Sistema de Salud en el Ecuador. Un modelo universal

La antigua práctica de la salud colectiva desde el libre derecho al cuidado de la salud familiar

Autor: Carlos Alberto García-Escovar

"Incluso la gente que afirma que no podemos hacer nada para cambiar nuestro destino, mira antes de cruzar la calle"

Stephen Hawking

"In memoriam patris et matris meae ut ipse me esse docuit. Ut curam corporis et spiritus meus esse felicem, solus in re familiari et social"

Resumen

Los andinos y particularmente los ecuatorianos han tenido costumbres ancestrales y desarrollan saberes populares mestizos que han sido omitidos en el Sistema de Salud del país, el cual se percibe fragmentado y ausente de equidad, donde el control del mercado va destruyendo con espejismos el derecho al cuidado de la salud. La fragmentación de los recursos finitos, las políticas hibridas internacionales y los capitales sin patria, remarcan soterradamente, la incapacidad de brindar salud como derecho administrado por el Estado. Por tal razón, se realizó una investigación descriptiva, documental y de campo con un diseño no experimental y transversal que comprende un diagnostico pormenorizado de la realidad de la salud pública del Ecuador con el objetivo de determinar la situación real del actual Sistema de Salud, y diseño de la propuesta de un nuevo Sistema de Salud Colectiva Universal para el Ecuador. La muestra de usuarios del servicio de salud fue de 1042 distribuidos de acuerdo con la población en todas las provincias. Más del 87% fueron atendidos en los últimos 6 meses de alguna dolencia y de estos el 85% en alguna entidad pública; el 47% tenían alguna enfermedad crónica no transmisible. En relación con los medicamentos cuando estos fueron recetados en el sector público solo el 44,2% los recibieron totalmente. En el cuestionario para profesionales de la salud se entrevistaron 355 ciudadanos. El 42,3% de los profesionales de la salud considera que el tiempo que dedican a cada usuario para atención médica es insuficiente. En el cuestionario para servidores administrativos de la salud se entrevistaron 354 ciudadanos de los cuales el 27,8% del personal administrativo esta sindicalizado. El 69,7% dice que tiene la oportunidad de recibir capacitación para desarrollar habilidades asistenciales para atención integral de los usuarios.

Tabla de contenido

Capítulo I: El problema 7
Planteamiento del Problema 8
Formulación del Problema 9
Objetivos de la Investigación 9
Justificación de la Investigación 9
Delimitación de la Investigación 10
Capítulo II: Marco Teórico 11
Marco Teórico Conceptual 12
Antecedentes de la Investigación 12
Bases Teóricas 18
Bases Legales 19
Términos Básicos 19
Marco Teórico Operacional 20
Sistema de Variables 20
Conceptualización de las Variables 21
Cuadro de Operacionalización de las Variables 22
Capítulo III: Marco Metodológico 23
Tipo de Investigación 24
Diseño de la Investigación 24
Población y Muestra 24
Diseño Estadístico 24
Técnica de Recolección de Datos: 24
Consentimiento previo, libre e informado 24
Instrumento 25
Técnica de Análisis 31
Capítulo IV: El Sistema de Salud Actual 32
La oferta de Salud vigente del Ministerio de Salud Pública del Ecuador 33
Marco constitucional y legal que sustentan los Derechos Sociales y Salud. 35
Estructura territorial desconcentrada en Salud 36
Realidad del Sistema de Salud 38
Roles en el Sistema Nacional de Salud 38

Componentes del sistema de salud 39
La promoción y cuidado de la salud 40
La prevención de enfermedades 42
La vigilancia en el cuidado de la salud 43
Oferta de servicios de atención de enfermedades 44
Cuánto cuesta, quien paga y quien presta los servicios de salud en el Ecuador 47
Quien es quien en el ejercicio de la salud ecuatoriana 54
Capítulo V: La Propuesta 62
El nuevo Sistema de Salud Colectiva Universal para el Ecuador 63
Historia Clínica Universal 63
Subsistema de toma de decisiones basado en el análisis de indicadores sintéticos previa consulta ciudadana 63
Subsistema de Cuidado de la Salud familiar 64
Subsistema de acreditación de los GAD sobre cobertura de saneamiento ambiental 64
Subsistema Único de recaudación 64
Subsistema Único de compras 65
Subsistema Único de prestaciones y atención médica 65
Capítulo VI: Discusión y Resultados. Conclusiones y Recomendaciones 67
Discusión y resultados 68
Conclusiones 69
Recomendaciones 70
Referencias Bibliográficas 71
Anexos 79
Ética: 80
Validez y confiabilidad de los instrumentos 94

Índice de Tablas

Capítulo I: El problema 7
Planteamiento del Problema 8
Formulación del Problema 9
Objetivos de la Investigación 9
Justificación de la Investigación 9
Delimitación de la Investigación 10
Capítulo II: Marco Teórico 11
Marco Teórico Conceptual 12
Antecedentes de la Investigación 12
Bases Teóricas 18
Bases Legales 19
Términos Básicos 19
Marco Teórico Operacional 20
Sistema de Variables 20
Conceptualización de las Variables 21
Cuadro de Operacionalización de las Variables 22
Capítulo III: Marco Metodológico 23
Tipo de Investigación 24
Diseño de la Investigación 24
Población y Muestra 24
Diseño Estadístico 24
Técnica de Recolección de Datos: 24
Consentimiento previo, libre e informado 24
Instrumento 25
Técnica de Análisis 31
Capítulo IV: El Sistema de Salud Actual 32
La oferta de Salud vigente del Ministerio de Salud Pública del Ecuador 33
Marco constitucional y legal que sustentan los Derechos Sociales y Salud. 35
Estructura territorial desconcentrada en Salud 36
Realidad del Sistema de Salud 38
Roles en el Sistema Nacional de Salud 38
Componentes del sistema de salud 39
La promoción y cuidado de la salud 40

La prevención de enfermedades 42
La vigilancia en el cuidado de la salud 43
Oferta de servicios de atención de enfermedades 44
Cuánto cuesta, quien paga y quien presta los servicios de salud en el Ecuador 47
Quien es quien en el ejercicio de la salud ecuatoriana 54
Capítulo V: La Propuesta 62
El nuevo Sistema de Salud Colectiva Universal para el Ecuador 63
Historia Clínica Universal 63
Subsistema de toma de decisiones basado en el análisis de indicadores sintéticos previa consulta ciudadana 63
Subsistema de Cuidado de la Salud familiar 64
Subsistema de acreditación de los GAD sobre cobertura de saneamiento ambiental 64
Subsistema Único de recaudación 64
Subsistema Único de compras 65
Subsistema Único de prestaciones y atención médica 65
Capítulo VI: Discusión y Resultados. Conclusiones y Recomendaciones 67
Discusión y resultados 68
Conclusiones 69
Recomendaciones 70
Referencias Bibliográficas 71
Anexos 79
Ética: 80
Validez y confiabilidad de los instrumentos 94

Capítulo I: El problema

Planteamiento del Problema

Debemos leer entre líneas, o más bien entender la propuesta político-económica de la OMS y sus acuerdos: “Declaración de Alma-Ata en 1978, Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud en 1986, Declaración de Santa Fe en 1992, Alma-Ata: 25 años después”. Desde 1960 sigue vigente el concepto de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los países del mundo y en particular los de América del Sur debieron desarrollar sus sistemas de salud bajo las directrices de la OMS y sus financistas, actualmente los países miembros no la financian, sino fundaciones con intereses transnacionales como la de Bill Gates.

Los andinos tenemos costumbres ancestrales y desarrollamos saberes populares mestizos que fueron omitidos en los Sistemas de Salud fragmentados e injustos, donde el control del mercado va destruyendo con espejismos el derecho al cuidado de la salud, y nos proponen planes, como lo hicieron con Chile y Colombia, tratando de replicar el Sistema de salud de USA, o sea que, a través, seguros privados recibamos solo atención médica por enfermedad.

Esa fragmentación, los recursos finitos, las políticas hibridas internacionales y los capitales sin patria remarcan, soterradamente, nuestra incapacidad de recibir la salud como derecho administrada por el Estado, inclusive pretenden apoderarse de los recursos del aseguramiento en salud que manejan los seguros sociales nacionales.

La Salud en el Ecuador reprodujo cambios de modernización, al menos desde la colonización española, pero no solo desconociendo los saberes populares y ancestrales, sino que con el pretexto de la evidencia los expropiaron sin reconocimiento.

El Ecuador como muchos otros países requiere con urgencia un nuevo Sistema de Salud universal y acorde a nuestra realidad histórica del cual se apropie la ciudadanía. A continuación, incluimos resúmenes de varios trabajos de investigación que nos permiten analizar la realidad de los países de América y del viejo continente.

Formulación del Problema

¿Cuáles serían las condiciones requeridas para la implementación del nuevo paradigma de salud colectiva desde el libre derecho al cuidado de la salud a través de un Sistema de Salud Universal en Ecuador?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General:

Determinar las condiciones requeridas para la implementación del nuevo paradigma de salud colectiva desde el libre derecho al cuidado de la salud a través de un Sistema de Salud Universal en Ecuador.

Objetivos Específicos:

1. Identificar las características del Sistema de Salud vigente.
2. Identificar los actores económicos y prestadores de servicios convencionales y tradicionales de salud públicos y privados.
3. Determinar los roles de todos los actores de la salud, incluyendo las responsabilidades de los Gobiernos Autónomos Descentralizados.
4. Desarrollar el documento final correspondiente al Sistema de Salud Colectiva Universal del Ecuador.

Justificación de la Investigación

En el Ecuador el Sistema de Salud es fragmentado y aunque el MSP recibe algo más del 5% del PIB (de acuerdo con el Presupuesto General del Estado), hay otras entidades públicas que trabajan en la cobertura de los servicios de la atención médica como el IESS, ISPOL, ISFA, Junta de Beneficencia en Salud, Gobiernos locales descentralizados, adicionalmente, intervienen en el financiamiento del aseguramiento de la salud el bono de desarrollo humano y el dinero del bolsillo de las familias gastado en salud.

En el ejercicio de la atención médica se duplican y triplican los gastos, se producen gastos innecesarios, se priorizan políticamente gastos a cambio de otros requerimientos básicos que son invisibles, no existe auditoria de recetas

innecesarias por la ausencia de una Historia Clínica única y virtual. Este desorden controlado por el mercado hace que para los servicios de salud lo que sería más que suficiente para tener un sistema de salud de lujo.

The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) a través de su página web y su software nos permite hacer un análisis en el tiempo de la evolución epidemiológica del Ecuador para justificar la implementación de un nuevo Sistema de Salud apoyado en la Salud colectiva y la Epidemiología Crítica como nuevo paradigma.

La realidad epidemiológica del Ecuador expresada semanalmente en los boletines epidemiológicos evidencia que compartimos los problemas de salud de los países del tercer mundo (enfermedades transmisibles) y las del primer mundo (enfermedades crónicas).

Los problemas sanitarios urbanos: agua potable, aguas servidas y desechos sólido siguen pendientes y no hay un organismo del Estado que acredite a los Gobiernos Autónomos Descentralizados como eficientes y oportunos en estos menesteres para que puedan priorizar gastos suntuarios cuando no han resuelto estos requerimientos aplazados de saneamiento ambiental que junto con la vacunación oportuna influirían eficientemente en el control de las enfermedades transmisibles.

Esta investigación se desarrolló en el ámbito de la Epidemiología Crítica y la doctrina de la determinación social de la salud que se basa en el análisis de los modos de vida, así como en la influencia del metabolismo social con la naturaleza en los procesos salud-enfermedad.

Delimitación de la Investigación

El estudio de investigación se realizó en todo el territorio ecuatoriano durante el periodo 2018-2019 a los usuarios del Sistema de Salud del Ecuador.

Capítulo II: Marco Teórico

Marco Teórico Conceptual

Antecedentes de la Investigación

La OMS evoluciona con gran lentitud, aunque hay propuestas críticas desde México, Brasil, Colombia, Ecuador, solo hemos pasado, en más de un siglo, desde el unicausalismo a los determinantes de la salud y las corrientes progresistas de América latina, propuestas como la Determinación Social de la Salud han quedado postergadas, como es el caso de la herramienta para trabajar la relación entre la reproducción social, los modos de vivir y de enfermar y morir (Breilh, 1977, p. 1).

Según Lucio, Villacrés y Henríquez (2011) el gasto en salud en Ecuador ha crecido consistentemente en los últimos 10 años (de 4.2% del PIB pasó a 5.9% en 2008), el gasto per cápita en salud aumentó de 202 dólares en 2000 a 474 dólares en 2008, el gasto público se incrementó de 31.2% del gasto total en salud a 39.5 por ciento, el gasto privado en salud en 2008 representó 60.5% del gasto total, siendo el grueso de este gasto el de bolsillo. El gasto en seguros privados representó sólo 4.8% del gasto privado total en salud. Ecuador tiene registrados 3 847 establecimientos de atención a la salud, de los cuales 80% pertenecen al sector público; el MSP concentra 47% de las unidades y el IESS otro 24 por ciento y una pequeña proporción (10%) pertenece a municipios, ministerios diferentes al MSP, ISSFA, ISSPOL y otras entidades. El sector privado concentra alrededor del 20% de los establecimientos de salud, 14% en instituciones con fines de lucro y el restante 6% en organismos que ofrecen atención a la salud sin fines de lucro. Los médicos tienden a concentrarse en las grandes ciudades, lo que genera problemas serios de distribución. En la provincia de Pichincha hay 2 médicos por 1 000 habitantes, mientras que en las provincias de Galápagos y Orellana esta razón es de apenas 0.56 y 0.43, respectivamente. En 2004 el mercado farmacéutico ecuatoriano alcanzó ventas por un valor aproximado de 556 millones de dólares, lo que representó casi 2% del PIB. La participación del sector privado fue de 88.2% mientras que el sector público sólo participó con 11.8% del total. El valor del gasto en medicamentos per cápita fue de alrededor de 18 dólares por año. En el año 2007 el ingreso del sector farmacéutico ascendió a 930.3 millones de dólares, que representan 2.03% del PIB. No existe un organismo encargado de llevar a cabo una evaluación coordinada del sistema de salud de Ecuador. Lo más relevante tal vez

sea la conformación de la Red Pública Integral de Salud, que se encuentra en proceso de concertación y esperando su inicio el segundo semestre del 2011.

Sáenz, Acosta, Muiser y Bermúdez (2011) aseguran que el Sistema de Salud de Costa Rica es de los más protectores de la salud como un derecho ciudadano. Este sistema de salud presta servicios de salud, agua y saneamiento. El componente de servicios de salud incluye un sector público y uno privado. El sector público está dominado por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), institución autónoma encargada del financiamiento, compra y prestación de la mayoría de los servicios personales. La CCSS se financia con contribuciones de los afiliados, los empleadores y el Estado, y administra tres regímenes: el seguro de enfermedad y maternidad, el seguro de invalidez, vejez y muerte, y el régimen no contributivo. La CCSS presta servicios en sus propias instalaciones o contrata prestadores del sector privado con los que establece contratos denominados “compromisos de gestión”. El sector privado comprende una amplia red de prestadores que ofrecen servicios ambulatorios y de especialidad con fines lucrativos. Estos servicios se financian sobre todo con pagos de bolsillo, pero también con primas de seguros privados. El Ministerio de Salud es el rector del sistema y como tal cumple con funciones de dirección política, regulación sanitaria, direccionamiento de la investigación y desarrollo tecnológico. Dentro de las innovaciones relativamente recientes que se han implantado en Costa Rica destacan la implantación de los equipos básicos de atención integral de salud (EBAIS), la desconcentración de los hospitales y clínicas públicos, la introducción de los acuerdos de gestión y la creación de las Juntas de Salud.

Según Becerril Montekio, Medina y Aquino (2011) el sistema de salud de Brasil, que está compuesto por un sector público que cubre alrededor de 75% de la población y un creciente sector privado que ofrece atención a la salud al restante 25% de los brasileños. El sector público está constituido por el Sistema Único de Salud (SUS) y su financiamiento proviene de impuestos generales y contribuciones sociales recaudadas por los tres niveles de gobierno (federal, estatal y municipal). El SUS presta servicios de manera descentralizada a través de sus redes de clínicas, hospitales y otro tipo de instalaciones, y a través de contratos con establecimientos privados. El SUS es además responsable de la coordinación del sector público. El

sector privado está conformado por un sistema de esquemas de aseguramiento conocido como Salud Suplementaria financiado con recursos de las empresas y/o las familias: la medicina de grupo (empresas y familias), las cooperativas médicas, los llamados Planes Autoadministrados (empresas) y los planes de seguros de salud individuales. También existen consultorios, hospitales, clínicas y laboratorios privados que funcionan sobre la base de pagos de bolsillo, que utilizan sobre todo la población de mayores ingresos. En este trabajo se analizan los recursos con los que cuenta el sistema, las actividades de rectoría que se desarrollan y las innovaciones más recientemente implantadas, incluyendo el Programa de Salud de la Familia y el Programa Más Salud.

Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio y Vásquez (2011) aseguran que el sistema colombiano de salud merece un estudio detallado de la realidad de los servicios de salud y su Sistema (estructura y cobertura, fuentes de financiamiento, gasto en salud, recursos con los que cuenta, quién vigila y evalúa al sector salud y qué herramientas de participación tienen los usuarios). Dentro de las innovaciones más recientes del sistema se incluyen las modificaciones al Plan Obligatorio de Salud y a los montos de la unidad de pago por capitación, la integración vertical entre empresas promotoras de salud y las instituciones prestadoras de servicios, así como el establecimiento de nuevas fuentes de recursos para lograr la universalidad e igualar los planes de beneficios entre los distintos regímenes.

Bonvecchio, Becerril-Montekio, Carriedo-Lutzenkirchen y Landaeta-Jiménez, (2011) describen el sistema de salud de Venezuela, incluyendo su estructura y cobertura, sus fuentes de financiamiento, los recursos humanos y materiales con los que cuenta, y las actividades de rectoría que en él se desarrollan. Este sistema cuenta con un sector público y un sector privado. El sector público está constituido por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MS) y diversas instituciones de seguridad social, dentro de las que destaca el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS). El MS se financia con recursos del gobierno central, estados y municipios. El IVSS se financia con cotizaciones patronales, cotizaciones de los trabajadores y con aportes del gobierno. Ambas instituciones cuentan con su propia red de atención ambulatoria y hospitalaria. El sector privado está constituido por prestadores de servicios que reciben pagos de bolsillo y por compañías

aseguradoras. El sistema de salud venezolano atraviesa por un proceso de reforma desde la aprobación de la Constitución de 1999 que plantea la creación de un Sistema Público Nacional de Salud cuya punta de lanza hoy es el programa Barrio Adentro.

Gómez Dantés, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola y Frenk (2011) aseguran que el sistema mexicano de salud está representado por las instituciones que lo conforman, la población a la que cubre, los beneficios que reciben los afiliados de las distintas instituciones, las fuentes de financiamiento del sistema, los niveles de protección financiera alcanzados, los recursos físicos, materiales y humanos con los que cuenta y las principales tareas de rectoría que desarrollan la Secretaría de Salud y otros actores. También se describen los mecanismos de participación de los ciudadanos en la vigilancia y evaluación del desempeño del sistema y su nivel de satisfacción con los servicios recibidos. Por último, se discute las innovaciones más recientes y su impacto en la operación del sistema. Destaca la discusión del recién creado Sistema de Protección Social en Salud y su brazo operativo, el Seguro Popular de Salud. El trabajo concluye con un análisis de los principales retos que enfrenta en el corto y mediano plazo el sistema mexicano de salud.

