIESGO

Tabla 15

Matriz de Riesgo

RIESGO	CONTINGENCIA	ACCIÓN	RESPONSABLE	ESTATUS
		MITIGANTE		
POCA PARTICIPACIÓN DE USUARIOS	PROBLEMAS EN LA IMPLEMENTACIÓN	REUNIÓN CON LIDERES DE PROCESOS	COORDINADOR	CERRADO
FALTA DE RECURSOS TÉCNICOS	IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR LA PROPUESTA	AUTORIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN	COORDINADOR	ABIERTO
ERRORES EN LA PROTOCOLIZACIÓN DE LOS PROCESOS	IMPACTO EN EL EQUIPO DE EVALUACIÓN	COMPROMISOS CON LOS LÍDERES DE LOS PROCESOS	LÍDERES	CERRADO
ERRORES EN EL SOFTWARE	IMPACTO EN LA EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA	COMPROMISOS CON PROVEEDORES	SIU	ABIERTO

4.18 CONCLUSIONES

Luego de evaluar la propuesta *Implementación de un plan de gestión de administración para que el I nivel sea la puerta de entrada obligatoria al Sistema Nacional de Salud* se concluye en lo siguiente:

Una de las grandes fortalezas que tiene el Cantón Balzar son las 5 Unidades operativas de primer nivel que se encuentran estratégicamente distribuidas, por lo que los usuarios afirman que cerca de su domicilio cuentan con un Centro de Salud, sin embargo pese a ello no se sienten totalmente satisfechos sobre todo por la falta de organización al momento de que su Médico de cabecera solicita una opinión de especialistas o de exámenes complementarios, es ahí donde la barrera de acceso sí es la distancia, tiempo y el factor económico; Se concluye en que la falta de logística en cuanto a agendamiento y operatividad de RPIS es el causal de la ineffectividad del primer, por lo cual los usuarios en múltiples ocasiones prefieren autoreferirse para obtener lo que necesitan, tomando en cuenta que en ninguna casa de salud se le podrá negar la atención siendo este un beneficio para ellos.

4.19 RECOMENDACIONES

Una vez finalizada la propuesta se recomienda lo siguiente:

- Es necesario comprometer al responsable de tan importante proceso como es la Red Pública Integral de Salud, quien gestionará junto con un equipo de trabajo todos los servicios necesarios para cada uno de los usuarios del cantón Balzar con el objetivo de optimizar recursos principalmente el factor tiempo.

- Cada Unidad Operativa deberá contar con un responsable de agendamiento quien semanalmente enviará referencias en físico y digital al siguiente nivel de atención para la gestión pertinente a través del departamento de RPIS, en caso de requerir agendamiento en Microred y el Hospital Básico Balzar tenga la capacidad resolutive el agendamiento será inmediato (vía telefónica o correo electrónico), al usuario únicamente se le indicará donde y cuando asistir a su cita Médica o examen complementario.
- Cada usuario que se autorefiere sin pasar por el centro de salud respectivo siempre y cuando no sea una emergencia que lo justifique, se le extenderá el respectivo formulario 053 de *Referencia Inversa*, con el fin de conocer mensualmente cuantas autoreferencias existen y a qué centro de salud corresponde.

REFERENCIAS

- Acosta, N., & Román, V. (2008). El caso de la implementación de la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud en la localidad de Suba. *Scielo*, 128.
- Aguirre, J., & Yagual, K. (Diciembre de 2012). Propuesta de mejoramiento y ampliación de servicios de salud del puesto de mejoramiento y ampliación de servicios de salud del. Guayaquil, Guayas, Ecuador.
- Andino, M., & Molina, L. (Marzo de 2013). Manual de organización y archivo del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón Sigchos, de la Provincia del Cotopaxi. Latacunga, Cotopaxi, Ecuador.
- Ase, I., & Buriyovich, J. (2010). Enfoque familiar en la Atención Primaria: Una propuesta para mejorar la salud de todos. *Scielo*.
- Becerri, V., Reyes, J. d., & Annick, M. (2011). Sistema de salud de Chile. *Scielo*, S132-s143.
- Chasi, M. (2015). <http://www.iess.gob.ec/>. Obtenido de <http://www.iess.gob.ec/documents/10162/3321619/PMF+UAA+BALZAR.pdf>
- Constitución Política de la República del Ecuador*. (2008). Ecuador.
- Domínguez, E., & Zacca, E. (2011). <http://bvs.insp.mx/>. Obtenido de http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002620
- Domínguez, E., & Zacca, E. (2011). Sistema de salud de Cuba. *Scielo*, S168, S176.
- Dr. en Med. Jaime Salvador Moysén, Dr. en C. Luis Francisco Sánchez Anguiano, Dra. en C. Yolanda Martínez López. (2012). *Investigación y Educación en Salud Pública*. México.
- Fuentes, V., & Tipaz, A. (2014). Impacto del sistema de referencia y contrareferencia, en relación a la calidad de atención prestada a los usuarios que utilizaron este sistema y que acuden al centro de salud N° 1, en la ciudad de Tulcán en el periodo marzo – agosto 2014”. Tulcán.