Aunque Estados Unidos es el país que dedica mayor gasto privado y más dinero en salud por individuo, no parece tener ningún tipo de beneficio en cuanto a la expectativa de vida de sus habitantes. El 16% de su población no cuenta con un seguro de salud, situación atípica en relación con otros países europeos, Japón o Australia. Este artículo presenta los objetivos que persigue la reforma al sistema de salud de los Estados Unidos, así como los mecanismos de implementación para aumentar la cobertura en salud, controlar el incremento en los costos de la salud y el cambio en las reglas del mercado de aseguramiento médico. Por otro lado, el artículo presenta la implementación de la participación social como estrategia para lograr que la población se incorpore a la reforma. (Vargas Bustamante, 2014)

El presente trabajo es el fruto de una breve visita realizada en 1993 a los servicios de salud de Canadá como parte del Programa de Formación en Salud Internacional de la OPS, y de un subsiguiente ejercicio de investigación, discusión y análisis. No pretende en modo alguno ser exhaustivo, sino más bien aproximarse a uno de los

aspectos relevantes del sistema: su financiamiento. El objetivo central es identificar algunas de las virtudes y limitaciones de un sistema de salud que se considera de los más eficientes, efectivos y equitativos del mundo. A pesar de que el gobierno federal y los gobiernos provinciales financian el sistema de salud canadiense, la contención de costos es una preocupación constante, ya que factores como el uso creciente de tecnologías de alta complejidad, la atención hospitalaria y el tratamiento prolongado de las enfermedades crónicas y degenerativas contribuyen a aumentar los costos. La progresiva reducción del presupuesto federal ha llevado a un uso más eficiente de los recursos y a la racionalización de la capacidad instalada. Asimismo, la relativa sencillez con que funciona el sistema ha permitido mantener bajos los costos administrativos. Además, se han ideado otras formas de atención, como los centros locales de atención comunitaria, la atención domiciliaria y en asilos para promover la autosuficiencia en la medida de lo posible, y el uso de personal voluntario, para controlar parcialmente el incremento de los costos. La participación de la población en la planificación de los servicios de salud y en la toma de decisiones le permite orientar su desarrollo. Dada la situación actual, resulta imprescindible, sin embargo, modificar el sistema para adecuarlo a los desafíos planteados por el siglo XXI. (Solórzano, 1997)

…El Servicio Nacional de Salud británico tiene un modelo sanitario similar al español. Los servicios sanitarios están financiados por impuestos. El derecho a la asistencia sanitaria está ligado a la condición de ciudadano y la provisión de servicios se realiza mediante una combinación de centros públicos y privados. La atención primaria en Reino Unido tiene una estructura similar a la española. Los médicos son profesionales cuasi liberales que se instalan en zonas predeterminadas por el gobierno. Tienen capacidad de autofinanciación y pueden formar su propio equipo de trabajo. El salario médico está ligado a la capacidad profesional y al currículo. La función del médico es preventiva más que curativa y el trabajo en equipo y la coordinación entre atención primaria y especializada está más desarrollada que en España. El acceso a pruebas diagnósticas y especialistas está regulado por las listas de espera y el médico de atención primaria actúa como gatekeeper. El paciente elige libremente al profesional sanitario y las consultas y estancias hospitalarias son gratuitas. En Reino Unido también existen regiones de

salud con graves problemas de desigualdades sanitarias en acceso y tratamiento. Existe un periodo formativo al que se accede por currículo. El número de plazas formativas está regulado por las necesidades de la zona. La formación médica continuada es obligatoria y está controlada a nivel local y nacional… (Sánchez-Sagrado T. 2015)

El sistema de salud de Noruega se compone de instalaciones públicas y privadas. Los residentes están orgullosos de su sanidad, porque es conocido como uno de los mejores y más eficaces del mundo. Todos los ciudadanos noruegos y residentes tienen derecho a asistencia de salud gratuita y también a tratamientos médicos. Si se es un extranjero que está trabajando o estudiando en el país, se puede acceder a este sistema de seguridad social, ya que está financiado por el gobierno y administrado por los diferentes municipios. El Estado además es propietario de los hospitales y centros de salud, si bien estos tienen la libertad de administrar su dinero y su tiempo, están sujetos a los recursos que se le asignan. La atención primaria está a cargo de los municipios y se ocupan de la atención general, las emergencias y la atención fuera de las instalaciones hospitalarias. Además, llevan a cabo campañas en las escuelas, por ejemplo, para crear conciencia sobre los problemas y enfermedades actuales. La mayoría de los tratamientos son gratis o parcialmente gratis, para los que trabajan en el país y contribuyen con el Plan de seguridad noruego. Ellos reciben una tarjeta de salud que les permite registrarse con un médico de cabecera.[1]

Aunque hay análisis sobre los sistemas de salud de la mayor parte de países del mundo, la mayoría tienen sesgo, ya sea en contra o a favor por la vinculación de los analistas a proyectos político-económicos; sin embargo, en lo referente a análisis y/o propuestas de Sistemas de Salud originadas en trabajos de investigación científica acreditados son muy pocos. La revista Salud Pública de México en el 2011 presento un análisis de 17 países latinoamericanos, incluido el Ecuador y, además, un análisis pormenorizado de lo que significa: La carga de la enfermedad, la Cobertura efectiva de las intervenciones en salud y los Gastos catastróficos en salud de los hogares todos vinculados a América Latina y el Caribe. La búsqueda de

[1] (El Sistema de Sanidad en Noruega, s.f.)

información tiene que ampliarse, tanto desde lo biologicista, como desde los estudios del paradigma epidemiológico crítico, que ha tenido gran acogida y aplicación en países como: Canadá, Noruega, Bélgica, Dinamarca, Francia, algo en México y Brasil, en el resto de Latinoamérica, donde nació esta corriente filosófica, recién algunos grupos estamos discutiendo sobre esta herramienta de desarrollo del cuidado de la salud.

Bases Teóricas

Determinación Social de la Salud:

"…En primer lugar, cabe un reparo al modo en que nos hemos acostumbrado a explicar el debate, aun desde la orilla progresista. Nos referimos a "determinantes sociales de la salud", asumiendo como nuestra esa forma de expresión del modelo europeo. En la construcción latinoamericana, el cuestionamiento del causalismo como reducción científica de la determinación al principio causal, y como distorsión de la realidad considerada únicamente como mundo de conexiones constantes (causales) y asociaciones externas entre factores; nos permitió llegar desde 1979 a la noción de determinación como proceso o modo de devenir por medio del cual los objetos adquieren sus propiedades…" (Breilh, 2008)

Epidemiología Crítica:

"Una visión de la forja de un nuevo paradigma para la epidemiología en América Latina, desarrollado desde mediados de los años 70. Síntesis de un proceso crítico enfocado primero en ruptura con el canon de la epidemiología clásica y su multicausalismo lineal, luego frente al modelo empírico-funcionalista de la epidemiología ecológica, y ahora, frente al de la epidemiología de los llamados determinantes sociales de la salud. Análisis de la categoría determinación social como herramienta de ruptura respecto al objeto, sujeto y praxis de la epidemiología lineal y funcionalista. Explicación de la epidemiología como ciencia crítica frente a la incompatibilidad del sistema de acumulación de capital, su modelo de civilización y de relación con la naturaleza, respecto a la construcción de modos de vivir sustentables, soberanos, solidarios, saludables y bioseguros" […] "El pensamiento crítico latinoamericano en la mayoría de casos bebió de dos fuentes importantes del pensamiento crítico epidemiológico: las ideas revolucionarias sobre determinación

de la salud de personajes que inspiraron la lucha anti-colonial en el Siglo XVIII, como fue el caso de Eugenio Espejo en Ecuador; y las obras revolucionarias de Europa del Siglo XIX de Federico Engels y Rudolf Virchow" (Breilh, 2013)

Bases Legales

Acuerdos supranacionales (OMS, OPS).

Constitución Política de la República del Ecuador.

Código de Salud.

Términos Básicos

Determinación Social de la Salud: Propone diferencias no son sólo conceptuales sino también ético-políticas con los determinantes sociales de la salud explica relaciones más profundas entre causalidad y riesgo en salud con implicaciones esenciales en las relaciones de poder, en la concepción de la ética y en la comprensión del proceso salud enfermedad y conjuntamente con reproducción social y metabolismo sociedad-naturaleza conforman las tres categorías centrales de la propuesta para una epidemiología crítica enunciada desde mediados de la década del 70 y luego desarrollada y complementada por otros autores especialmente de la corriente latinoamericana.

Epidemiología Crítica: Propone una construcción innovadora del espacio de la salud urbana retomando los aportes de la teoría crítica del espacio y la geografía, y desde una perspectiva de la determinación social de la salud repensando la relación urbano-rural a la luz de los procesos históricos de aceleración, drástica pérdida de sustentabilidad y profunda inequidad urbanas, así como del papel de la nueva ruralidad capitalista monopólica. Cuestiona el paradigma dominante de la modernidad que impuso la comprensión de dos mundos prácticamente contrapuestos: la ciudad como rectora, cosmopolita, avanzada y pujante, y lo rural como un mundo atrasado, local, más simple, y secundario.

Subsunción de la determinación social: Se refiere a la inclusión de lo singular en lo particular y estos en lo general. La determinación social va y viene dialécticamente entre las dimensiones general, particular y singular: se reproduce de lo general a lo particular, y se genera de lo particular a lo general. En el proceso se dan formas de

subsunción en las cuales los procesos de la dimensión más simple se desarrollan bajo subsunción respecto a las más complejas y entonces aparece que la relación social-natural, o social-biológico ocurre como un movimiento entre partes de un todo concatenado que es la naturaleza. Claro que las partes implican niveles de complejidad variables, sujetos a ciertas condiciones dinámicas que tienen una estabilidad apenas relativa.

Segregación socio histórica: Se refiere a la separación o marginación de grupos sociales y que se ha producido a través del tiempo con una historicidad reconocida.

Modos de vida: Según Marx es una categoría económica y socio histórica que incluye la vida espiritual y es utilizada para designar el conjunto de actividad vital, socializada y sistemática que realizan los hombres para satisfacer sus necesidades en sus distintos niveles de interacción social y grupal condicionados por la formación sociohistórica imperante.

Estilos de vida: Es el contexto social más específico donde se desarrollan las relaciones humanas que definen la vida cotidiana, es donde se manifiesta claramente la forma como nos comportamos. Las relaciones que establecemos con los demás y la comunicación que logramos desarrollar, es decir cómo satisfacemos nuestras necesidades y cómo articulamos nuestra relación con el grupo familiar.

Marco Teórico Operacional

Sistema de Variables

Sistema de Salud. Salud Colectiva.

La indicación del marco disciplinario o interdisciplinario:

Este estudio se inscribe en la Determinación Social de la Salud con un enfoque desde la Epidemiología Crítica.

En el Ecuador el cuidado de la salud familiar está cruzado por regiones y nacionalidades con costumbres ancestrales, y saberes populares variados y arraigados. La globalización y la formalidad del ejercicio de la ciudadanía, también modifica permanentemente el cuidado la salud como derecho ciudadano irrenunciable, donde la población, sin saberlo, posterga esta exigencia implícita en la ciudadanía. Además, estás prácticas, me refiero al cuidado de la salud familiar,

íntimamente relacionada con la ruralidad, se articula sociohistoricamente en el tiempo y territorio, sin negar la importancia de la Epidemiología clásica, sino más bien modernizándola y recogiendo la información lineal que nos ofrece y actualizarla.

Conceptualización de las Variables

Sistema de salud: Es la integración institucionalizada oficialmente de todas las organizaciones prestadoras de los servicios de salud y de todos los tipos de recursos que tienen en su conjunto como misión fundamental el cuidado la salud.

Salud Colectiva: Es nuevo paradigma para reconocer y analizar el proceso salud-enfermedad basado en la Epidemiología y Geografía críticas, y que al mismo tiempo acepta el concepto de Salud Pública como obsoleto.

Cuadro de Operacionalización de las Variables

Objetivo General: Determinar las condiciones requeridas para la implementación del nuevo paradigma de salud colectiva desde el libre derecho al cuidado de la salud a través de un Sistema de Salud Universal en Ecuador.

Objetivos Específicos	Variables	Dimensiones	Indicadores	Instrumentos o fuentes
Identificar las características del Sistema de Salud vigente	El Sistema de Salud Salud colectiva	Características del Sistema de Salud vigente	▪ Semanas Epidemiológicas ▪ Estudios de investigación en salud ▪ Información de los GAD de cobertura de Agua, calidad y acceso ▪ Información de los GAD de manejo de aguas servidas ▪ Información de los GAD de manejo de desechos sólidos	▪ Denuncia semanal ▪ Resultados de investigaciones ▪ Satisfacción ciudadana sobre agua potable ▪ Satisfacción ciudadana sobre alcantarillado ▪ Satisfacción ciudadana sobre recolección de basura ▪ Instrumentos de este estudio
Identificar los actores económicos y prestadores de servicios convencionales y tradicionales de salud públicos y privados		Censo oficial de los actores económicos y prestadores de servicios convencionales y tradicionales de salud públicos y privados	▪ Distribución del territorio: segregación de espacio habitable, fabril, comercial ▪ Evolución sociohistorica de los servicios de salud en el tiempo y territorio	▪ Satisfacción ciudadana sobre cobertura en vivienda y fuentes de trabajo ▪ Satisfacción ciudadana sobre los servicios de salud
Determinar los roles de todos los actores de la salud, incluyendo las responsabilidades de los Gobiernos Autónomos Descentralizados		Ámbito de acción de los actores de la salud en el Ecuador	▪ Modos de Producción ▪ Modos de Reproducción ▪ Consumo: agua, alimentos, fármacos ▪ Organización social ▪ Relación con la naturaleza	▪ Instrumentos de este estudio ▪ Satisfacción ciudadana sobre consumo de agua, alimentos, fármacos ▪ Percepción ciudadana sobre realidad nacional
Desarrollar el documento final correspondiente al Sistema de Salud Colectiva Universal del Ecuador		Características del nuevo Sistema de Salud Colectiva Universal	▪ Historia Clínica Universal ▪ Subsistema de toma de decisiones basado en el análisis de indicadores sintéticos previa consulta ciudadana ▪ Subsistema de Cuidado de la Salud familiar ▪ Subsistema de acreditación de los GAD sobre cobertura de saneamiento ambiental ▪ Subsistema Único de recaudación ▪ Subsistema Único de compras ▪ Subsistema Único de prestaciones y atención médica	▪ Sistema de Salud actual

Capítulo III: Marco Metodológico

Tipo de Investigación

El enfoque epistemológico asumido es empírico-inductivista, siendo una investigación descriptiva, documental y de campo.

Diseño de la Investigación

Diseño no experimental, transversal

Población y Muestra

Población:

En la presente investigación la población se encuentra representada por toda la población ecuatoriana; y el personal de profesionales y administrativos de la salud que está representado por todos los ciudadanos vinculados a la actividad sanitaria ecuatoriana, tanto público como privado.

Marco Muestral:

Se realizó un muestreo probabilístico dividiendo a la población de las bases de datos oficiales en salud en diferentes subgrupos dentro de los cuales se seleccionó aleatoriamente y en forma proporcional a los sujetos que forman parte de la muestra nacional a la que se aplicarán los diferentes cuestionarios. Para la población del personal de profesionales y administrativo se trabajó con una muestra intencional y voluntaria dada por la prohibición expresa a los funcionarios del MSP, IESS y demás instituciones públicas dar información sobre las actividades y servicios prestados.

Diseño Estadístico

Se utilizó el software IBM SPSS Statistics.

Técnica de Recolección de Datos:

Consideraciones éticas

Consentimiento previo, libre e informado

En relación con el consentimiento previo, libre e informado es el documento por medio del cual individuos, familias o comunidades dan autorización para la intervención motivo de la investigación. Es importante anotar que el consentimiento no solo se refiere al individuo mismo, sino también a bienes y servicios que con la intervención puedan modificarse, aunque esta modificación sea temporal; además,

investigadores y sujetos deben entender que la autorización puede ser suspendida, terminada o cancelada en cualquier momento. Para el desarrollo de este estudio se elaboró un consentimiento el cual fue debidamente explicado y diligenciado por cada uno de los participantes (Anexo 1).

Instrumento

Hoja de registro de variables de usuarios o ciudadanos en general:

Esta información fue recopilada por el doctorante y con la ayuda de los estudiantes del 4º semestre de la asignatura de Fisiopatología de la ULEAM. Por medio de Excel 365 se activaron dos hojas interconectadas, una para las fórmulas y la otra para recopilar la información requerida de los ciudadanos que corresponde a la hoja de registro de variables. Esta tabla de variables consta de información de filiación como sexo, edad, residencia habitual, número de miembros por grupo familiar, ingreso económico familiar, ingreso percápita familiar, realidad socio-económica por ingreso percápita familiar, en los últimos 6 meses usted o alguien de su grupo familiar ha utilizado los servicios de salud que se ofrecen en el Ecuador, usted es afiliado, actualmente, a algún seguro o servicio de medicina prepagada en el Ecuador, cuantos miembros de su grupo familiar tienen enfermedades crónicas no transmisibles (Síndrome Metabólico, Diabetes, Hipertensión Arterial, Dislipidemia, Bajo Peso, Obesidad, Enfermedad Tiroidea, Infarto Agudo de Miocardio, Accidente Cerebro Vascular, Artrosis, Discapacidad Física, Discapacidad Mental, Tabaquismo, Alcoholismo, Otras Adicciones, Otras), califique los servicios de salud que uso en los últimos 6 meses, ¿Cuándo usted requiere un servicio de salud público lo recibe en el momento solicitado?, ¿Cuándo usted requiere un servicio de salud privado lo recibe en el momento solicitado?, Cuando recibe atención médica lo invitan a utilizar los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en los últimos 6 meses cuando le han recetado medicamentos en el MSP, IESS, ISSPOL o ISSFA. ¿Los medicamentos le fueron entregados todos?, en los últimos 6 meses cuando le han recetado medicamentos en el MSP, IESS, ISSPOL o ISSFA. ¿Los medicamentos los tuvo que comprar todos o parte de ello con su dinero?, en los últimos 6 meses usted ha visto oído o leído campañas de promoción y prevención en temas de salud. El trato que recibió de médicos,

enfermeras y otros profesionales de salud es de calidad y calidez, la cooperación entre funcionarios del hospital o de centros de salud ante su necesidad de atención es el adecuado, Elija cuál de estos servicios de atención médica uso en los últimos 6 meses (Médico General, Médico Especialista, Exámenes de laboratorio, Radiografías, Odontología, Terapias, Entrega de medicamentos, Urgencias, Hospitalización por cirugía, Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad), alguna vez usted recibió una orden de atención en salud desde un prestador público hacia uno privado, porque utiliza los servicios de urgencia, en los últimos 6 meses con qué frecuencia usted se sintió atendido con amabilidad y respeto por el personal administrativo de la entidad prestadora pública de servicio de salud, su experiencia global en los últimos 6 meses respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de la entidad prestadora pública de servicio de salud, en los últimos 6 meses con qué frecuencia usted se sintió atendido con amabilidad y respeto por los profesionales de la salud de la entidad prestadora pública de servicio de salud.

Toda la información requerida fue adaptada a un cuestionario en una hoja de Excel 365 para facilitar el análisis estadístico posterior. Toda esta información fue recogida por el investigador (Anexo 2 y 3).

Hoja de Registro de variables de directivos y administrativos del Sistema de Salud:

Como hay prohibición de recopilar información sobre la realidad de la prestación de los servicios de salud al personal del Ministerio de Salud Pública, se procedió a recoger la información fuera de las instituciones con la promeso de tener reserva absoluta con respecto a la identidad del servidor público colaborador hasta completar el número requerido de la muestra. En lo referente al personal de salud de los prestadores privados se hiso una recolección similar.

Esta información fue recopilada por el doctorante y con la ayuda de los estudiantes del 4º semestre de la asignatura de Fisiopatología de la ULEAM. Esta tabla de variables consta de información de filiación como sexo, edad, residencia habitual, nivel educativo, lugar de trabajo, cargo que desempeña dentro de la unidad operativa, años de vinculación laboral, trabajo actual (los objetivos y responsabilidades de mi puesto de trabajo son claros, por tanto sé lo que se espera

de mí; el trabajo en mi servicio está bien organizado; en mi trabajo, siento que puedo poner en juego y desarrollar mis habilidades; se me proporciona información oportuna y adecuada de mi desempeño y resultados alcanzados; está sindicalizado), trabajo en general (Siento que puedo adaptarme a las condiciones que ofrece el medio laboral de mi centro de trabajo; la institución me proporciona los recursos necesarios, herramientas e instrumentos suficientes para tener un buen desempeño en el puesto; en términos Generales me siento satisfecho con mi centro laboral), interacción con jefe inmediato (Los Directivos y/o Jefes generalmente me reconocen por un trabajo bien hecho; los Directivos y/o Jefes solucionan problemas de manera creativa y buscan constantemente la innovación y las mejoras; los Directivos y Jefes demuestran un dominio técnico y conocimientos de sus funciones; los Directivos y jefes toman decisiones con la participación de los trabajadores del establecimiento; los directivos del centro laboral hacen los esfuerzos necesarios para mantener informados oportunamente a los trabajadores sobre los asuntos que nos afectan e interesan, así como del rumbo de la institución), oportunidades de progreso (Tengo suficiente oportunidad para recibir capacitación que permita el desarrollo de mis habilidades asistenciales para atención integral; tengo suficiente oportunidad para recibir capacitación que permita mi desarrollo humano), remuneraciones e incentivos (Mi sueldo o remuneración es adecuada en relación al trabajo que realizo; la institución se preocupa por las necesidades primordiales del personal), interrelación con sus compañeros de trabajo (Los compañeros de trabajo, en general, estamos dispuestos a ayudarnos entre nosotros para completar las tareas, aunque esto signifique un mayor esfuerzo; estoy satisfecho con los procedimientos disponibles para resolver los reclamos de los trabajadores), ambiente de trabajo (Tengo un conocimiento claro y transparente de las políticas de personal de la institución; Creo que los trabajadores son tratados bien, independientemente del cargo que ocupan; El ambiente de la institución permite expresar opiniones con franqueza, a todo nivel sin temor a represalias; El nombre y prestigio de la institución para la que trabajo es gratificante para mí).

El instrumento consistió en una Hoja de registro desarrollada en Excel 365 manejada desde Office 365 lo cual facilitó que diferentes operadores recopilen la

información integrándola en tiempo real por medio de internet a la matriz (Anexo 4 y 5).

Hoja de Registro de variables de profesionales de la salud:

Como también existe prohibición de recopilar información sobre la realidad de los servicios prestados por los profesionales de la salud y un porcentaje alto, solo tienen contrato y no nombramiento, lo cual les da inestabilidad laboral en el Ministerio de Salud Pública, se procedió a recoger la información fuera de las instituciones con la promeso de tener reserva absoluta con respecto a la identidad del servidor público colaborador hasta completar el número requerido de la muestra. En lo referente a los profesionales de la salud de los prestadores privados se hiso una recolección similar.

Esta información fue recopilada por el doctorante y con la ayuda de los estudiantes del 4º semestre de la asignatura de Fisiopatología de la ULEAM. Esta tabla de variables consta de información de filiación como sexo, edad, residencia habitual, profesión, lugar de trabajo, años de ejercicio profesional, estabilidad laboral, trabaja más de 8 horas por día, trabaja más de 44 horas semanales, hace guardias, cumple más de 4 guardias por mes, está sindicalizado, le parece excesiva la carga de trabajo, considera suficiente el tiempo que le otorga a la atención de cada paciente, le parecen excesivos los reclamos de los pacientes, sus superiores valoran su trabajo, existe un espacio de intercambio para compartir con sus colegas, considera que forma parte de un equipo de trabajo, su trabajo le brinda posibilidades de perfeccionamiento, está cubierto por algún seguro de mala praxis, se pueden realizar trabajos de investigación, considera que tiene formación profesional adecuada se siente capaz de contribuir a la formación de otros profesionales de la salud, el espacio en donde brinda la atención es adecuado, se siente cómodo profesionalmente en su lugar de trabajo, el salario que percibe cubre sus necesidades, que representa la figura de su jefe, considera que su trabajo es valorado por sus pacientes, ¿si pudiera cambiar su trayectoria profesional que haría?.

El instrumento consistió en una Hoja de registro desarrollada en Excel manejadas desde Office 365 lo cual facilitó que diferentes operadores recopilen la información integrándola en tiempo real por medio de internet a la matriz (Anexo 6 y 7).

Entrevistas a profundidad

Se realizaron entrevistas no estructuradas a líderes de la comunidad y autoridades de elección popular. (Anexo 8). Los líderes comunitarios coincidieron con la información recogida que da cuenta sobre la fragmentación, ineficiencia e inequidad del Sistema de Salud ecuatoriano. Las autoridades de elección popular entrevistadas muestran desconocimiento en el diagnóstico de la realidad en que viven los ciudadanos comunes en nuestro país, pues no tienen acceso al conocimiento técnico-académico necesario para aplicar políticas públicas en salud eficientes; además, toda esta información sirvió para estructurar las Hojas de Registro.

Revisión de fuentes secundarias

Esta recopilación de información se realizó en las bibliotecas de la UASB, ULEAM, plataformas virtuales de internet, Gobiernos Autónomos Descentralizados del país, diarios escritos y digitales locales y nacionales.

Análisis de la información

Todos los indicadores fueron analizados según los puntos de corte específicos para la edad, el sexo, ubicación territorial. En cada cuadro se expone el número de participantes de la muestra. Los rangos de edad manejados en los análisis responden a los estándares internacionales y que permiten su comparación con investigaciones similares. La desagregación de la información se presenta asegurando la representatividad regional y de cada categoría del estrato.

Los análisis estadísticos fueron realizados en el programa estadístico IBM® SPSS Statistics®, y se utilizaron los comandos svy, los cuales tuvieron en cuenta los aspectos del diseño muestral como las etapas de selección, la estratificación muestral y los factores de ponderación. En una primera etapa, se analizó la distribución de cada una de las variables en la muestra y después se calcularon las prevalencias y los intervalos de confianza del 95% de cada categoría de las

variables antes descritas, en la población expandida. Posteriormente, las prevalencias fueron desagregadas de acuerdo con características sociodemográficas seleccionadas. Finalmente, las diferencias entre las distintas prevalencias fueron evaluadas de acuerdo con los intervalos de confianza del 95%. Los procedimientos estadísticos aplicados fueron llevados a cabo en forma separada, para los grupos etarios: Preescolar, Niño/Adolescente, Adulto y Adulto Mayor.

Devolución de la información

Una vez terminado el proceso de diagnóstico, se realizó el compromiso de entregar a las comunidades, por intermedio de sus líderes locales poblacionales, toda la información obtenida y pertinente, con la orientación adecuada para que se revierta en beneficio de ellos mismos y de su entorno familiar y social.

Esta devolución de la información no solo sirve para beneficio ciudadano, sino, también para fortalecer el vínculo con los sujetos de estudio, lo cual nos permitiría planificar intervenciones futuras.

Validez y confiabilidad de los instrumentos

Encuestas y cuestionarios aplicados a los actores de la salud en Ecuador, de acuerdo con la muestra seleccionada.

Los cuestionarios fueron desarrollados en Excel de Microsoft Office 365. La validez y confiabilidad fue obtenida con el siguiente protocolo: carta de presentación, matriz de consistencia, operacionalización de la variable, instrumentos completos y la ficha de validación. En lo referente con la validez de contenido se lo hizo con el juicio de la experta: doctora Ilya Casanova Romero. (Anexo 9)

La Confiabilidad se la determinó con la medida de estabilidad por medio de la vía del test-retest. Con la Hoja de registro de variables de usuarios o ciudadanos en general fue aplicado a 50 usuarios del sistema de salud; con la Hoja de Registro de variables de directivos y administrativos del Sistema de Salud a 15 servidores del sistema de salud; y con la Hoja de Registro de variables de profesionales de la salud a 15 servidores del sistema de salud.

En todos los casos la primera entrevista fue realizada entre el 7 y 11 de enero de 2019, la segunda entrevista fue realizada entre el 18 y 22 de febrero de 2019 al mismo grupo de personas.

Procedimiento:

Acopio y procesamiento de información de las variables

Técnica de Análisis

Una vez recolectada la información se procesó en una hoja de tabulación de datos con la finalidad de facilitar el análisis de estos. Los resultados fueron discutidos y se aplicó técnicas estadísticas según los enfoques cualitativos y cuantitativos del estudio.

Capítulo IV: El Sistema de Salud Actual

La oferta de Salud vigente del Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Desde hace 15.000 años quienes poblaron los territorios que hoy corresponden al Ecuador vivieron de acuerdo con cada ecosistema respetando con reverencia y devoción al medio ambiente, pues reconocían implícitamente los derechos de la naturaleza. Con su desarrollo aparecieron los Yachacs (hombres de sabiduría) o Chamanes quienes descubrieron las propiedades curativas de plantas, animales y metales creando una medicina, hoy conocida como tradicional; y siempre fortalecida, hasta por la conquista incaica. La llegada de los españoles, aunque trato de desconocer la ciencia y tecnología de América y en particular de la medicina, lo que logro fue la aparición de la medicina popular, que en todos los casos fue y es practicada como un bien de uso.

En la época republicana se fue perfeccionando la prestación de los servicios de salud, pero poniendo principal empeño en la atención a la salud, pues en la traducción de los acuerdo y documentos de la OMS para con los países miembros se cometió un grave error, *tal vez involuntario*. “Health Care” por “Atención Médica” en vez de “Cuidado de la Salud”. Con el pasar de los años fue mucho más importante invertir para curar que para cuidar. Estos últimos años hasta se desmantelo todo lo relacionado con la Salud Colectiva o Comunitaria, se oculta información, pues *si no se conoce no existe.*

En el análisis de la realidad actual sobre el Sistema de Salud del Ecuador vamos a comenzar por analizar el soporte legal: La constitución del Ecuador y en el Plan Nacional vigentes se sustenta en el concepto del Buen Vivir, que es el soporte doctrinario para la acción de desarrollo y protección social del Estado.

El Estado fortalece la oferta de salud basada en la solidaridad, universalidad y gratuidad reconociendo este servicio público como un derecho y garantizando su acceso para asegurar la sostenibilidad del buen vivir juntamente con la vivienda, agua y saneamiento ambiental. En la Constitución está definido con claridad el marco jurídico legal para el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, en el que está incluida la salud.

El modelo actual político administrativo del país es constitucional unitario, intercultural y plurinacional organizado en forma de república y que se gobierna de

manera descentralizada. Actualmente, existen tres niveles de gobiernos autónomos descentralizados: los gobiernos parroquiales rurales, los gobiernos municipales y los gobiernos provinciales. La última Constitución introdujo el nivel de los gobiernos regionales que se debió constituir plenamente hasta el 2016; sin embargo, su desarrollo ha sido parcial, pues hasta el momento las autoridades son nominadas por el ejecutivo.

Las condiciones predefinidas fueron: dos o más provincias con continuidad territorial, superficie regional mayor a veinte mil kilómetros cuadrados y un número de habitantes en conjunto superior al cinco por ciento de la población.

Solo Quito se transformó en distrito metropolitano autónomo que, como régimen especial, cuyo gobierno autónomo ejerce competencia del nivel cantonal, a las cuales se suman todas las competencias que sean aplicables de los gobiernos provinciales y regionales.

La distribución de competencias en salud en los distintos niveles de gobierno es cómo se describe en el siguiente Cuadro.

Tabla 1

Competencias en Salud por niveles de Gobierno. Ecuador. 2018-2019.

Competencias en salud de los servicios de gobierno, Ecuador.

Nivel de Gobierno	Competencia
Nivel Central	Definición de políticas
Gobiernos Municipales	Planificación, construcción y mantenimiento de infraestructura física y equipamiento de salud.
Distritos Metropolitanos Autónomos	Planificación, construcción y mantenimiento de infraestructura física y equipamiento de salud.

Fuente: ISAGS, 2012.

Los gobiernos municipales y los distritos metropolitanos autónomos también pueden prestar directamente servicios de salud, como competencia concurrente con el nivel

central. El artículo 260 de la Constitución dice: “El ejercicio de las competencias exclusivas no excluirá el ejercicio concurrente de la gestión en la prestación de servicios públicos y actividades de colaboración y complementariedad entre los distintos niveles de gobierno…”

Marco constitucional y legal que sustentan los Derechos Sociales y Salud.

La Constitución en el papel define con claridad meridiana el rol y las responsabilidades del Estado en materia de salud y los caracteriza como universales y gratuitos.

El artículo 32 reconoce a la Salud como un derecho: “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir…” El artículo 362 dice: “…los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento medicamentos y rehabilitación necesarios”. El artículo 363 dice: “El Estado será responsable […] Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura. El artículo 369 dice: “El seguro universal obligatorio cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, […] El seguro universal obligatorio se extenderá a toda la población urbana y rural, con independencia de su situación laboral…”

Los artículos entre el 358 y 366, correspondientes a salud, señalan las características del Sistema Nacional de Salud, su finalidad, principios, conformación y objetivos; precisando que garantizará atención integral con base en la atención primaria y funcionará bajo los principios del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social: universalidad, igualdad, equidad, progresividad, interculturalidad, solidaridad y no discriminación y los específicos de bioética, con enfoque de género y generacional. El Sistema Nacional de Salud contará con la red pública y complementaria, garantizando también las prácticas ancestrales y alternativas bajo la rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional.

Además de la Constitución existen 2 leyes de sustento:

a. La Ley Orgánica de Salud (2006) que se refiere a las actividades sanatoriales, el control sanitario y afines.

b. La ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (2002) que regula la organización e institucionalidad administrativa, así como el funcionamiento del Sistema de Salud.

Sin embargo, el Sistema de Salud está fragmentado entre lo público y lo privado, entre lo civil y lo militar o policial, además, servido sin controles eficientes por el ámbito religioso y las ONG´s, lo cual generó más de 40 leyes secundarias y subsidiarias de acuerdo con los requerimientos político-económicos de turno. Toda esta maraña de reglamentos y normas generan contradicciones y acciones caducas.

La Autoridad Sanitaria Nacional es a quien le corresponde formular la Política Nacional de Salud, y su aplicación, regulación y control, por tal razón es la rectora del Sistema Nacional de Salud.

Son responsabilidades del Estado:

1. Universalizar la atención en salud, mejorando su calidad y ampliando la cobertura.
2. Fortalecer los servicios estatales.
3. Garantizar y proteger las practicas ancestrales.
4. Brindar cuidados especiales a los grupos de atención prioritarios.
5. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y reproductiva y garantizar salud integral de las mujeres, en particular durante embarazo, parto y postparto.
6. Garantizar la disponibilidad de medicamentos de calidad, seguros y eficaces.
7. Promover el desarrollo integral del personal de salud.

Estructura territorial desconcentrada en Salud

El Ministerio de Salud Pública se encuentra dentro de la tipología 2 (alta desconcentración, baja descentralización), que se caracteriza por un alto nivel de

desconcentración, articulando los procesos, productos y servicios con una descentralización de baja incidencia.

La particularidad en sus facultades radica en que la rectoría, planificación, regulación y control se ejercen desde el nivel central; la planificación regional, coordinación y gestión desde el nivel intermedio o regional y una fuerte coordinación y gestión desde el nivel local. También se caracteriza por permitir la prestación de servicios públicos desde el nivel local a través de distritos administrativos, que son entidades territoriales comunes para los Ministerios de Salud, Educación, Inclusión Económica y Social y Trabajo, que comparten la misma tipología, lo que facilita la prestación de servicios intersectoriales.

En el gráfico 1 se muestra la diferenciación entre la estructura territorial política administrativa del país, aquella de los gobiernos autónomos y la estructura territorial generada por el funcionamiento eficiente de la función ejecutiva nacional en los niveles territoriales desconcentrados que contempla zonas y distritos.

Gráfico 1.

Estructura territorial del Sistema de Salud, Ecuador.

Fuente: ISAGS, 2012.

Teóricamente hay un avance en la descentralización del poder político; sin que se hayan asignado mayores competencias, recursos y capacidad de decisión a las instancias estatales descentralizadas autónomas. No existen condiciones que provoquen la participación social en la gestión pública de la salud, y más bien hay desconfianza y desesperanza en la comunidad.

Realidad del Sistema de Salud

El Sistema de Salud del Ecuador es mixto, o sea público y privado. El sector público comprende el Ministerio de la Salud Pública (MSP) con sus entidades prestadoras y los actores del Sistema Nacional de Seguridad Social orientado al sector formal del mercado de trabajo, integrado por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), que incluye el Seguro Social Campesino (SSC); el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), dependiente del Ministerio de Defensa Nacional; el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), dependiente del Ministerio de Gobierno y el Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (FONSAT), que garantiza la universalidad de la cobertura y se hace responsable de las indemnizaciones y amparo a las víctimas de accidentes de tránsito.

El Ministerio de Salud Pública cumple las funciones reasegurador implícito con los ciudadanos que no son cubiertos por los seguros privados o estatales. El Ministerio de Educación, Inclusión Económica y Social y el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, también funcionan como prestadores de servicios de salud.

El sector privado de salud tiene fines de lucro con empresas de medicina prepaga, proveedores de seguros privados, consultorios, dispensarios, clínicas y hospitales; y organizaciones sin fines de lucro.

Son muy importantes dentro del Sistema Nacional de Salud Ecuatoriano la Junta de Beneficencia de Guayaquil, la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil; la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer y la Cruz Roja Ecuatoriana. El Consejo Nacional de Salud (CONASA) es la instancia oficial de coordinación, concertación sectorial, articulación interinstitucional e intersectorial en salud.

Roles en el Sistema Nacional de Salud

El Ministerio de la Salud Pública (MSP) es la autoridad que dicta normas, ejercer rectoría y controla el sistema de salud. Sin embargo, actualmente es necesario que el MSP se fortalezca como ente rector del sector en la conducción, normalización, coordinación, regulación y control de las actividades de salud.

El MSP también es el principal prestador de servicios en el país, tanto para servicios de salud colectiva como individual. Adscrito al Ministerio se encuentra el Instituto

Nacional de Higiene, con responsabilidades en laboratorios de referencia, control y vigilancia sanitaria.

En la nueva estructura del MSP que se implementó en este instituto, están actividades en el área de la investigación en salud, transformándolo en el Instituto Nacional de Salud Pública e Investigación. Asimismo, se creó la Agencia de Control de los Establecimientos de Salud, para fortalecer el ejercicio del rol rector del MSP.

Tanto en el Sistema de Seguridad Social como en el Sistema Nacional de Salud se contemplan las prestaciones de servicios de salud, así como la universalización de la atención, lo que puede generar confusiones. Sin embargo, el Sistema de Seguridad Social no tiene como objetivo la prestación de servicios de salud sino, únicamente, la de brindar un seguro que permita a sus afiliados acceder a estos servicios cuando lo requieran. Los servicios de salud, por su lado, son parte del Sistema Nacional de Salud.

Podría decirse que es en esta área de definición y regulación del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud donde se encuentra el mayor desfase, tanto con las nuevas realidades del funcionamiento actual, como con el nuevo marco constitucional, por lo que se requiere de manera urgente reformar la legislación secundaria del Sistema Nacional de Salud a fin de establecer, mediante expedición de un nuevo código de salud, normas actualizadas y plantear nuevas propuestas de organización.

Componentes del sistema de salud

La salud púbica es una responsabilidad intersectorial del Estado. La responsabilidad del MSP como Autoridad Sanitaria Nacional es la de velar por que se incorpore la salud como elemento transversal del buen vivir e incidir ampliamente en las políticas, estrategias y metas de los otros sectores de la acción gubernamental y del Estado.

Se considera que los servicios de salud pública corresponden al conjunto de intervenciones, actividades y procedimientos de tipo promocional, preventivo y de vigilancia realizados por el Estado en beneficio de todos los ciudadanos. Estos servicios están enfocados para actuar sobre todos los tipos de determinantes de la

salud (sociales, económicos, medio ambientales, demográficos, etc.), así como sobre factores de riesgo que condicionan el estado de salud de la población.

La promoción y cuidado de la salud

En el marco preconstitucional, y ahora aún más, se contaba con un marco jurídico adecuado para el posicionamiento de la promoción de la salud. En la actualidad, el MSP, juntamente con la Comisión Nacional de Promoción de la Salud del CONASA lidera la promoción de la salud y a lo largo de los años se han establecido políticas de promoción de la salud, lineamientos para planes intersectoriales, así como guías operativas para el impulso de la promoción de la salud a nivel de las unidades operativas del MSP.

La acción intersectorial se ha desarrollado en los campos de la contaminación ambiental, el desarrollo de un entorno saludable, en el ámbito de la nutrición y alimentación, la violencia familiar y la lucha antitabáquica.

Se han desarrollado intervenciones a nivel central, pero sobre todo a nivel de los gobiernos autónomos, con el resultado que muchos municipios han incluido la promoción de la salud en sus planes de desarrollo.