- Fuertes Suárez Patricia Irene, N. C. (2011). LA CULTURA MONTUBIA EN EL PROCESO DE ENSEÑANZA - APRENDIZAJE. Milagro, Ecuador.
- Gervás, J. (2008). Atención primaria, de la teoría a la práctica. *Scielo*.
- Giraldo, A. (2012). Atención primaria en salud ¿De regreso al pasado? *Scielo*, 84.
- Gómez, D. O., Sesma, S., Berrecil, V., Knaul Felicia, A. H., & Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Scielo*, 220-232.
- Gómez, O., Sesma, S., Berrecil, V., Knaul, F., & Arreola, H. F. (s.f.). <http://www.scielosp.org>.
Obtenido de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/17.pdf>
- Guala, Á. T. (2009). *Identidad, cultura y género*. Quito.
- López, K. (Febrero de 2015). *Examen de auditoría integral a la unidad de gobernanza coordinación zonal 9 salud proceso red pública integral de salud por el período de enero a diciembre de 2013*. Quito.
- Lucio, R., Villacrés, N., & Henríquez, R. (2011). <http://www.scielosp.org/>. Obtenido de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/13.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2012). <http://instituciones.msp.gob.ec/>. Obtenido de http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2012). <http://www.maternoinfantil.org/>. Obtenido de http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D311.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de <http://instituciones.msp.gob.ec/>
- Ministerio de Salud Pública. (14 de Junio de 2012). *Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de <https://aplicaciones.msp.gob.ec>
- Montachana, J., Villacís, P., Arroyo, C., & Chicaiza, J. (2014). *Informe acerca del Sistema Nacional de Salud*. Ambato.

- Morán, D., & Alvarado, D. (2010). *Métodos de Investigación*. México: Mexicana.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). <http://www.paho.org/>. Obtenido de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=3176:hss-primary-health-care&layout=blog&Itemid=3536&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). <http://www.paho.org/>. Obtenido de http://www.paho.org/col/index.php?view=article&id=527:redes-integradas-de-servicios-de-salud&format=pdf&option=com_content&Itemid=259
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). www.paho.org. Obtenido de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=3176:hss-primary-health-care&layout=blog&Itemid=3536&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Metodología de gestión productiva de los servicios de salud*. Whashington.
- Quiróz, M., & Martínez, W. (2012). Diplomado en Tuberculosis, Salud Pública y la intervención enfermera. México.
- Rosas, A., Zarate, V., & María, C. (2013). Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar. *Scielo*, 44.
- Sáenz, M., Acosta, M., Muiser, J., & Bermúdez, J. (2011). Sistema de salud de Costa Rica. *Scielo*, S156-S156.
- Sánchez, I., & Zumbana, A. (2014). *Plan Institucional Hospital General Docente Ambato 2014-2018*. Ambato.
- Silva, M. (2013). *Metodología de la Investigación*. Trujillo.

Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud, Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud .

(2014). *Lineamientos Operativos para la Implementación del MAIS y la RPIS* . Quito.

Vignolo, J., Vacarezza, M., & Alvarez, C. S. (Noviembre de 2011). *Facmed*. Obtenido de

<http://www.facmed.unam.mx/>

APÉNDICES

Entrevistas

Nombre: Economista Xavier Corrales

Cargo: Líder de Estadística Hospital Básico Balzar

Empresa: Ministerio de Salud Pública

- a) ¿Cree usted que la estrategia de APS-R se cumple en su Distrito? Si su respuesta es negativa explique las causas.

- b) ¿Cuáles considera usted que son las barreras de acceso del usuario a los servicios Médicos que necesite en cualquier nivel de complejidad?

- c) ¿Cuáles cree usted que son los motivos de la autoreferencia?

- d) ¿Cuál cree usted que serían las posibles soluciones para fortalecer el I nivel de atención?

Nombre: Psicólogo Jorge Vanegas

Cargo: Analista de Desarrollo Institucional – Dirección Nacional de Talento Humano

Empresa: Ministerio de Salud Pública

- a) ¿Cree usted que la estrategia de APS-R se cumple en su Distrito? Si su respuesta es negativa explique las causas.

- b) ¿Cuáles considera usted que son las barreras de acceso del usuario a los servicios Médicos que necesite en cualquier nivel de complejidad?

- c) ¿Cuáles cree usted que son los motivos de la autoreferencia?

- d) ¿Cuál cree usted que serían las posibles soluciones para fortalecer el I nivel de atención?