Se pueden destacar las experiencias exitosas de los programas de escuelas saludables, escuelas promotoras de salud, municipios saludables, espacios saludables, ecoclubes, programa de brigadistas para la salud ambiental. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados, la falta de continuidad, así como la débil rectoría ha impedido la consolidación y sistematización de avances significativos en el ámbito de la promoción de la salud.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT-ECU 2012, menciona que el 15% de la población estudiantil (5 a 11 años) presenta retardo en talla, con muy poca variación por edad y sexo. El sobrepeso y obesidad en menores de 5 años es del 8,5% y en edades de 5 a 11 años es 31,25%. En adolescentes el sobrepeso y/u obesidad es el 27,77% y en adultos 63.97 %. El 19% de la población adolescente entre 12 a19 años presenta talla baja para la edad con una mayor prevalencia en el sexo femenino que en el masculino. La evaluación de la Estrategia Nacional de Inmunizaciones 2017, revela cobertura de vacunación para: difteria, tétanos, hepatitis B, sarampión, rubeola, paperas y varicela; no alcanzan el 100% en la

población estudiantil, al igual que la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) que, tras su implementación en el esquema para la población femenina de 9, 10 y 11 años, desde el 2014 alcanza una cobertura del 65%. Las principales causas de morbilidad en adolescentes entre 10-14 años, corresponden a infecciones de diversos tipos, accidentes y violencia, enfermedades quirúrgicas y síndromes ligados a la salud sexual y salud reproductiva. En adolescentes de 15 a 19 años, la morbilidad se encuentra relacionada a síndromes y patologías que afectan la salud sexual y salud reproductiva, otras que demandan resolución quirúrgica y relacionada con violencia. Las principales causas de mortalidad de niños, niñas y adolescentes en el 2014 fueron accidentes de tránsito, infecciones respiratorias bajas (neumonía), lesiones autoinfligidas, agresiones varias (violencia), entre otras. El 29,8% de la población entre 10 a 19 años han fumado alguna vez en su vida. El 21.3% de la población entre 10 a 14 años ha consumido alcohol alguna vez en su vida, mientras que 71.7% de adolescentes entre los 15 a 19 años manifestó haberlo hecho. De la población adolescente que alguna vez consumió alcohol en su vida, el 34.4% manifestó que llegó hasta el estado de embriaguez; información que refleja la problemática social que enfrentan hoy en día los adolescentes y que pone en riesgo su salud. Es importante recalcar que también se han identificado situaciones de violencia institucional cometida por miembros de la institución educativa contra estudiantes. Al respecto, el estudio “Niñez y adolescencia desde la Intergeneracionalidad”, menciona que en el Ecuador el 26% de los niños, niñas y adolescentes reciben trato violento con golpes, insultos, burlas y restricciones en el tiempo del recreo, dentro de sus centros educativos. En cuanto a la violencia por motivos de diversidad étnica, el estudio señala que los niños y niñas afrodescendientes se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad, ya que el 18% ha sido golpeado por los docentes, casi uno de cada cinco. El 13% de los niños y niñas indígenas, que también sufren este tipo de violencia. En el caso del blanco/mestizos, el porcentaje (4%) es tres veces menor en comparación con los indígenas y cuatro veces menos que los afrodescendientes. La violencia entre pares o acoso escolar es otra de las realidades de las instituciones educativas. En el Ecuador 3 de cada 10 mujeres en edad fértil entre 12 a 49 años tuvieron su primera relación sexual antes de los 18 años. 4 de cada 10 adolescentes entre 15 y 19 años

reportan haber tenido ya alguna experiencia sexual; y de estas adolescentes, el 18% han tenido un hijo. 9 de cada 10 tuvieron su primera relación sexual con personas mayores a ellas. De éstas, 8 de cada 100 se embarazaron de hombres de 30 años o más. (ENSANUT-ECU, 2012)

En el 2016 se registraron 2.115 nacimientos en adolescentes de 10 y 14 años, hay que considerar que este grupo poblacional tiene mayor riesgo de enfrentarse a relaciones no consentidas, mayor diferencia de edad con la pareja y menor probabilidad de uso de métodos anticonceptivos. En el mismo año se reportó en adolescentes de 15 a 19 años, 51.763 nacimientos, las causas más probables son la falta de acceso a la educación, a salud sexual y salud reproductiva, que incluye métodos anticonceptivos e información. (INEC, 2016)

La prevención de enfermedades

En el ámbito de prevención, especialmente en lo relacionado con las enfermedades transmisibles en el país, el MSP está llevando adelante una serie de programas de salud pública denominados “programas verticales”, que incluyen acciones de prevención (y curación) en materia de tuberculosis, HIV – SIDA y el programa Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria para enfermedades transmisibles por vectores, cuyos logros se detallan a continuación.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones del Ecuador (PAI), es uno de los programas más exitosos de América Latina y ha recibido varios reconocimientos de la Organización Mundial de la Salud y otros organismos internacionales. El PAI mantiene al país desde hace 20 años sin poliomielitis, 14 años sin sarampión, 10 años sin fiebre amarilla, 6 años sin rubeola y ha eliminado el tétanos neonatal como problema de salud pública, entre otros logros importantes; a pesar de los rebrotes de estas enfermedades en varios países del mundo.

En general, las coberturas de vacunación se mantienen en niveles óptimos de más del 95%, y en muchos casos sobre el 100% (2010), para evitar la transmisión de enfermedades. La malaria en el Ecuador ha tenido un franco descenso, mucho más pronunciado en los años 2010 y los primeros meses del 2011. La oncocercosis, enfermedad que causaba graves daños en la población del norte de Esmeraldas, incluyendo muchos casos de ceguera. Desde el año 2013 fue certificada su

eliminación. El Ministerio de Salud Pública actualmente garantiza el tratamiento al 100% de los pacientes diagnosticados y registrados de SIDA.

En el ámbito de la nutrición, Ecuador, al igual que la mayoría de los países, presenta simultáneamente dificultades de déficit nutricional, y de exceso y desbalance.

Estos problemas se resumen en tres categorías: a) el retardo en talla en los menores de cinco años, que se inicia en el período fetal y continúa hasta los dos años; b) las deficiencias específicas de micronutrientes, representadas por la falta de hierro en los menores de cinco años y en las mujeres embarazadas y c) el sobrepeso y la obesidad.

El MSP elaboró una propuesta de intervención integral, la Estrategia de Desnutrición Cero, cuya implementación comenzó en marzo de 2011 y que contempla dos grandes objetivos: i) disminuir la desnutrición de los menores de cinco años y eliminar la desnutrición de los niños que nacen hasta el año de edad; ii) desarrollar destrezas y capacidades del personal técnico del MSP para mejorar la calidad de atención, incrementar las coberturas para asegurar por lo menos cinco controles a las embarazadas, seis controles a los niños en su primer año de vida y la atención institucional al parto. Debe además contemplarse los aspectos de equidad de las diferentes poblaciones, dado que la atención institucional del parto en mujeres indígenas es de 30,1%, mientras que en mujeres no indígenas es de 80,2 %. (CEPAR, 2005)

La vigilancia en el cuidado de la salud

La Subsecretaría de Vigilancia de la Salud Pública del MSP tiene por misión analizar, vigilar y velar por la situación de salud pública de la población mediante el diseño de políticas, regulaciones, planes y proyectos en los ámbitos de vigilancia epidemiológica, vigilancia y control sanitario y por estrategias de salud colectiva.

La mencionada Subsecretaría está compuesta por: (i) la Dirección de Vigilancia Epidemiológica, cuyo rol es determinar, predecir y proyectar el comportamiento de las enfermedades y su relación con los factores de riesgo generando información oportuna y de calidad para determinar estrategias de control y sustentar las decisiones estratégicas del sector y (ii) la Dirección de Control Sanitario, responsable de vigilar y controlar la calidad, la seguridad, la eficacia y la inocuidad

de los productos de consumo humano y terapéuticos, así como las condiciones higiénicas sanitarias de otros procesos o establecimientos en el ámbito de su competencia. El nuevo modelo de atención del MSP incorporará experiencias innovadoras y eficaces, como la epidemiología comunitaria.

Oferta de servicios de atención de enfermedades

De acuerdo con el INEC en el 2017 el número de establecimientos prestadores de salud asciende a 4.168, con una disminución de 33 establecimientos en relación con el año anterior. Fue la provincia del Guayas la que presentó el mayor número de establecimientos con un total de 656 que equivale al 15,75%; en los cuales están incluidos públicos y privados. Sin embargo, en el período 2000 – 2017 hay un incremento de 586 de establecimientos de salud.

La tasa de médicos a nivel nacional fue de 22,23 médicos por cada 10.000 habitantes; siendo las provincias de la Amazonía las que registran las tasas más elevadas. En el período 2000 – 2017 se mantuvo la tendencia creciente con un aumento de 26.989 médicos durante todo este periodo. La tasa de médicos también creció en 14,01 puntos por cada 10.000 habitantes en este mismo período. Los odontólogos tienen una tasa nacional de 3 por cada 10.000 habitantes. Los psicólogos tienen una tasa de 0,87 por cada 10.000 habitantes a nivel nacional. Las obstetrices tienen una tasa 1,27 por cada 10.000 habitantes a nivel nacional. Las enfermeras tienen una tasa de 12,89 por cada 10.000 habitantes a nivel nacional. Por último, las auxiliares de enfermería tienen una tasa de 10,39 por cada 10.000 habitantes a nivel nacional. Los establecimientos prestadores de salud cuentan con ambientes físicos para el funcionamiento de laboratorios clínicos de los cuales los del sector público representan la el 58,46%. Los principales equipos de imagenología con los que cuentan los establecimientos de salud son rayos X, ecógrafos, tomógrafos y mamógrafos. Las radiografías y ecografías representan el 83,80% del total de exámenes realizados por los establecimientos de salud. Las principales consultas realizadas en los establecimientos de salud pueden ser por morbilidad, prevención, estomatología y de emergencia. En el 2017 las consultas de morbilidad alcanzaron los 77,6 millones, de las cuales el 86,20% fueron del sector público y el 13,79% del sector privado. Las consultas preventivas fueron 40,1 millones a nivel nacional, de las cuales el 88,57% corresponde al sector público y el

11,43% al sector privado. Las consultas de estomatología registraron un total de 3,6 millones a nivel nacional, de las cuales 2 millones fueron por morbilidad y 1,6 millones por prevención. A nivel nacional se registraron 12 millones de consultas de emergencia de las cuales el 93,70% se realizaron en el sector público y el 6,3% en el sector privado. (INEC, 2017)

De acuerdo con el INEC en el 2017 a nivel nacional, 645 establecimientos de salud con hospitalización de los cuales 179 son públicos y 466 privados. En este año se incrementó el número de egresos hospitalarios en el sector público en un 3,7% en relación con el año 2016. Mientras que en el sector privado hubo un decremento del -3,2%.

Los pacientes pasan en promedio 4,3 días de estadía en los servicios de internación de los establecimientos de salud. Existen 13.400 camas hospitalarias disponibles en el sector público y 10.052 en el sector privado. Lo que corresponde a 1,4 camas hospitalarias disponibles por cada 1.000 habitantes. Del total de egresos hospitalarios, el 49,3%, se registraron en la región sierra; y el 49,7% del total de camas disponibles se encuentran en la región sierra. Las provincias de la Amazonía presentan la mayor tasa de egresos hospitalarios. El Ministerio de Salud Pública tiene 9.008 camas hospitalarias disponibles que representan el 38,4%. La distribución de camas hospitalarias disponibles es de la siguiente manera: Medicina interna con el 15,8%, y Ginecología y obstetricia con 15,3%. El 65,9% de establecimientos de salud que prestan internación hospitalaria se encuentran en el sector privado con fines de lucro, y el 27,8% se encuentran en el público. Sin embargo, del total de egresos hospitalarios, el 68,2% se generan en el sector público.

El 64,8%, de los egresos hospitalarios corresponden a mujeres y el 35,2% a hombres. Sin embargo, el 53,2% de las defunciones hospitalarias corresponde al sexo masculino. El mayor número de egresos hospitalarios se presenta en pacientes de 65 años y más, seguido por los menores de un año en el caso de los hombres. En el caso de las mujeres se presenta el mayor número de egresos hospitalarios en el grupo de 20 a 24 años. La Apendicitis aguda, es la primera causa de morbilidad seguida de Colelitiasis y Neumonía.

La tasa de defunciones en el 2017 fue de 1,2 por cada 1.000 habitantes hospitalizados. La provincia de Azuay presenta la mayor tasa de defunciones hospitalarias, con 1,9 por cada 1.000 habitantes y en segundo lugar se encuentra Guayas con 1,8 defunciones por cada 1.000 habitantes. (INEC, 2017)

Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural

Tras la adopción de la política de gratuidad, en el año 2007 se crea la Subsecretaria de Extensión y Protección Social en Salud y el Programa de Aseguramiento Universal de Salud se transforma en el Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS). El modelo propuesto por el MSP busca consolidar la atención primaria de la salud como estrategia que prioriza la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud; priorización desde un enfoque de evitabilidad y la participación organizada de los sujetos sociales en la construcción de una sociedad saludable. Esto se complementa con la respuesta emergente curativa asistencial, históricamente hegemónica, que por sí sola no ha cambiado el perfil de salud-enfermedad de la sociedad ecuatoriana, modificando el enfoque y la práctica de atención hacia una visión más integral, de excelencia y de profundo respeto a las personas. En este marco se contrataron 4.582 profesionales que integrarían los Equipos Básicos de Salud (EBAS), instrumento estratégico del modelo. Con ello se incrementó la oferta de servicios y la cobertura de la red del Ministerio de Salud Pública. El propósito del Modelo de Atención Integral de Salud se formula de la siguiente manera: “Contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana a través de la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) que bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada, transforme el paradigma de la atención curativa, hacia una visión integral e integradora centrada en el cuidado de la salud individual, familiar, comunitaria y del entorno, orientada a la garantía de los derechos en salud y al cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir.”

Cuánto cuesta, quien paga y quien presta los servicios de salud en el Ecuador

La recolección de la información se realizó de acuerdo con lo proyectado. Las 10 provincias con mayor población tuvieron la siguiente muestra en el instrumento de los usuarios: Guayas con 261 ciudadanos que equivales al 25%, Pichincha con 191 ciudadanos que equivale al 18,3%, Manabí con 96 ciudadanos que equivale al 9,2%, Los Ríos con 55 ciudadanos que equivale al 5,3%, Azuay con 52 ciudadanos que equivale al 5%, El Oro con 43 ciudadanos que equivale al 4,1%, Esmeraldas con 38 ciudadanos que equivale al 3,6%, Tungurahua con 35 ciudadanos que equivale al 3,4%, Chimborazo con 31 ciudadanos que equivale al 3%, Loja con 31 ciudadanos que equivale al 3%.

Tabla 2: Usuarios. Distribución según residencia. Frecuencias y porcentajes. Ecuador. 2018-2019.

PROVINCIA		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Azuay	52	5,0
	Imbabura	28	2,7
	Loja	31	3,0
	Los Ríos	55	5,3
	Manabí	96	9,2
	Morona Santiago	12	1,2
	Napo	8	0,8
	Pastaza	7	0,7
	Pichincha	191	18,3
	Tungurahua	35	3,4
	Zamora Chinchipe	7	0,7
	Bolívar	13	1,2
	Galápagos	2	0,2
	Sucumbíos	14	1,3
	Orellana	10	1,0
	Santo Domingo de los Tsáchilas	27	2,6
	Santa Elena	24	2,3
	Cañar	17	1,6

	Carchi	11	1,1
	Cotopaxi	29	2,8
	Chimborazo	31	3,0
	El Oro	43	4,1
	Esmeraldas	38	3,6
	Guayas	261	25,0
	Total	1042	100,0

De acuerdo con los resultados procesados estadísticamente en el software SPSS® la siguiente información es la que utilizaremos en el análisis. Con relación al sexo, fueron entrevistados el 56,2% de mujeres y el 43,8% de hombres.

Tabla 3: Usuarios. Distribución según Sexo. Frecuencias y porcentajes. Ecuador. 2018-2019

Sexo		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Femenino	586	56,2
	Masculino	456	43,8
	Total	1042	100,0

En relación con el número de miembros por grupo familiar la Media aritmética, la mediana y moda es 4.

Tabla 4: Usuarios. Grupo familiar

Estadísticos

	NÚMERO DE MIEMBROS POR GRUPO FAMILIAR
Nº	1042
	0
Media	4
Mediana	4
Moda	4
Desv. típ.	1
Varianza	2
Mínimo	1
Máximo	10
Suma	4209

Tabla 5: Usuarios. Número de miembros Grupo familiar
Frecuencias y porcentajes. Ecuador. 2018-2019

NÚMERO DE MIEMBROS POR GRUPO FAMILIAR		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	1	22	2,1
	2	91	8,7
	3	241	23,1
	4	329	31,6
	5	243	23,3
	6	80	7,7
	7	22	2,1
	8	10	1,0
	9	3	0,3
	10	1	0,1
	Total	1042	100,0

El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) basado en el índice de Gini del Banco Mundial fija las líneas de indigencia y de pobreza en relación con la canasta básica familiar y para el 2019 se define como Indigente el ciudadano con ingreso per cápita menor o igual a $47,74, Pobre con ingreso menor o igual a $56,64 y No Pobre con ingreso mayor a $56,64. Con relación a esta información se concluyó que los entrevistados se distribuyen en 1,2% de Indigentes, 1,6% de Pobres y 97,1% de No Pobres.

Tabla 6: Usuarios. Realidad socioeconómica.
Clasificación por Ingreso per Cápita
Frecuencias y porcentajes. Ecuador. 2018-2019

Clasificación por IPC		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Indigente	13	1,2
	Pobre	17	1,6
	No Pobre	1012	97,1
	Total	1042	100,0

De los entrevistados en los últimos 6 meses el 87,5% de los miembros de su grupo familiar utilizó algún servicio de salud y de estos el 43,2% acudió a un centro de atención del MSP y el 38% acudió al IESS.

Tabla 7: Usuarios. En últimos 6 meses, su grupo familiar utilizó servicios de salud. Frecuencias y porcentajes. Ecuador. 2018-2019

Utilizaron servicios de salud		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No	130	12,5
	Si	912	87,5
	Total	1042	100,0

Tabla 8: Usuarios. Prestador de servicio de salud utilizado Frecuencia y porcentajes. Ecuador. 2018-2019

Entidades prestadoras de servicios de salud		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido (*)	Porcentaje acumulado
Válidos	MSP	394	37,8	43,2	43,2
	GAD	12	1,2	1,3	44,5
	IESS	347	33,3	38,0	82,6
	ISSPOL	3	0,3	0,3	82,9
	ISSFA	22	2,1	2,4	85,3
	Junta de Beneficencia	5	0,5	0,5	85,9
	Atención Privada	115	11,0	12,6	98,5
	Entidad Religiosa	4	0,4	0,4	98,9
	ONG	3	0,3	0,3	99,2
	Saberes Populares	1	0,1	0,1	99,3
	Medicina Tradicional	6	0,6	0,7	100,0
	Total	912	87,5	100,0	
Perdidos	Sistema	130	12,5		
Total		1042	100,0		

(*) Porcentaje valido= porcentaje del total de respuestas (912)

De los entrevistados más del 87,5% (912) fueron atendidos en los últimos 6 meses de alguna dolencia y de estos el 85,3% (778) en alguna entidad pública; el 47,3% (368) tenían alguna enfermedad crónica no transmisible; sin embargo, solo al 46,5% (171) de estos pacientes le ofrecieron algún programa de prevención.

En el 2018 el gasto del Estado en salud correspondió a 4.1 millones de dólares a lo que hay que sumarle el gasto de bolsillo de los hogares ecuatorianos que corresponde al 41,6%, este es el mayor porcentaje de América del Sur y el sexto del continente americano, que incluye datos de 49 países, según los Indicadores Básicos de acuerdo con Situación de Salud en las Américas 2018 de la Organización Mundial de la Salud.

En este mismo año el Ecuador destinó 2,7% del producto interno bruto para gasto en salud del Presupuesto General del Estado. La Constitución dispone que el presupuesto en salud debe incrementarse cada año en un porcentaje no inferior al 0,5% del PIB, hasta alcanzar al menos el 4%.

Tabla 9: Usuarios. Enfermedad crónica y oferta de programa o club para su control Frecuencias y porcentajes. Ecuador. 2018-2019

Oferta de programa o club para su control		ENF.CRONICA Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	264	25,3	53,5	53,5
	Si	229	22,0	46,5	100,0
	Total	493	47,3	100,0	
Perdidos	Sistema	549	52,7		
Total		1042	100,0		

De los entrevistados el 47,3% tenían alguna enfermedad crónica y de estos solo al 46,5% les ofrecieron la participación en algún programa o club para su control

Los mismos entrevistados contestaron a la pregunta sobre la calidad de los servicios y lo hicieron de la siguiente manera: el 14,4 mal y muy mal servicio, ni bueno ni malo el 40% y excelente y buen servicio el 45,6%. La encuestadora Eureknow en diciembre de 2019 concluye que el 35% de los ecuatorianos perciben como malo el servicio de salud y el 41% como mala la atención de las instituciones públicas. (Eureknow, 2019)

Tabla 10: Usuarios. Calificación de servicios de salud Frecuencias y porcentajes. Ecuador. 2018-2019

Calificación de los servicios de salud		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy mal servicio	30	2,9	3,3	3,3
	Mal servicio	101	9,7	11,1	14,4
	Ni mal, ni buen servicio	364	34,9	40,0	54,4
	Buen servicio	309	29,7	34,0	88,4
	Excelente servicio	106	10,2	11,6	100,0
	Total	910	87,3	100,0	
Perdidos	Sistema	132	12,7		
Total		1042	100,0		

Cuando la pregunta se refiere a la prestación oportuna de los servicios de salud solicitados, si estos se requieren en el sector público solo el 27.2% lo entregó en el tiempo solicitado. Cuando fue solicitado en el sector privado se entregó oportunamente en el 87,1%. Es importante recalcar que los mismos profesionales de la salud trabajan como prestadores públicos y/o privados.

Tabla 11: Usuarios. Prestación pública oportuna. Frecuencias y porcentajes. Ecuador. 2018-2019

Servicio de salud público oportuno		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No	759	72,8
	Si	283	27,2
	Total	1042	100,0

Tabla 12: Usuarios. Prestación privada oportuna. Frecuencias y porcentajes. Ecuador. 2018-2019

Servicio de salud privado oportuno		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No	134	12,9
	Si	908	87,1
	Total	1042	100,0

Adicionalmente, solo el 44,1% de los ciudadanos atendidos se los invitó a utilizar los servicios de cuidado de la salud y prevención de la enfermedad. De estos el 56,1% correspondieron a la modificación de los estilos de vida.

Tabla 13: Usuarios. Cuidado de la salud y prevención Frecuencias y porcentajes. Ecuador. 2018-2019

Ofertan servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No	582	55,9
	Si	460	44,1
	Total	1042	100,0

Tabla 14: Usuarios. Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad Frecuencias y porcentajes. Ecuador. 2018-2019

Tipo de oferta de promoción de la salud y prevención de la enfermedad		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Prevenir enfermedad dental	29	2,8	6,3
	Tomar citología vaginal	11	1,1	2,4
	Planificación familiar	34	3,3	7,4
	Estilos de vida	258	24,8	56,1
	Otros	128	12,3	27,8
	Total	460	44,1	100,0
Perdidos	Sistema	582	55,9	
Total		1042	100,0	

En relación con los medicamentos cuando estos fueron recetados en el MSP solo el 44,2% los recibieron totalmente; y de estos solo el 64,7% pudo comprarlos con el dinero de bolsillo del grupo familiar.

Tabla 15: Usuarios. Todos los medicamentos le fueron entregados cuando se los recetaron en el MSP, IESS, ISSPOL o ISSFA. Frecuencias y porcentajes. Ecuador. 2018-2019

Los medicamentos le fueron entregados todos en el MSP, IESS, ISSPOL o ISSFA		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	426	40,9	55,8
	Si	337	32,3	44,2
	Total	763	73,2	100,0
Perdidos	Atendidos en otro subsistema	279	26,8	
Total		1042	100,0	

Tabla 16: Usuarios. Los medicamentos los tuvo que comprar todos o parte de ellos y se los habían recetado en el MSP, IESS, ISSPOL o ISSFA. Frecuencias y porcentajes. Ecuador. 2018-2019

Los medicamentos recetados en el MSP, IESS, ISSPOL o ISSFA los tuvo que comprar		**Frecuencia**	**Porcentaje**	**Porcentaje válido**
Válidos	No	269	25,8	35,3
	Si	494	47,4	64,7
	Total	763	73,2	100,0
Perdidos	Atendidos en otro subsistema	279	26,8	
Total		1042	100,0	

Los ciudadanos entrevistados también fueron indagados si fueron atendidos con calidad y calidez por los profesionales de la salud y el 72,2% estuvo satisfecho. En la respuesta sobre la percepción de la cooperación entre funcionarios de la salud, contestaron que sí, el 63,7%.

Tabla 17: Usuarios. Calidad y Calidez
Frecuencias y porcentajes. Ecuador. 2018-2019

Hay calidad y calidez en los profesionales de salud		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	276	26,5	27,8
	Si	717	68,8	72,2
	Total	993	95,3	100,0
Perdidos	Sistema	49	4,7	
Total		1042	100,0	

Tabla 18: Usuarios. Cooperación entre funcionarios
Frecuencias y porcentajes. Ecuador. 2018-2019

Hay cooperación entre funcionarios de áreas de la salud		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	364	34,9	36,3
	Si	638	61,2	63,7
	Total	1002	96,2	100,0
Perdidos	Sistema	40	3,8	
Total		1042	100,0	

Quien es quien en el ejercicio de la salud ecuatoriana

En la información recogida en los instrumentos diseñados para este estudio y que fueron procesados estadísticamente en el software SPSS® me permiten generar el siguiente análisis. En el cuestionario para profesionales de la salud se entrevistaron 355 ciudadanos que trabajan en el sector público y privado indistintamente de los cuales el 41,4% tiene nombramiento y el 58,6% solo contrato de trabajo con lo cual se concluye la mayoría de los profesionales no tienen estabilidad laboral. El 63,7% trabaja más de 8 horas al día y el 81,4% no está sindicalizado.

Tabla 19: Profesionales. Estabilidad laboral
Frecuencias y porcentajes. Ecuador. 2018-2019

Vinculación laboral		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Contrato	208	58,6
	Nombramiento	147	41,4
	Total	355	100,0

Tabla 20: Profesionales. Trabaja más de 8 horas
Frecuencias y porcentajes. Ecuador. 2018-2019

TRABAJA MÁS DE 8 HORAS POR DÍA		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No	129	36,3
	Si	226	63,7
	Total	355	100,0

Tabla 21: Profesionales. Sindicalizados
Frecuencias y porcentajes. Ecuador. 2018-2019

PROFESIONALES DE LA SALUD SINDICALIZADO		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No	289	81,4
	Si	66	18,6
	Total	355	100,0

En relación con la carga de trabajo el 54,4% cree que la carga de trabajo es la correcta, el 36,9% cree que la carga es excesiva y el 8,7% está indeciso en la decisión.

Tabla 22: Profesionales. Carga de trabajo
Frecuencias y porcentajes. Ecuador. 2018-2019

LA CARGA DE TRABAJO EXCESIVA		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Definitivamente no	115	32,4
	Probablemente no	78	22,0
	Indeciso	31	8,7
	Probablemente si	70	19,7
	Definitivamente si	61	17,2
	Total	355	100,0

El 42,3% de los profesionales de la salud considera que el tiempo que dedican a cada usuario para atención médica es insuficiente, el 50,4% cree que es suficiente y el 7.3% está indeciso.

Tabla 23: Profesionales. Tiempo de atención a pacientes
Frecuencias y porcentajes. Ecuador. 2018-2019

TIEMPO SUFICIENTE PARA LA ATENCIÓN DE CADA PACIENTE		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Definitivamente no	110	31,0
	Probablemente no	40	11,3
	Indeciso	26	7,3
	Probablemente si	74	20,8
	Definitivamente si	105	29,6
	Total	355	100,0

En relación con los reclamos de los usuarios o pacientes al 45,9% de los profesionales de la salud creen que los reclamos son adecuados, al 38,9% que los reclamos son excesivos y el 15,2% está indeciso.

Tabla 24: Profesionales. Reclamos de pacientes
Frecuencias y porcentajes. Ecuador. 2018-2019

LE PARECEN EXCESIVOS LOS RECLAMOS DE LOS PACIENTES		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Definitivamente no	114	32,1
	Probablemente no	49	13,8
	Indeciso	54	15,2
	Probablemente si	78	22,0
	Definitivamente si	60	16,9
	Total	355	100,0

En las unidades operativas el 70,4% de los profesionales de la salud dice que si hay espacios de intercambio para compartir con sus compañeros.

Tabla 25: Profesionales. Espacio para compartir
Frecuencias y porcentajes. Ecuador. 2018-2019

EXISTE UN ESPACIO DE INTERCAMBIO PARA COMPARTIR CON SUS COLEGAS		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No	105	29,6
	Si	250	70,4
	Total	355	100,0

En relación con la percepción de sentirse parte de un equipo el 80,8% dice que sí, el 4,5% dice que nunca y el 14,6% solo algunas veces.

Tabla 26: Profesionales. Equipo de trabajo
Frecuencias y porcentajes. Ecuador. 2018-2019

CONSIDERA QUE FORMA PARTE DE UN EQUIPO DE TRABAJO		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	12	3,4
	Casi nunca	4	1,1
	Algunas veces	52	14,6
	Casi siempre	64	18,0
	Siempre	223	62,8
	Total	355	100,0

El 64,8% de los profesionales de la salud entrevistados consideran que sus superiores valoran su trabajo, el 19,2% que no y el 16,1% está indeciso.

Tabla 27: Profesionales. Superiores valoran su trabajo
Frecuencias y porcentajes. Ecuador. 2018-2019

SUS SUPERIORES VALORAN SU TRABAJO		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Definitivamente no	41	11,5
	Probablemente no	27	7,6
	Indeciso	57	16,1
	Probablemente si	93	26,2
	Definitivamente si	137	38,6
	Total	355	100,0

El 69,31% cree que, si es apoyado para perfeccionarse, 16,6% que no y el 14,1% que solo algunas veces. El 76,3% no cuenta con seguro de mala praxis.

Tabla 28: Profesionales. Posibilidades de perfeccionamiento
Frecuencias y porcentajes. Ecuador. 2018-2019

SU TRABAJO LE BRINDA POSIBILIDADES DE PERFECCIONAMIENTO		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	29	8,2
	Casi nunca	30	8,5
	Algunas veces	50	14,1
	Casi siempre	80	22,5
	Siempre	166	46,8
	Total	355	100,0

Tabla 29: Profesionales. Seguro de mala praxis
Frecuencias y porcentajes. Ecuador. 2018-2019

ESTÁ CUBIERTO POR ALGÚN SEGURO DE MALA PRAXIS		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No	271	76,3
	Si	84	23,7
	Total	355	100,0

El 39,4% de los profesionales de la salud entrevistados dicen que, si tienen apoyo institucional para realizar trabajos de investigación, el 33,2% que no y el 27,3% que solo algunas veces.

Tabla 30: Profesionales. Trabajos de investigación
Frecuencias y porcentajes. Ecuador. 2018-2019

SE PUEDEN REALIZAR TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	57	16,1
	Casi nunca	61	17,2
	Algunas veces	97	27,3
	Casi siempre	38	10,7
	Siempre	102	28,7
	Total	355	100,0

El 74,4% dice que el espacio donde brinda la atención a los usuarios es adecuado, 12,7% que no y el 13% que algunas veces.

Tabla 31: Profesionales. Espacio para atención adecuada
Frecuencias y porcentajes. Ecuador. 2018-2019

EL ESPACIO DE ATENCIÓN MÉDICA ES ADECUADO		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	36	10,1
	Casi nunca	9	2,5
	Algunas veces	46	13,0
	Casi siempre	76	21,4
	Siempre	188	53,0
	Total	355	100,0

El 68,2% de los entrevistados considera que la figura del jefe es un verdadero líder, el 17,7% es autoritario y el 14,1% es solo un burócrata.

Tabla 32: Profesionales. Figura del jefe
Frecuencias y porcentajes. Ecuador. 2018-2019

SIGNIFICACIÓN DE LA FIGURA DEL JEFE		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Burócrata	50	14,1
	Autoritario	63	17,7
	Líder	242	68,2
	Total	355	100,0

El instrumento con el que se recopiló la información de los servidores administrativos de la salud arrojó los siguientes datos: el 88,9% dice que los objetivos y responsabilidades de su puesto de trabajo son claros, el 7,4% que no son claros y 3,7% son indiferentes.

Tabla 33: Administrativos. Objetivos y responsabilidades claros
Frecuencias y porcentajes. Ecuador. 2018-2019

Objetivos y responsabilidades claros		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Totalmente en desacuerdo	14	4,0
	Pocas veces de acuerdo	12	3,4
	Indiferente	13	3,7
	Mayormente de acuerdo	64	18,1
	Totalmente de acuerdo	250	70,8
	Total	353	100,0

El 89,8% cree que el lugar de su servicio está bien organizado, el 7,6% cree que no y el 2,5% es indiferente. Además, el 85% de los entrevistados creen que pueden desarrollar sus habilidades, el 8,5% cree que no y el 6,5% es indiferente. Por último, solamente el 27,8% del personal administrativo esta sindicalizado.

Tabla 34: Administrativos. Organización
Frecuencias y porcentajes. Ecuador. 2018-2019

El trabajo en mi servicio está bien organizado		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Totalmente en desacuerdo	8	2,3
	Pocas veces de acuerdo	19	5,4
	Indiferente	9	2,5
	Mayormente de acuerdo	72	20,4
	Totalmente de acuerdo	245	69,4
	Total	353	100,0

Tabla 35: Administrativos. Desarrollo de habilidades
Frecuencias y porcentajes. Ecuador. 2018-2019

En mi trabajo puedo desarrollar mis habilidades		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Totalmente en desacuerdo	9	2,5
	Pocas veces de acuerdo	21	5,9
	Indiferente	23	6,5
	Mayormente de acuerdo	66	18,7
	Totalmente de acuerdo	234	66,3
	Total	353	100,0

Tabla 36: Administrativos. Sindicalizados
Frecuencias y porcentajes. Ecuador. 2018-2019

ESTÁ SINDICALIZADO		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No	255	72,2
	Si	98	27,8
	Total	353	100,0

El 69,7% dice que tiene la oportunidad de recibir capacitación para desarrollar habilidades asistenciales para atención integral de los usuarios, 22,9% cree que no y el 7,4% es indiferente. El 71,4% dice que tiene oportunidad para desarrollo humano, el 22,4% que no y el 6,2% es indiferente. El 67,7% cree que la remuneración es la adecuada, el 23,8% que no y el 8,5% es indiferente.

Tabla 37: Administrativos. Capacitación
Frecuencias y porcentajes. Ecuador. 2018-2019

Hay oportunidad para capacitación en desarrollo de habilidades asistenciales para atención integral		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Totalmente en desacuerdo	37	10,5
	Pocas veces de acuerdo	44	12,5
	Indiferente	26	7,4
	Mayormente de acuerdo	56	15,9
	Totalmente de acuerdo	190	53,8
	Total	353	100,0

Tabla 38: Administrativos. Capacitación
Frecuencias y porcentajes. Ecuador. 2018-2019

Hay oportunidad para capacitación en desarrollo humano		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Totalmente en desacuerdo	32	9,1
	Pocas veces de acuerdo	47	13,3
	Indiferente	22	6,2
	Mayormente de acuerdo	52	14,7
	Totalmente de acuerdo	200	56,7
	Total	353	100,0

Tabla 39: Administrativos. Remuneración
Frecuencias y porcentajes. Ecuador. 2018-2019

Remuneración adecuada en relación con el trabajo que realizó		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Totalmente en desacuerdo	34	9,6
	Pocas veces de acuerdo	50	14,2
	Indiferente	30	8,5
	Mayormente de acuerdo	109	30,9
	Totalmente de acuerdo	130	36,8
	Total	353	100,0

Capítulo V: La Propuesta

El nuevo Sistema de Salud Colectiva Universal para el Ecuador

Nos enfrentamos a la costumbre malsana de priorizar la enfermedad y no la salud. El Ministerio de Salud Pública brinda atención Médica, rehabilitación y hasta prevención, pero ni en sueños propone el cuidado de la salud, no tiene propuestas claras sobre promoción de la salud.

Las políticas públicas definen la prevención de la enfermedad vinculada al dolor y la muerte. Todos buscan y hasta pagan por solo asegurar atención médica, nunca exigen cuidado de la salud, y los GAD proponen regeneración urbana para cumplir y ganar votos y simpatías, pero nunca escuchamos nada sobre el cuidado de la salud individual, mucho menos la colectiva. Los Epidemiólogos desaparecen de la nómina de la salud pública cuando deberían ser intermediarios entre el gobierno central, los municipios y los usuarios o ciudadanos.

Historia Clínica Universal

Cada institución pública prestadora de servicios de salud tiene su historia clínica (HC), y peor es el desorden en lo privado, cada profesional de la salud tiene una historia clínica diferente. Además, mientras el gasto privado en salud represente más del 50% del gasto total y sea cubierto principalmente con plata de bolsillo de los usuarios. (Lucio, 2011)

Con estos antecedentes cualquier información epidemiológica y/o estadística no es verdadera, aunque digan que es oficial, porque es incompleta. Cualquier implementación de un nuevo y verdadero Sistema de Salud requiere una HC universal, digital y centralizada la custodia de la información recolectada. En los últimos años hubo intentos fallidos, por lo tanto, proponemos que la HC del IESS denominada AS400 se generalice de manera obligatoria a todos los prestadores en salud, tanto públicos como privados. Su utilización debe vincularse a los permisos oficiales para el ejercicio profesional.

Subsistema de toma de decisiones basado en el análisis de indicadores sintéticos previa consulta ciudadana

Cuando hablamos de indicadores sintéticos nos referimos al QALY que es una unidad de medida de las preferencias de los individuos respecto a la calidad de vida

que se ha producido mediante una intervención sanitaria, combinada con los años ganados respecto de un determinado estado de salud y los DALYs combinan los años potenciales de vida perdidos (APVP) más los años vividos con discapacidad (AVD) dentro del proceso salud enfermedad. (Alvis, N. Valenzuela, MT. 2010)

Las políticas de salud deben tomarse guiado, principalmente, con un análisis técnico previo y vinculante emitido por un comité permanente conformado con miembros del gobierno central y de los GAD, usuarios y prestadores; y para evitar la manipulación política de estas decisiones, una consulta popular debe blindar ese camino, al fin y al cabo, son los usuarios, o sea los ciudadanos los que elegimos a los mandatarios.

Subsistema de Cuidado de la Salud familiar

Este subsistema es la columna vertebral del nuevo Sistema de Salud Colectiva, esta parte disminuirá, drásticamente, la demanda de atención médica o de la enfermedad, cada unidad operativa básica debe estar conformada por profesionales de salud de Atención Primaria de Salud y promotores comunitarios

Subsistema de acreditación de los GAD sobre cobertura de saneamiento ambiental

El nuevo Sistema de Salud Colectiva requiere la integración de los GAD en la oferta ciudadana del “cuidado de la salud”; sin embargo, resulta mucho más atractivo, políticamente, hacer regeneración urbana y actividades superfluas que las que dieron históricamente la esencia de la creación de los GAD, me refiero desarrollo hidrosanitario y al saneamiento ambiental.

Una consulta popular también resulta indispensable para ordenar prioritariamente el gasto presupuestario; mientras no se hayan cubierto al menos el 96% del servicio urbano de agua potable, desechos de aguas servidas y manejo adecuado de desechos sólidos los GAD no podrán gastar en otros proyectos no prioritarios.

Subsistema Único de recaudación

El IESS, ISSPOL, ISSFA, y cualquier tipo de recaudador privado de recursos para prestaciones de salud como seguro o mutuales no podrán administrar sus propios prestadores de servicios de salud, ningún recaudador puede abandonar el sesgo en

el gasto de esos recursos y menos los privados.

El IESS será el único recaudador de fondos públicos y todos los planes de beneficios económicos especiales serán administrados por esta entidad pública.