Nombre: Dra. Verónica Espinoza

Cargo: Subsecretaria de Gobernanza de la Salud Pública

Empresa: Ministerio de Salud Pública

- a) ¿Cree usted que la estrategia de APS-R se cumple en su Distrito? Si su respuesta es negativa explique las causas.

- b) ¿Cuáles considera usted que son las barreras de acceso del usuario a los servicios Médicos que necesite en cualquier nivel de complejidad?

- c) ¿Cuáles cree usted que son los motivos de la autoreferencia?

- d) ¿Cuál cree usted que serían las posibles soluciones para fortalecer el I nivel de atención?

Nombre: Dra. Patricia Cisneros

Cargo: Directora Nacional del Primer Nivel

Empresa: Ministerio de Salud Pública

- a) ¿Cree usted que la estrategia de APS-R se cumple en su Distrito? Si su respuesta es negativa explique las causas.

- b) ¿Cuáles considera usted que son las barreras de acceso del usuario a los servicios Médicos que necesite en cualquier nivel de complejidad?

- c) ¿Cuáles cree usted que son los motivos de la autoreferencia?

- d) ¿Cuál cree usted que serían las posibles soluciones para fortalecer el I nivel de atención?

Nombre: Dr. Andrés Corral

Cargo: Director Nacional de Hospitales

Empresa: Ministerio de Salud Pública

- a) ¿Cree usted que la estrategia de APS-R se cumple en su Distrito? Si su respuesta es negativa explique las causas.

- b) ¿Cuáles considera usted que son las barreras de acceso del usuario a los servicios Médicos que necesite en cualquier nivel de complejidad?

- c) ¿Cuáles cree usted que son los motivos de la autoreferencia?

- d) ¿Cuál cree usted que serían las posibles soluciones para fortalecer el I nivel de atención?

Encuesta al usuario

¿Cuenta usted con un centro de Salud cercano a su casa?	SÍ	NO	NO DESEO OPINAR
¿Ha tenido usted alguna dificultad para acceder a servicios que no cuenta en el Hospital Básico Balzar?	SÍ	NO	NO DESEO OPINAR
Sabe usted qué es la Red Pública Integral de Salud y su función?	SÍ	NO	NO DESEO OPINAR
¿ Cómo califica usted el servicio de los Centros de Salud a los que ha asistido?	BUENO	MALO	REGULAR
¿ Cree usted que la causa de la autoreferencia es porque el primer nivel no es efectivo?	SÍ	NO	NO DESEO OPINAR

Formulario 053

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA													
I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA													
Apellido paterno			Apellido materno			Nombres			Fecha de nacimiento				
									<input type="checkbox"/> día <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> año				
Nacionalidad	País	Cédula de Identidad o Pasaporte		Lugar de residencia actual			Dirección Domicilio			N° telefónico			
Identificación	destrucción	cédula de cédula	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle/Fronda y Secundaria			Convencional/Celular				
II. REFERENCIA: 1 <input type="checkbox"/>						DERIVACIÓN: 2 <input type="checkbox"/>							
I. Datos Institucionales													
Entidad del sistema		Hist. Clínica No.		Establecimiento de Salud			Tipo		Distrito/Área				
Refiere o Deriva a:								Fecha					
Entidad de cuenta		Establecimiento de Salud		Servicio		Especialidad		Fecha					
								<input type="checkbox"/> día <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> año					
2. Motivo de la Referencia o Derivación:													
Limitada capacidad resolutiva			1 <input type="checkbox"/>			Saturación de capacidad instalada			4 <input type="checkbox"/>				
Ausencia temporal del profesional			2 <input type="checkbox"/>			Otro (Especifique):			5 <input type="checkbox"/>				
Falta de profesional			3 <input type="checkbox"/>										
3. Resumen del cuadro clínico													
4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos													
5. Diagnóstico													
								CIE-10		PRA		DGP	
1													
2													
Nombre del profesional:				Código MSP:				Firma:					
III. CONTRAREFERENCIA: 3 <input type="checkbox"/>						REFERENCIA INVERSA: 4 <input type="checkbox"/>							
I. Datos Institucionales													
Entidad del sistema		Hist. Clínica No.		Establecimiento de Salud			Tipo		Servicio		Especialidad del servicio		
Contrarefiere o Referencia Inversa a:								Fecha					
Entidad de cuenta		Establecimiento de Salud		Tipo		Distrito/Área		Fecha					
								<input type="checkbox"/> día <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> año					
2. Resumen del cuadro clínico													
3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos													
4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados													
5. Diagnóstico													
								CIE-10		PRA		DGP	
1													
2													
6. Tratamiento recomendado a seguir en el establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o de complejidad													
Nombre del profesional especialista:				Código MSP:				Firma:					
MSP/INSC/FORM. 053/01/2013													
										7. Referencia Justificada			