Subsistema Único de compras

Hay varias formas de disminuir drásticamente los costos, pero en todos los casos para ser más atractivos como compradores tenemos que concentrar todos los requerimientos en un solo paquete anual abierto, inclusive para el caso de medicinas para enfermedades raras y concretar convenios con los que las producen, también es importante el volumen, por ejemplo: podemos acordar pagar solo las que logran los beneficios que ofrecen.

Subsistema Único de prestaciones y atención médica

El MSP debe dedicarse a la rectoría del Sistema de Salud Colectiva y lo más importante, al Cuidado de la Salud; no debe dedicarse a administrar casas sanatoriales de ningún nivel, ni complejidad.

Cada hospital público con los centros de salud satélites correspondientes debe ser administrado por un comité conformado por un miembro del MSP que lo preside, uno del IESS con vos, pero sin voto, uno del GAD correspondiente, uno de la Universidad vinculada a docencia y al menos dos por parte de los usuarios o ciudadanos de la jurisdicción de acuerdo con el número de habitantes.

Sistema de Salud Pública segmentado del Ecuador

- Prioriza la enfermedad y no la salud
- Atención Médica, rehabilitación y hasta prevención, pero ni en sueños propone el cuidado de la salud
- Las políticas públicas definen la prevención de la enfermedad vinculada al dolor y la muerte
- Todos los usuarios buscan y hasta pagan por solo asegurar atención médica, nunca exigen cuidado de la salud
- Nunca escuchamos nada sobre el cuidado de la salud individual, mucho menos la colectiva
- Los Epidemiólogos desaparecen de la nómina de la salud pública

Sistema de Salud Colectiva Universal para el Ecuador

Historia Clínica Universal

- Cada prestador de servicios de salud tiene su historia clínica
- Más del 50% del gasto es cubierto con plata de bolsillo de los usuarios. (Lucio, 2011)
- La información epidemiológica y/o estadística no es verdadera
- Elegir la HC del IESS (AS400) para públicos como privados
- Su utilización debe vincularse a los permisos oficiales para el ejercicio profesional

Subsistema de toma de decisiones (análisis desde indicadores sintéticos previa consulta ciudadana)

- Las políticas de salud (análisis técnico previo) y vinculante emitido por un comité permanente (gobierno central y GAD´s, usuarios y prestadores)
- Evitar la manipulación política (consulta popular debe blindar ese camino)

Subsistema de Cuidado de la Salud familiar

- Columna vertebral del nuevo Sistema de Salud Colectiva (disminuirá la demanda de atención médica)
- Cada unidad operativa básica debe estar conformada por profesionales APS y promotores comunitarios

Subsistema de acreditación de los GAD sobre cobertura de saneamiento ambiental

- Una consulta popular (mientras no se hayan cubierto al menos el 96% del servicio urbano de agua potable, desechos de aguas servidas y manejo adecuado de desechos sólidos los GAD´s no podrán gastar en otros proyectos no prioritarios)

Subsistema Único de recaudación

- El IESS, ISSPOL, ISSFA, y cualquier tipo de recaudador privado de recursos para prestaciones de salud como seguro o mutuales no podrán administrar sus propios prestadores de servicios de salud
- El IESS será el único recaudador de fondos públicos y todos los planes de beneficios económicos especiales serán administrados por esta entidad pública

Subsistema Único de compras

- El MSP debe el rector del Sistema de Salud Colectiva y dedicarse solo al Cuidado de la Salud
- Cada hospital público con los centros de salud satélites correspondientes debe ser administrado por un comité conformado por un miembro del MSP que lo preside, uno del IESS con vos, pero sin voto, uno del GAD correspondiente, uno de la Universidad vinculada a docencia y al menos dos por parte de los usuarios o ciudadanos de la jurisdicción de acuerdo con el número de habitantes

Capítulo VI: Discusión y Resultados. Conclusiones y Recomendaciones

Discusión y resultados

El Ecuador tiene acceso a atención médica del más alto nivel; sin embargo, los ciudadanos que no tienen un plan de seguridad social solo pueden utilizar todas las ofertas de salud con plata de bolsillo del grupo familiar, este gasto corresponde al 42%, siendo el mayor de América del Sur (OMS, 2018). Además, el 97% de los entrevistados fueron “No Pobres” de acuerdo con la clasificación basado en el índice de Gini del Banco Mundial aplicado por el INEC para el 2019. Con lo cual se establece que los pobres e indigentes casi no utilizan el sistema de salud cotidianamente, pues los saberes populares resultan más baratos y están a su alcance. Otra información evidencia que de los pacientes que se atendieron en entidades públicas el 47% tenían alguna enfermedad crónica no transmisible; sin embargo, solo al 46% de estos pacientes le ofrecieron algún programa de prevención. También desmejoran los servicios de salud, la mala calidad y calidez de los servicios, donde solo el 46% de los servidores ofrecen un excelente o buen servicio. La encuestadora Eureknow en diciembre de 2019 concluye que el 35% de los ecuatorianos perciben como malo el servicio de salud. Sin embargo, todos los gobiernos solo les interesa cuánto dinero hay para gastar en infraestructura, equipos y medicamentos. Adicionalmente, se evidencia que no existe ningún proceso sistematizado de “Cuidado de la Salud” y en lo referente a prevención en las enfermedades crónicas no transmisibles es insipiente. La cantidad de médicos por habitantes es insuficiente, cada día hay más enfermos, por lo tanto, se requieren *más* hospitales, *más* equipos y *más* medicinas. La infraestructura pública no cubre los requerimientos y la referencia y contrarreferencia hacia lo privado crece en desorden.

No hay inversión suficiente en programas de prevención, se requiere mucho trabajo y epidemiólogos y solo se incrementan los directivos no-profesionales de la salud.

El gasto de bolsillo de las familias en atención médica es lo único que les queda a los usuarios para preservar la salud individual de su grupo familiar.

La calidad y calidez de los profesionales de la salud es cuestionada minoritariamente; sin embargo, la oferta insuficiente y el gasto impredecible hace que la percepción sobre este servicio sea negativa. La inestabilidad laboral

desmejora la calidad y calidez de las actividades laborales de profesionales y administrativos de la salud. Adicionalmente, la falta de profesionales y el interés equivocado de medir el derecho a la atención medica como una mercancía, hace que los sabios no-profesionales de la salud dediquen, reglamentariamente, poco tiempo a cada usuario. Por último, el nombramiento de los directivos de los centros sanatoriales es manejado como cuotas políticas.

Conclusiones

- El Sistema de Salud del Ecuador está fragmentado y desordenado, las políticas públicas no son de análisis prioritario. El interés más importante de todos los gobiernos es cuánto dinero hay para gastar en infraestructura, equipos y medicamentos.
- No existe un proyecto donde se esté ejerciendo el cuidado de la salud en ningún nivel de complejidad, les han enseñado a los usuarios a reclamar, solamente, por un turno, un examen y la entrega de medicamentos.
- La cantidad de médicos por habitantes es insuficiente y cada vez será más deficitario, porque sin cuidado de la salud hay más enfermos y por lo tanto se requieren más hospitales, más equipos y más medicinas.
- La infraestructura pública en salud no cubre los requerimientos, y en la fragmentación y el desorden los intermediarios se benefician con la referencia y contrarreferencia hacia lo privado.
- La cobertura con programas de prevención es limitada, pues en este ámbito la inversión es menor, requiere mucho trabajo y epidemiólogos, no son suficientes los directivos no-profesionales de la salud.
- Resulta incontrolable el incremento del gasto de bolsillo de las familias en atención médica, eso es lo único que le queda a los usuarios para preservar la salud individual de su grupo familiar.
- La calidad y calidez de los profesionales de la salud es cuestionada minoritariamente; sin embargo, la oferta insuficiente y el gasto impredecible hace que la percepción sobre este servicio deja mucho que desear.

- La falta de estabilidad en la contratación influye negativamente en el ejercicio de las actividades laborales de profesionales y administrativos de la salud.
- La falta de profesionales y el interés equivocado de medir el derecho a la atención medica como una mercancía, hace que por reglamentos sin fundamentos técnicos médicos se dedique poco tiempo a cada usuario.
- El nombramiento de los directivos de los centros sanatoriales es manejado como cuotas políticas, o peor aún como resultado de acuerdos políticos, sin tomar en cuenta las competencias y experticias laborales de los aspirantes.

Recomendaciones

- Implementar el nuevo Sistema de Salud Colectiva comenzando por la adopción de una historia clínica digital única, tanto para lo público, como para lo privado. Deben generalizar obligatoriamente la historia clínica del IESS AS400 de IBM.
- Difundir en todos los niveles este nuevo sistema de salud y que su doctrina se apruebe por una consulta popular para que se avale la implementación, evitando los reclamos de los que pierden el control de la atención médica en el Ecuador.
- Capacitar e implementar perentoriamente el Sistema de Salud Colectiva a nivel de todos los actores públicos y privados. Solo se debe financiar por el Estado lo que funciona desde el Sistema de Salud Colectiva.

Referencias Bibliográficas

Acosta Gnass S. (2011). Manual de control de infección y epidemiología hospitalaria. OPS.

Alma-Ata: 25 años después. (s. f.), 8. http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/tejada.pdf

Alvis, N. Valenzuela, MT. (2010). Los QALYs y DALYs como indicadores sintéticos de salud. Recuperado 1 de diciembre de 2019, de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010001000005

Arias, C., & Antonio, J. (2016). Determinantes y determinación social de la salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica. *Archivos de Medicina (Col)*, *16*(1). Recuperado de http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=273846452019

Arnault, C. (2001). Didier Fassin, Les Enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises. Paris, Karthala, 2000, 344 p., bibl., réf. (« Hommes et Sociétés »). *L'Homme. Revue française d'anthropologie*, (160), 215-216.

Augusto, L. G. da S. (2012). Agrotóxicos: nuevos y viejos desafíos para la salud colectiva. *Salud Colectiva*, *8*(1), 5-8. https://doi.org/10.1590/S1851-82652012000100001

Ayres R. et al. (2014). "Risco, vulnerabilidades e práticas de prevencao da saúde" In Tratado de saúde coletiva, edited by José Bonfim, Cecilia Minayo, Marco Akerman, Marcos Drumond, and Yara Carvalho, 1eira ed., 39–78. Saúde em debate. Sao Paulo: HUCITEC, p. 399-442.

Black D. and Whitehead M. (1988). Inequalities in Health: The Black Report, Edited by Peter Townsend and Nick Davidson: The Health Divide. Penguin.

Borrero, C. M., Borde, E., Castañeda, J. C. E., & Sánchez, S. C. C. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista de Salud Pública*, *15*(6), 797-808.

Breilh J, Castro F, Yassi A y Spiegel J. La salud en el trabajo de los médicos en Ecuador (Contexto hospitalario, estrés y "burnout") en "La medicina ecuatoriana en el Siglo XXI -Editores: Breilh, Ayala, Proaño, Hidalgo, Bonilla, Paz y Miño, Alvear, Campaña, Betancourt- Quito: Universidad Andina Simón Bolívar y Corporación Editora Nacional, en prensa

Breilh J, Granda E, Campaña A, and Betancourt O. (1983). Ciudad y Muerte Infantil. Quito: 3era ed. Epidemiología Científica. Teoría Y Práctica 3. CEAS

Breilh J. (1994). "Las ciencias de la salud pública en la construcción de una prevención profunda." In Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud.

Breilh J. (2003). "De la Vigilancia Convencional al Monitoreo Participativo." Ciencia E Saúde Coletiva 8 (4): 937–51.

Breilh J. (2010). Epidemiología: economía política y salud. 7a ed. Quito [Ecuador]: Universidad Andina Simón Bolívar / Corporación Editora Nacional

Breilh J. (2014). "Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica (La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública – Salud Colectiva)."

Breilh J. (2015). Urgencia de interpelar a los decisores de políticas de integración desde el derecho integral a la salud. Quito: Ponencia a la Mesa redonda sobre "Políticas regionales en salud: la incursión de UNASUR en la

diplomacia en salud. Quito: Salón de honor de la Universidad Andina Simón Bolívar, Quito, Ecuador.

Breilh J. (2016). La determinación social de la salud y una visión crítica de la promoción. Curitiba: Documento preparatorio de Conferencia al plenario del 22 Congreso Mundial de Promoción.

Breilh, J. (2004). Epidemiología Crítica. Buenos Aires, Argentina: UASB

Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*, *6*(1), 83. https://doi.org/10.18294/sc.2010.359

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, *31*, 13-27.

Breilh, J. (s.f.). La Determinación Social De La Salud Como Herramienta De Ruptura Hacia La Nueva Salud Pública (Salud Colectiva), 45.

Breilh, J. (s.f.). La Medicina Social Ecuatoriana: Promesas Y Falencias En 50 Años De Produccion, 29.

Breilh, Jaime La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva) | Breilh | Facultad Nacional de Salud Pública. (s. f.). Recuperado de https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/16637/20779752

Breilh, Jaime La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. (s. f.). Recuperado de https://revistas.urosario.edu.co/xml/562/56253119009/index.html

Breilh, Jaime. (1997). Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación. 3era ed. Epidemiología Crítica. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud CEAS

Breilh, J-CON-112-La epidemiologia cr.pdf. (s. f.). Recuperado de http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3407/1/Breilh%2C%20J-CON-112-La%20epidemiologia%20cr.pdf

Buchanan, L. (s. f.). “No quiero que me curen, quiero que me entiendan”. Cuidados paliativos y determinantes sociales de la Salud, 18.

Burgos, J. I., & Naranjo, A. L. (s.f.). Salud Colectiva: Un Modelo De Atención De Salud Contextualizado., 23.

Campos G. (2014). “Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoría Padeia e reformulacao ampliada do trabalho em saúde.” In Tratado de saúde coletiva, edited by José Bonfim, Cecilia Minayo, Marco Akerman, Marcos Drumond, and Yara Carvalho, 1eira ed., 39– 78. Saúde em debate. Sao Paulo: HUCITEC

Carneiro F, Rigotto R, Giraldo L, Friedrich K, and Búrigo A, eds. (2015). Dossie ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. 1era ed. Rio de Janeiro / Sao Paulo: Expressao Popular, p. 49-59; 66-68; 72-73

*Breilh J. (2013). “Hacia una redefinición de la soberanía agraria: ¿Es posible la soberanía alimentaria sin cambio civilizatorio?” In Comercialización y soberanía alimentaria, edited by Francisco Hidalgo, Pierril Lacroix, and Paola Román, 45–56. Quito: SIPAE. http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3417/1/Breilh,%20JCON-126-Hacia%20una%20redef.pdf.

Carnota Lauzán, O. (2017). El crecimiento de los costos en salud visto desde la ineficiencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, *43*(4), 0-0. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000400008

Carolina, M.-B., Borde, E., Eslava, J., & Concha, S. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales?: Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista de Salud Pública*, *15*, 810-813.

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986) https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf (s. f.), 6

Coba J. L. (2013). Ecología Política y Salud Integrativa.

Corona A. (2014). Las Enfermedades metabólicas y su impacto en la salud. Barcelona España.

Cueva P. y Yépez J. (2014) Epidemiología del cáncer en Quito 20062010 Solca Núcleo de Quito.

de Almeida-Filho, N. (s. f.). Doutor em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia. Pesquisador 1-B do CNPq., 12.

Declaración de Alma-Ata (1978) http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm. (s. f.), 3.

Desarrollo de Recursos Humanos 101. Washington, D.C.: OPS. http://hist.library.paho.org/Spanish/DRH/21485.pdf.

Documento sin título. (s. f.). Recuperado 26 de agosto de 2018, de http://www.scielo.org.ar/img/revistas/sc/v6n3/html/v6n3a04.htm

Ecuador, M. de S. P. (2014). *Cuidados paliativos: Guía de práctica clínica, adopción de GPC sobre cuidados paliativos en el SNS.* Quito: Ministerio de salud pública.

Ecuador, M. de salud pública. (2014). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: ENSANUT-ECU 2012.* Quito: INEC.

El Sistema de Sanidad en Noruega – Como es la sanidad pública Noruega. (s. f.). Recuperado 27 de agosto de 2018, de http://trabajarnoruega.es/sanidad-noruega.htm

Encuesta nacional de salud y nutrición: ENSANUT-ECU 2011-2013, resumen ejecutivo. (2013) (1a. ed). Quito, Ecuador: Instituto Nacional de Estadística y Censos : Ministerio de Salud Pública.

Encuesta_uso_drogas_CONSEP_08.2013.pdf. (s.f.). Recuperado de http://sisco.copolad.eu/web/uploads/documentos/Encuesta_uso_drogas_CONSEP_08.2013.pdf

Eslava Castañeda, J. C. (2017). Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. *Revista de Salud Pública*, *19*(3), 396-403. https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.68467

Eureknow. (2019). Recuperado 4 de enero de 2020, de https://www.eureknow.com/blog-1

Fassin D. (2000). Les enjeux politiques de la santé: études sénégalaises, équatoriennes et françaises. KARTHALA Editions. Google books: https://books.google.com.ec/books? id=J30E2U9bquUC

Frodeman, R., Klein, J. T., & Pacheco, R. C. D. S. (2017). *The Oxford Handbook of Interdisciplinarity*. Oxford University Press.

Gaceta Epidemiológica Ecuador SIVE-ALERTA – Ministerio de Salud Pública. (s. f.). Recuperado de http://www.salud.gob.ec/gaceta-epidemiologica-ecuador-sive-alerta/

García S., F. (Ed.). (2008). *Identidades, etnicidad y racismo en América Latina* (1a. ed). Quito, Ecuador: FLACSO Ecuador: Ministerio de Cultura.

Giraldo L. (2012). Agrotóxicos: nuevos y viejos desafíos para la salud colectiva. Buenos Aires: Salud Colectiva, 8(1):5-8.

GP_Tuberculosis-1.pdf. (s.f.). Recuperado de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/03/GP_Tuberculosis-1.pdf

Granda, E. (2004). A qué llamamos salud colectiva, hoy. Recuperado 3 de abril de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009

Grupo Multidisciplinario sobre Obesidad. (2011). La obesidad en México: México: Academia Nacional de Medicina.

Hervas F. (2002). Diabetes Mellitus, la gran epidemia de nuestro siglo.

Hurtig, A., & Sebastián, M. S. (2005). Epidemiology vs epidemiology: the case of oil exploitation in the Amazon basin of Ecuador. *International Journal of Epidemiology*, *34*(5), 1170-1172. https://doi.org/10.1093/ije/dyi151

index.pdf. (s.f.). Recuperado de https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=politicas-sistemas-y-servicios-de-salud&alias=74-perfil-de-los-sistemas-de-salud-ecuador-monitoreo-y-analisis-de-los-procesos-de-cambio-y-reforma&Itemid=599

Institute for Health Metrics and Evaluation. (s.f.). Recuperado 26 de agosto de 2018, de http://www.healthdata.org/institute-health-metrics-and-evaluation

Iriart, C., & Merhy, E. E. (2017). Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, *21*(63), 1005-1016. https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0808

Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., & Merhy, E. E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *12*(2), 128-136. https://doi.org/10.1590/S1020-49892002000800013

Krieger N. (2011). Epidemiology and the People's Health: Theory and Context. New York: Oxford University Press

lalineadefuego.info. (2013). La Participación Ciudadana En El Campo De La Salud En Contextos De Centralidad Política. por Tomas Rodríguez león. Recuperado 17 de marzo de 2018, de https://lalineadefuego.info/2013/12/13/la-participacion-ciudadana-en-el-campo-de-la-salud-en-contextos-de-centralidad-politica-tomas-rodriguez-leon/

Las enfermedades metabólicas y su impacto en la salud - 1st Edition. (s. f.). Recuperado 26 de agosto de 2018, de https://www.elsevier.com/books/las-enfermedades-metabolicas-y-su-impacto-en-la-salud/corona-morales/978-84-9022-598-1

Madison D. (2012). Critical Ethnography: Method, Ethics, and Performance. 2nd ed. Thousand Oaks, Calif: SAGE.

Malagón-Londoño-InfeccionesHospitalarias.pdf. (2010). Recuperado de http://www.inicc.org/media/docs/Malag%C3%B3n-Londo%C3%B1o-InfeccionesHospitalarias.pdf

Mançano Fernandes B. (2008). La ocupación como una forma de acceso a la tierra en Brasil: una contribución teórica y metodológica. En publicación: Recuperando la tierra. El resurgimiento de movimientos rurales en África, Asia y América Latina. Sam Moyo y Paris Yeros [coord.]. Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Disponible en: http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/sursur/moyo/15Fernandes.pdf

Martínez A. J. (2004). "Las relaciones entre la Ecología Política y la Economía Ecológica". En El ecologismo de los pobres. Conflictos ambientales y lenguajes de valoración. Barcelona: Icaria

Mata-Orozco, M., López-Caldera, M., Meza Palma, D., Labrador Parra, A., Sarco Lira, J., Pérez, H., … Escalona, E. (2016). Enfoques emergentes de la epidemiología: una mirada desde la transdisciplinariedad. *Comunidad y Salud*, *14*(2), 50-62.

Medina-OPS-Determinacio-social.pdf. (s.f.). Recuperado de https://www.uv.mx/msp/files/2015/10/Medina-OPS-Determinacio-social.pdf

Millan, M. (s. f.). Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus (EsDQOL). *Atención Primaria*, 517-521.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). Guía de Práctica Clínica. Cuidados Paliativos.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). Guía de Práctica Clínica. Tuberculosis.

Ministerio de Salud. (2013). Encuesta nacional de Salud y nutrición ENSANUT 2011-13. Quito: Publicación INEC-MPS, con apoyo de UNICEF-OPS/OMS.

Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado. (s. f.), 536.

OMS | Declaración de Bogotá. (1992). Recuperado 26 de agosto de 2018, de http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/resolutions/bogota/es/

OMS | Determinantes sociales de la salud. (s. f.). Recuperado 26 de agosto de 2018, de http://www.who.int/social_determinants/es/

OMS | Preguntas más frecuentes. (s.f.). Recuperado 26 de agosto de 2018, de http://www.who.int/suggestions/faq/es/

OMS Plan de Acción Mundial para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020

OND-CONSEP (2012). Encuesta nacional sobre el consumo de drogas en estudiantes de 12 a 17 años. Quito: CONSEP.

OPS (2011). La Salud de los adultos mayores. Una visión compartida. Washington.

Pan American Health Organization. (2006). *Manual para la atención y manejo integral de los usuarios de drogas viviendo con VIH/SIDA en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=237668

Paul-Pitchford-Healing-With-Whole-Foods-Asian-Traditions-and-Modern-Nutrition.pdf. (s. f.). Recuperado de http://pro-natura.ro/wp-content/uploads/2015/06/Paul-Pitchford-Healing-With-Whole-Foods-Asian-Traditions-and-Modern-Nutrition.pdf

Piñeros J. G. (2010). "Malaria and Social Health Determinants: A New Heuristic Framework from the Perspective of Latin American Social Medicine."

Pitchford P. (2002) “Healing with Whole Foods Asian Traditions and Modern Nutrition”. Berkeley California, North Atlantic Books.

plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf. (s. f.). Recuperado de https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf

public health systems of america AND health insurance - PubMed - NCBI. (s. f.). Recuperado 22 de marzo de 2018, de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed

PUBLICACION-QU-2006-2010.pdf. (s. f.). Recuperado de http://www.estadisticas.med.ec/Publicaciones/PUBLICACION-QU-2006-2010.pdf

Rebelión en la Granja-George Orwell.pdf. (s. f.). Recuperado de http://www.formarse.com.ar/libros/Libros-recomendados-pdf/Rebeli%C3%B3n%20en%20la%20Granja-George%20Orwell.pdf

Reflexiones. (2012). vol 91, num. 1: Espacio y Territorio en el Análisis Geográfico. Universidad de Costa Rica-Costa Rica, San José.

Relman, A. S. (1980). The New Medical-Industrial Complex. *New England Journal of Medicine*, *303*(17), 963-970. https://doi.org/10.1056/NEJM198010233031703

Rhoades R. E. (2006). “La ciencia de la sustentabilidad en comunidades indígenas: reconciliando las agendas locales con las globales”. En Rhoades, Robert, E. (Ed). Desarrollo con Identidad. Comunidad, cultura, y sustentabilidad en los Andes. Quito: Abya Yala.

risco_vulnearabilidade Ayres e cols.pdf. (s. f.). Recuperado de https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/347426/mod_resource/content/1/risco_vulnearabilidade%20Ayres%20e%20cols.pdf

Robertson, G. (2017). 2017: ¿Una nueva era para la promoción de la salud, o simplemente un año más? *Global Health Promotion*, *24*(1), 80-82. https://doi.org/10.1177/1757975917692687

Rodriguez, M. I. (1994). *Lo biologico y lo social: su articulacion en la formacion del personal de salud.* Washington, D.C: Organizacion Panamericana de la Salud.

Ruiz, A., & Cuervo, L. G. (2016). Epidemiologia Clínica Panamericana 2004 Indice DSK.

Salud Pública de México. (2011). *versión impresa* ISSN 0036-3634. Salud pública Méx vol.53 supl.2 Cuernavaca. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0036-363420110008

Sánchez-Sagrado t. (2015) file:///G:/Users/Home/Desktop/S113835931500297X_S300_es.pdf

SEMF. (2015). “De Cada 1000 Nacimientos, 20 Niños Mueren En El DMQ - Salud de Altura.” Salud de Altura Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar. http://www.saluddealtura.com/cifra/mortalidadinfantil-quito/

Siede, J. A. (s. f.). DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD Y ENFERMEDAD, 48.

Sistema Público de Salud en Ecuador en puesto 20 a nivel mundial – Ministerio de Salud Pública. (s. f.). Recuperado 7 de agosto de 2018, de https://www.salud.gob.ec/sistema-publico-de-salud-en-ecuador-en-puesto-20-a-nivel-mundial/

Solórzano, F. X. (1997). El sistema de salud del Canadá y su financiamiento. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *1*, 180-185. https://doi.org/10.1590/S1020-49891997000300003

Spinelli H. (2010). “La Acción de Gestionar y Gobernar Frente a Las Desigualdades: Un Nuevo Punto En La Agenda del Pensamiento Crítico En América Latina.” México: ALAMES - Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco.

Thompson J. (2015). The taxonomy ofinterdisciplinarity in "The Oxford Hanbook of Interdisciplinarity". Oxford: SAGE, p.15-21.

Torres, M. F. S. (s. f.). Salud colectiva y ecología política, 322.

Tranformacion-EyD1.pdf. (s. f.). Recuperado de https://www.segib.org/wp-content/uploads/Tranformacion-EyD1.pdf

Tratado de Saude Coletiva.pdf. (s. f.). Recuperado de http://professor-ruas.yolasite.com/resources/Tratado%20de%20Saude%20Coletiva.pdf

Uc, D. S. P. I. (2016). Doctorado Salud Pública III UC: La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva) (epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica). Recuperado 26 de agosto de 2018, de http://doctoradosaludpublicaiiiuc.blogspot.com/2016/05/la-determinacion-social-de-la-salud.html

Vargas Bustamante (2014) https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Comunicaciones/MonitorEstrategico/Monitor-Estrategico006-2014.pdf

Vieira da Silva, Jairnilson Silva, Jairnilson Paim, and Lilia Schraiber. (edited by Paim, Jairnilson and Naomar Almeida Filho, 1era ed.). (2014). “O que é saúde coletiva?” In Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro, Brasil: MedBook Editora Científica Ltda,

Whitehead, M. (s. f.). Los conceptos y principios de la equidad en la salud, 26.

World Health Organization. (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas.* Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=237669

Wright E. O. (2003). “Social Class.” Encyclopedia of Social Theory. New York: Sage.

Ziman, John. (2002). Real Science: What It Is, and What It Means. Cambridge; New York, NY: Cambridge University Press

Anexos

Ética:

Lo referente al consentimiento previo, libre e informado es el documento por medio del cual individuos, familias o comunidades dan autorización para la intervención motivo de la investigación. Debemos comprender, tanto los investigadores como los sujetos de la investigación, que este consentimiento no solo se refiere al individuo mismo, sino también a bienes y servicios que con la intervención puedan modificarse, aunque esta modificación sea temporal; además, investigadores y sujetos deben entender que la autorización puede ser suspendida, terminada o cancelada en cualquier momento. La OMS ofrece formularios claramente desglosados y explicados, por lo tanto, solo hay que adaptarlos al requerimiento de cada estudio.

Devolución de la información: Una vez terminado el proceso de diagnóstico, me comprometo a entregar a los representantes legales de la población estudiada toda la información obtenida en cada paciente, con la orientación adecuada para que se revierta en beneficio de ellos mismos y de su entorno familiar y social. Esta información será entregada en reuniones comunitarias.

Esta devolución de la información no solo sirve para beneficio individual y comunitario, sino, también para fortalecer el vínculo con los sujetos de estudio, lo cual nos permitiría planificar las intervenciones necesarias posteriormente.

En lo referente a los Principios Bioéticos estos son arbitrarios, ya que al ser básicos, universales y generales no discriminan en relación con culturas e idiosincrasias. Sin embargo, es lo mejor que tenemos para poder vivir en paz y respetando al prójimo. Hay cuatro principios.

Respeto por la autonomía se refiere: “Una persona autónoma es aquella que toma las decisiones que conciernen a su propia vida, de conformidad con su propia cosmovisión”[2]. Hay dos realidades, las personas como agentes autónomos y las personas con disminución de su autonomía.

Principio de no maleficencia se refiere: A la obligación ética de no hacer daño. "Primun non nocere", es decir, "Primero no hacer daño" (Vélez, 2011).

[2] Ética y salud pública. Dr. Luis Alfonso Vélez Correa Dr. José M. Maya Mejía. 2011.

Principio de beneficencia se refiere: a que no solo depende de respetar sus decisiones autónomas, sino también de procurar su bienestar.

Principio de justicia se refiere: “El principio de justicia afirma que todos los seres humanos tienen iguales derechos para alcanzar lo necesario para su pleno desarrollo” (Vélez, 2011). Hay tres generaciones de Derechos Humanos (Los de primera generación se refieren a la vida, la libertad de residencia, de expresión; los de segunda generación se refieren a la educación, a tener un pensamiento político, religioso, a poseer una cultura, a salud, a formar una familia, a tener un trabajo y recibir una remuneración; y los de tercera generación son los derechos a un ambiente sano y de beneficiarse de la solidaridad de la comunidad)

Nuevamente hay un conflicto cuando decimos que la *salud es un derecho y un deber*. Las grandes diferencias socioeconómicas coartan cuando no cuentan los principios de autonomía y justicia. Creen haberlo resuelto solo con enunciarlo. Un hogar pobre, urbano marginal, sin servicios básicos, sin tiempo propio no tiene “tiempo” de amar y respetar su vida no tiene tiempo de entenderlo, aunque los sabios hayan resuelto la antinomia entre la salud-derecho y la salud-deber.

En esta sociedad en que unos somos *“más iguales que otros”*[3], no es justo que esperemos que la sociedad verdadera tenga que ayudar a reparar y menos conservar la salud.

La *distribución y racionalización de los servicios de salud* pretende que aceptemos que hay que optimizar los recursos en torno a la salud, pues, el pueblo llano no entiende ni debe entender que es optimizar, ya que solo el menos favorecido cede. “Aunque se aceptara que el enfermo es “culpable” de su trastorno o enfermedad, la sociedad tiene obligación en justicia de atenderlo; es lo mismo que sucede con los delincuentes, deben cuidarse y dárseles un trato humano en las cárceles y no abandonarlos por la falta que cometieron” (Vélez, 2011). Solo analizar este párrafo es, al menos vergonzante todos tenemos derecho a la salud sin ningún análisis retrogrado.

[3] (Orwell 1945)

Anexo 1

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PREVIO, LIBRE E INFORMADO

DOCTORADO DE CIENCIAS MÉDICAS

SISTEMA DE SALUD EN EL ECUADOR. UN MODELO UNIVERSAL

Autor: Carlos Alberto García Escovar

Documento de Consentimiento previo, libre e Informado para ciudadanos ecuatorianos

Yo, Carlos García Escovar, Médico que vivo y ejerzo mi profesión en la ciudad de Manta, Doctorante de la Universidad del Zulia que realizo una investigación sobre la realidad del Sistema de Salud del Ecuador; además, soy docente en la Facultad de Ciencias Médicas de la ULEAM y los invito a involucrarse en el diagnóstico y una nueva propuesta sobre la realidad del cuidado de la salud en nuestro país. No tiene que decidir este momento si está de acuerdo o no a participar en la investigación. Antes de decidir, usted puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor pregúnteme según avanzamos en la información y tomaré tiempo para explicarlas. El cuidado de la salud es la forma en que la comunidad juntamente con los prestadores y las autoridades se organizan, siempre con la aceptación de todos y la vigilancia de los usuarios organizados. Las fallas no solo producen enfermedades, sino que principalmente en los niños y niñas disminuye el crecimiento, produce talla baja, en algunos casos disminuir el rendimiento escolar. El propósito de esta investigación es demostrar que nuestro sistema de salud es injusto y fragmentado. Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted puede también cambiar su decisión más tarde y dejar de participar, aun cuando haya aceptado previamente. Durante el estudio se realizarán preguntas y si fuese indispensable, examen médico a los elegidos y/o exámenes de laboratorio.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO PREVIO, LIBRE E INFORMADO

He sido invitado para participar en una investigación sobre cuidado de la salud. Entiendo que ello significa que podrían realizarme un examen médico y/o realizarme algún examen de laboratorio. He sido informado de que los riesgos son mínimos. Soy consciente de que puede que no haya beneficio personal y que no seré compensado más allá de conocer la realidad del Sistema de Salud del Ecuador. He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente a participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme del mismo en cualquier momento.

Nombre del Participante:

_____

Firma del participante

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento al potencial participante, y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo:

_____ _____

Impreso de la huella dactilar **Firma del testigo que sepa leer y escribir**

Se ha proporcionado una copia de este documento de Consentimiento Informado al padre, madre o apoderado del participante:

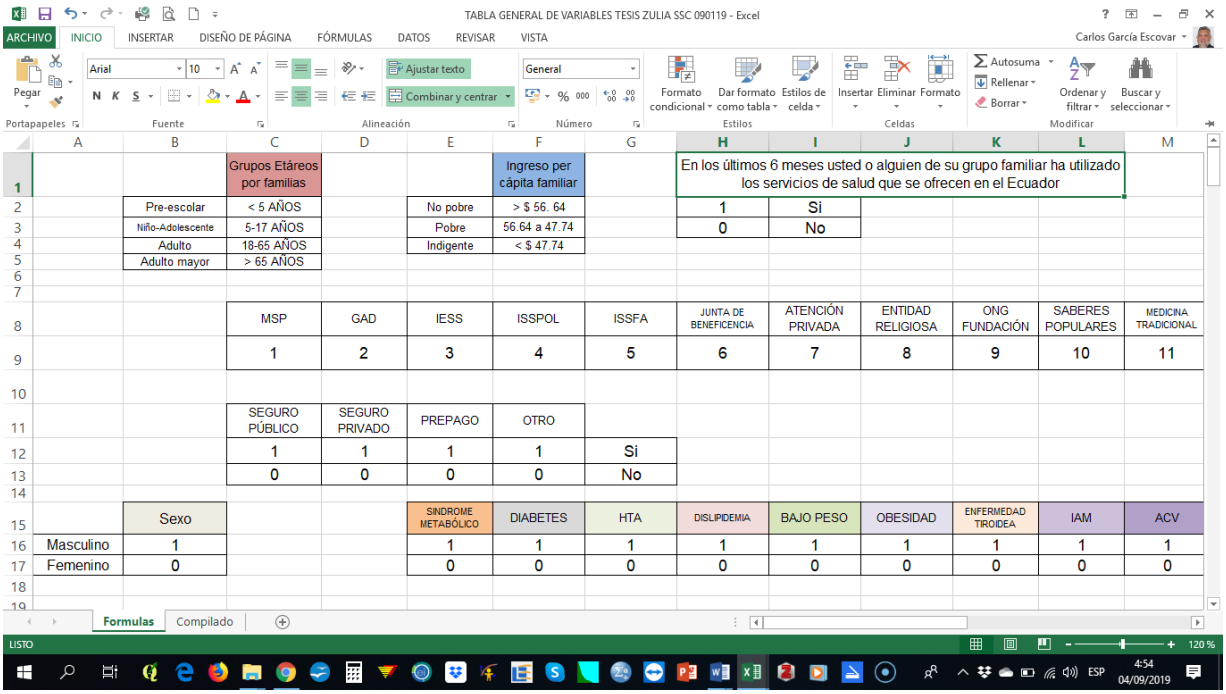
_____

Dr. Carlos García Escovar
Investigador

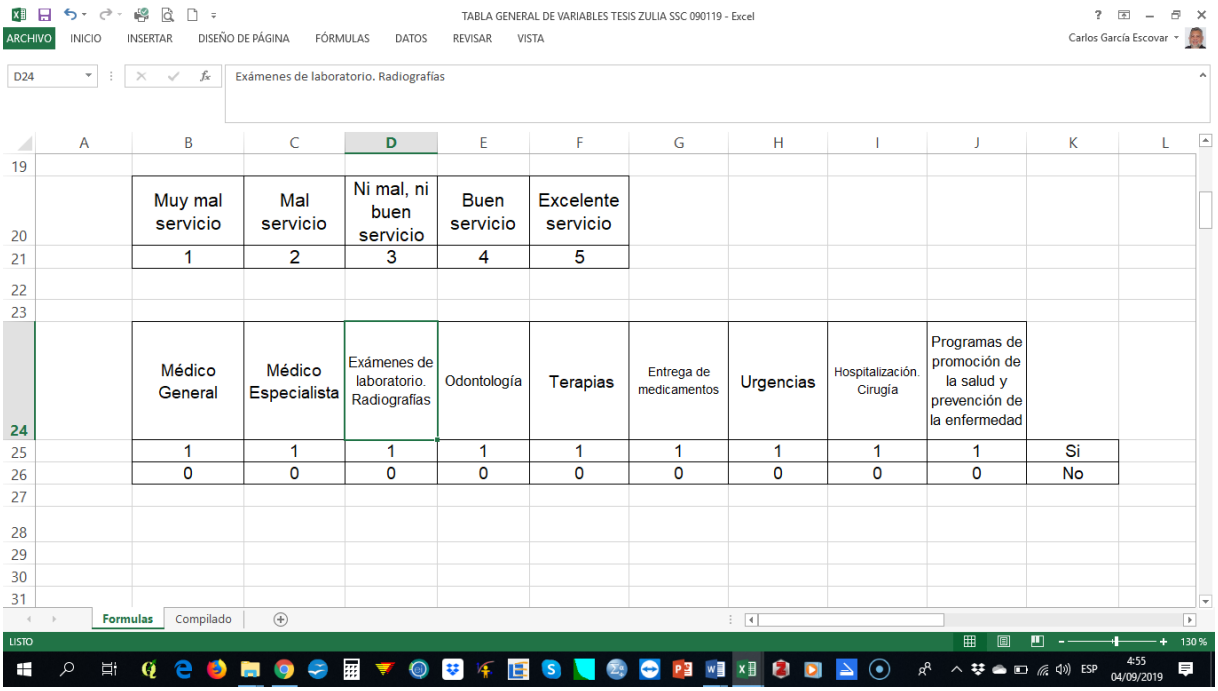
Fecha:

Anexo 2

Hoja de registro de variables de usuarios o ciudadanos en general



		Grupos Etáreos por familias			Ingreso per cápita familiar		En los últimos 6 meses usted o alguien de su grupo familiar ha utilizado los servicios de salud que se ofrecen en el Ecuador					
	Pre-escolar	< 5 AÑOS		No pobre	> $ 56. 64		1	Si				
	Niño-Adolescente	5-17 AÑOS		Pobre	56.64 a 47.74		0	No				
	Adulto	18-65 AÑOS		Indigente	< $ 47.74							
	Adulto mayor	> 65 AÑOS										
		MSP	GAD	IESS	ISSPOL	ISSFA	JUNTA DE BENEFICENCIA	ATENCIÓN PRIVADA	ENTIDAD RELIGIOSA	ONG FUNDACIÓN	SABERES POPULARES	MEDICINA TRADICIONAL
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		SEGURO PÚBLICO	SEGURO PRIVADO	PREPAGO	OTRO							
		1	1	1	1	Si						
		0	0	0	0	No						
	Sexo			SINDROME METABÓLICO	DIABETES	HTA	DISLIPIDEMIA	BAJO PESO	OBESIDAD	ENFERMEDAD TIROIDEA	IAM	ACV
Masculino	1			1	1	1	1	1	1	1	1	1
Femenino	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0



Exámenes de laboratorio. Radiografías

Muy mal servicio	Mal servicio	Ni mal, ni buen servicio	Buen servicio	Excelente servicio
1	2	3	4	5

Médico General	Médico Especialista	Exámenes de laboratorio. Radiografías	Odontología	Terapias	Entrega de medicamentos	Urgencias	Hospitalización. Cirugía	Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	Si
0	0	0	0	0	0	0	0	0	No

TABLA GENERAL DE VARIABLES TESIS ZULIA SSC 090119 - Excel

¿Cuándo usted requiere un servicio de salud público lo recibe en el momento solicitado?		
1	Si	
0	No	

¿Cuándo usted requiere un servicio de salud privado lo recibe en el momento solicitado?		
1	Si	
0	No	

Cuando recibe atención médica lo invitan a utilizar los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.		
1	Si	
0	No	

Cual de las siguientes:	Consulta para prevenir enfermedad dental	Toma de citología vaginal, sólo aplica a mujeres	Planificación familiar: vasectomía o cirugía para no tener hijos	Importancia de estilos de vida saludable como actividad física, no fumar y alimentación sana	Otros
	1	2	3	4	5

En los últimos 6 meses cuando le han recetado medicamentos en el MSP, IESS, ISSPOL o ISSFA. ¿Los medicamentos le fueron entregados todos?		
1	Si	
0	No	

En los últimos 6 meses cuando le han recetado medicamentos en el MSP, IESS, ISSPOL o ISSFA. ¿Los medicamentos los tuvo que comprar todos o parte de ello con su dinero?		
1	Si	
0	No	

Formulas | Compilado

TABLA GENERAL DE VARIABLES TESIS ZULIA SSC 090119 - Excel

D24: Exámenes de laboratorio. Radiografías

En los últimos 6 meses usted ha visto oído o leído campañas de promoción y prevención en temas de salud.		
1	Si	
0	No	

El trato que recibió de médicos, enfermeras y otros profesionales de salud es de calidad y calidez.		
1	Si	
0	No	

La cooperación entre funcionarios del hospital o de centros de salud ante su necesidad de atención es el adecuado.		
1	Si	
0	No	

RECIDENCIA HABITUAL POR PROVINCIA	
1	AZUAY
2	BOLÍVAR
3	CAÑAR
4	CARCHI
5	COTOPAXI
6	CHIMBORAZO
7	EL ORO
8	ESMERALDAS
9	GUAYAS
10	IMBABURA
11	LOJA
12	LOS RÍOS
13	MANABÍ
14	MORONA SANTIAGO
15	NAPO
16	PASTAZA

Cuanto tiempo paso desde que usted comenzó a pedir la cita con el médico general, hasta que le asignaron el turno						
Inmediatamente	Entre 1 y 3 días	Entre 4 y 6 días	Entre 7 y 19 días	Entre 11 y 29 días	Entre 21 y 30 días	Más de 30 días
1	2	3	4	5	6	7

Y ese tiempo le pareció				
Muy Corto	Corto	Ni largo ni corto	Largo	Muy Largo
1	2	3	4	5

Alguna vez usted recibió una orden de atención en salud desde un prestador público hacia uno privado	
1	Si
0	No

Cómo calificaría usted todo el proceso de las autorizaciones de los servicios de salud desde los prestadores públicos hacia los privados. Califique de 1 a 5 donde 1 significa que es muy difícil y 5 muy fácil				
Muy Difícil	Difícil	Normal	Fácil	Muy Fácil
1	2	3	4	5

Formulas | Compilado

TABLA GENERAL DE VARIABLES TESIS ZULIA SSC 090119 - Excel

Cuando usted ha utilizado los servicios de urgencia lo hace por:

Por sentir que su estado de salud es grave o puede tener consecuencias graves	Para que en una sola visita le incluyan la consulta, la realización de exámenes y el control inmediato con los resultados	Por no disponibilidad de citas de manera rápida	Por pérdida de la cita en consulta externa	Para renovar la receta de medicamentos	Por la dificultad para asistir en los horarios habituales de consulta externa
1	2	3	4	5	6

1. Por sentir que su estado de salud es grave o puede tener consecuencias graves 2. Para que en una sola visita le incluyan la consulta, la realización de exámenes y el control inmediato con los resultados 3. Por no disponibilidad de citas

Usted considera que si llegara a estar gravemente enfermo va a poder acceder de manera oportuna a través de los prestadores públicos a los servicios de salud necesarios

1	2	3	4

1. Definitivamente No 2. Probablemente No 3. Probablemente Si 4. Definitivamente Si

En general en los últimos 6 meses que tan fácil considera usted que le fue acceder a servicios de salud (exámenes, hospitalizaciones, consultas médicas y terapias) a través de los prestadores públicos

1	2	3	4	5

1. Muy Difícil 2. Difícil 3. Ni fácil NI difícil 4. Fácil 5. Muy Fácil

Califique en una escala de 1 a 5 donde 1 es muy mala y 5 muy buena como considera que fue la solución que le dieron a su necesidad de Salud por la que usted consultó la última vez

1	2	3	4	5

1. Muy Mala 2. Mala 3. Regular 4. Buena 5. Muy Buena

En los últimos 6 meses con qué frecuencia usted se sintió atendido con amabilidad y respeto por el personal administrativo de la entidad prestadora pública de servicio de salud

1	2	3	4	5

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

TABLA GENERAL DE VARIABLES TESIS ZULIA SSC 090119 - Excel

En los últimos 6 meses con qué frecuencia usted se sintió atendido con amabilidad y respeto por los profesionales de la salud de la entidad prestadora pública de servicio de salud

1	2	3	4	5

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN

Los prestadores de servicios de salud públicos o privados lo ha invitado a utilizar los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

1	Si	Si contesta SI: CONTINUE
0	No	Si contesta NO: PASE A PREGUNTA SIGUIENTE

¿Considera que el servicio utilizado le aportó conocimiento acerca de cómo prevenir la enfermedad, le ayuda a mantenerse sano o a detectar enfermedades a tiempo?

1	Si
0	No

MEDICAMENTOS Y FINANCIACIÓN

En los últimos 6 meses cuando le han recetado medicamentos en la entidad prestadora pública de servicio de salud, los medicamentos le fueron entregados.

1	Si	Si contesta SI
0	No	Le fueron entregados todos o algunos de los medicamentos

1	Todos
0	Algunos

Si contesta NO o Algunos	Pregunte

Por qué razón no le fueron entregados los medicamentos

No están incluidos en el Cuadro básico	No había los medicamentos recetados	No había la cantidad requerida	No los entregaron por errores o diferencias en las dosis	No hizo la gestión para reclamarlos	Salía más fácil o más barato comprarlos	No me dieron ninguna razón
1	2	3	4	5	6	7

1. No están incluidos en el Cuadro básico 2. No había los medicamentos recetados 3. No había la cantidad requerida 4. No los entregaron por errores o diferencias en las dosis 5. No hizo la gestión para reclamarlos 6. Salía más fácil o

TABLA GENERAL DE VARIABLES TESIS ZULIA SSC 090119 - Excel

Cuáles de las siguientes fuentes utilizó para cubrir los costos de atención en salud en los últimos 6 meses (incluya consulta médica, exámenes y medicamentos):

1	2	3	4	5	6

1. Seguro público 2. Seguro privado 3. Medicina prepagada 4. Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT) 5. Recursos propios (plata de bolsillo) 6. Otra

or qué razón utilizó Recursos propios (plata de bolsillo) para cubrir la atención en salud

1	2	3	4	5	6

1. Los servicios, medicamentos o procedimientos no estaban incluidos 2. Seleccioné un proveedor por fuera de los que me ofrecían 3. Para que fuera más rápida la atención 4. No me dieron la atención a tiempo 5. Salía más fácil o más

Solo para los que pertenezcan al IESS, ISSPOL o ISSFA. Alguna vez le ha negado un servicio de salud debido a problemas con el pago de sus aportes (demoras o no registro de los pagos)

1	Si
0	No

INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO

Los prestadores públicos o privados lo han contactado para entregarle información sobre los servicios de salud (Sus derechos *"carta de derechos"*, Las instituciones de servicios de salud a las que puede ir, Cómo solicitar una cita, El costo de los servicios, Cómo realizar las autorizaciones)

1	Si
0	No

¿Los ha utilizado, ha usado esta información?

1	Si
0	No

¿Le ha sido útil?

1	Si
0	No

En qué forma ha solicitado información o ha realizado trámites ante los prestadores de salud

1	2	3	4	5

1. Personalmente 2. Telefónicamente 3. Por escrito 4. Por internet 5. No ha solicitado

TABLA GENERAL DE VARIABLES TESIS ZULIA SSC 090119 - Excel

Cómo calificaría en una escala de 1 a 5 en donde 5 significa que es muy fácil y 1 significa que es muy difícil el proceso para obtener información y realizar trámites ante los prestadores de salud

1	2	3	4	5

1. Muy Difícil 2. Difícil 3. Regular 4. Fácil 5. Muy Fácil

Alguna vez usted ha tenido problemas en la atención de salud con su prestador de servicio (Lugares donde le dan el servicio de salud)

1	Si	Si contesta SI: CONTINUE
0	No	Si contesta NO: PASE A PREGUNTA SIGUIENTE

El personal administrativo del prestador le ha ayudado a que lo atienda

1	Si	Si contesta SI: CONTINUE
0	No	Si contesta NO: PASE A PREGUNTA SIGUIENTE

Califique esta ayuda de 1 a 5, donde 1 es muy mala y 5 muy buena

1	2	3	4	5

1. Muy Mala 2. Mala 3. Regular 4. Buena 5. Muy Buena

En una escala de 1 a 5 cómo calificaría al último prestador de servicios de salud, siendo 1 la calificación que usted le daría como el peor prestador y 5 como el mejor prestador

1	2	3	4

1. El peor 2. Regular 3. Bueno 4. El mejor

Anexo 3

TABLA GENERAL DE VARIABLES TESIS ZULIA SSC 090119 - Excel

Nº	RANGO DE SUMA	SEXO (Masculino=1 Femenino=0)	NÚMERO DE MIEMBROS POR GRUPO FAMILIAR	INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR	INGRESO PERCAPITA FAMILIAR	REALIDAD SOCIO-ECONÓMICA POR INGRESO PERCAPITA FAMILIAR	EDAD EN AÑOS	GRUPOS ETÁREOS	RECIDENCIA HABITUAL POR PROVINCIA (1. Azuay 2. Bolívar 3.Cañar 4. Carchi 5. Cotopaxi 6. Chimborazo 7. El Oro 8. Esmeraldas 9. Guayas 10. Imbabura 11. Loja 12. Los Ríos 13. Manabí 14. Morona Santiago 15. Napo 16. Pastaza 17. Pichincha 18. Tungurahua 19. Zamora Chinchipe 20. Galápagos 21. Sucumbíos 22. Orellana 23. Santo Domingo de los Tsáchilas 24. Santa Elena)	En los últimos 6 meses usted o alguien de su grupo familiar ha utilizado los servicios de salud que se ofrecen en el Ecuador (Si=1 No=0)	Marco SI: entonces elija en cual de los siguientes prestadores: (1. MSP 2. GAD 3. IESS 4. ISSPOL 5. ISSFA 6. JUNTA BENEFICENCIA 7. ATENCIÓN PRIVADA 8. ENTIDAD RELIGIOSA 9. ONG FUNDACIÓN 10. SABERES POPULARES 11. MEDICINA TRADICIONAL)	Usted es afiliado, actualmente, a algún seguro o servicio de medicina prepagada en el Ecuador. Puede marcar más de uno. SEGURO PÚBLICO (Si=1 No=0)	SEGURO PRIVADO (Si=1 No=0)	PREPAGO (Si=1 No=0)	OTRO (Si=1 No=0)	CUANTOS MIEMBROS DE SU GRUPO FAMILIAR TIENEN ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES
1	1	0	4	1.500,00	375,00	NoPobre	46	Adulto	13	1	1	1	0	0	0	4
2	1	0	3	600,00	200,00	NoPobre	72	AdultoMayor	13	1	1	0	0	0	0	1
3	1	1	2	800,00	400,00	NoPobre	31	Adulto	13	1	1	1	0	0	0	1
4	1	1	7	360,00	51,43	Pobre	64	Adulto	13	1	1	0	0	0	0	1
5	1	1	2	460,00	230,00	NoPobre	32	Adulto	13	0		0	0	0	0	0
6	1	0	3	394,00	131,33	NoPobre	24	Adulto	13	1	1	0	0	0	0	0
7	1	0	3	500,00	166,67	NoPobre	21	Adulto	13	0		0	0	0	0	0
8	1	0	5	394,00	78,80	NoPobre	19	Adulto	13	0		0	0	0	0	1
9	1	0	4	394,00	98,50	NoPobre	41	Adulto	13	0		1	0	0	0	0
10	1	0	3	450,00	150,00	NoPobre	37	Adulto	13	1	3	1	0	0	0	0
11	1	0	5	594,00	118,80	NoPobre	33	Adulto	13	1	1	0	0	0	0	2
12	1	1	3	394,00	131,33	NoPobre	24	Adulto	13	0		1	0	0	0	0

TABLA GENERAL DE VARIABLES TESIS ZULIA SSC 090119 - Excel

CUANTOS MIEMBROS DE SU GRUPO FAMILIAR TIENEN ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES	ENFERMEDADES CRÓNICAS DIAGNOSTICADAS EN MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR: SÍNDROME METABÓLICO	DIABETES	HTA	DISLIPIDEMIA	BAJO PESO	OBESIDAD	ENFERMEDAD TIROIDEA	IAM	ACV	ARTROSIS	DISCAPACIDAD FÍSICA	DISCAPACIDAD MENTAL	TABAQUISMO	ALCOHOLISMO	OTRAS ADICCIONES	OTRAS	Si reportó o le diagnosticaron una enfermedad crónica, le ofrecieron algún programa o club para su control.
	Si=1 No=0	Si=1 No=0	Si=1 No=0	Si=1 No=0	Si=1 No=0	Si=1 No=0	Si=1 No=0	Si=1 No=0	Si=1 No=0	Si=1 No=0	Si=1 No=0	Si=1 No=0	Si=1 No=0	Si=1 No=0	Si=1 No=0	Si=1 No=0	Si=1 No=0
4	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0
1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
2	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0

TABLA GENERAL DE VARIABLES TESIS ZULIA SSC 090119 - Excel

AI	AJ	AK	AL	AM	AN	AO	AP	AQ	AR
Califique los servicios de salud que uso en los últimos 6 meses, utilizando una escala de 1 a 5, donde 1 significa que recibió un muy mal servicio y 5 un excelente servicio	¿Cuándo usted requiere un servicio de salud público lo recibe en el momento solicitado?	¿Cuándo usted requiere un servicio de salud privado lo recibe en el momento solicitado?	Cuando recibe atención médica lo invitan a utilizar los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad	Marco SI: entonces elija en cual de los siguientes:	En los últimos 6 meses cuando le han recetado medicamentos en el MSP, IESS, ISSPOL o ISSFA. ¿Los medicamentos le fueron entregados todos?	En los últimos 6 meses cuando le han recetado medicamentos en el MSP, IESS, ISSPOL o ISSFA. ¿Los medicamentos los tuvo que comprar todos o parte de ello con su dinero?	En los últimos 6 meses usted ha visto oído o leído campañas de promoción y prevención en temas de salud.	El trato que recibió de médicos, enfermeras y otros profesionales de salud es de calidad y calidez.	La cooperación entre funcionarios del hospital o de centros de salud ante su necesidad de atención es el adecuado.
1. Muy mal servicio **2. Mal servicio** 3. Ni mal, ni buen servicio **4. Buen servicio** 5. Excelente servicio	Si=1 No=0	Si=1 No=0	Si=1 No=0	1. Consulta para prevenir enfermedad dental **2. Toma de citología vaginal, sólo aplica a mujeres** 3. Planificación familiar: vasectomía o cirugía para no tener hijos **4. Importancia de estilos de vida saludable como actividad física, no fumar y alimentación sana** 5. Otros	Si=1 No=0	Si=1 No=0	Si=1 No=0	Si=1 No=0	Si=1 No=0
3	0	1	0		0	1	0	0	0
4	0	1	0		0	1	0	0	0
2	0	1	0		0	1	0	0	0
	0	1	0				0		
1	0	1	0		0	1	0	0	0
	0	1	0				0		
	0	1	0				0		
	0	1	0				0		
1	0	1	0		1	0	0	0	0
3	0	1	0		0	1	0	0	0
	0	1	0				0		
	0	1	0				0		
	0	1	0				0		
1	0	1	0		0	1	0	0	0

Formulas | Compilado

LISTO 62 %

ESP 4:32 04/09/2019

TABLA GENERAL DE VARIABLES TESIS ZULIA SSC 090119 - Excel

AS	AT	AU	AV	AW	AX	AY	AZ	BA	BB	BC	BD	BE	BF	BG	BH
Elija cual de estos servicios de atención médica uso en los últimos 6 meses, luego califique utilizando una escala de 1 a 5, donde 1 significa que recibió un muy mal servicio y 5 un															
Médico General				Médico Especialista				Exámenes de laboratorio. Radiografías				Odontología			
Si=1 No=0	1. Muy mal servicio **2. Mal servicio** 3. Ni mal, ni buen servicio **4. Buen servicio** 5. Excelente servicio	1. Inmediatamente **2. Entre 1 y 3 días** 3.Entre 4 y 6 días **4. Entre 7 y 10 días** 5. Entre 11 y 20 días **6. Entre 21 y 30 días** 7. Más de 30 días	1. Muy Corto **2. Corto** 3. Ni largo ni corto **4. Largo** 5. Muy Largo	Si=1 No=0	1. Muy mal servicio **2. Mal servicio** 3. Ni mal, ni buen servicio **4. Buen servicio** 5. Excelente servicio	1. Inmediatamente **2. Entre 1 y 3 días** 3.Entre 4 y 6 días **4. Entre 7 y 10 días** 5. Entre 11 y 20 días **6. Entre 21 y 30 días** 7. Más de 30 días	1. Muy Corto **2. Corto** 3. Ni largo ni corto **4. Largo** 5. Muy Largo	Si=1 No=0	1. Muy mal servicio **2. Mal servicio** 3. Ni mal, ni buen servicio **4. Buen servicio** 5. Excelente servicio	1. Inmediatamente **2. Entre 1 y 3 días** 3.Entre 4 y 6 días **4. Entre 7 y 10 días** 5. Entre 11 y 20 días **6. Entre 21 y 30 días** 7. Más de 30 días	1. Muy Corto **2. Corto** 3. Ni largo ni corto **4. Largo** 5. Muy Largo	Si=1 No=0	1. Muy mal servicio **2. Mal servicio** 3. Ni mal, ni buen servicio **4. Buen servicio** 5. Excelente servicio	1. Inmediatamente **2. Entre 1 y 3 días** 3.Entre 4 y 6 días **4. Entre 7 y 10 días** 5. Entre 11 y 20 días **6. Entre 21 y 30 días** 7. Más de 30 días	1. Muy Corto **2. Corto** 3. Ni largo ni corto **4. Largo** 5. Muy Largo
0				1	3	7	5	1	4	6	5	0			
1	2	7	5					1	3	7	5	0			
												0			
1	2	7	5					1	2	7	5	0			
												0			
												0			
												0			
1	2	7	5					0				0			
1	1	7	5					0				0			

Formulas | Compilado

LISTO 70 %

ESP 4:33 04/09/2019

TABLA GENERAL DE VARIABLES TESIS ZULIA SSC 090119 - Excel

y 5 un excelente servicio. A continuación diga cuanto tiempo paso desde que usted comenzó a pedir la cita, hasta que le asignaron el turno.Por último, que le pareció ese tiempo.

Terapias				Entrega de medicamentos		Urgencias		Hospitalización. Cirugía				Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad			
Si=1 No=0	1. Muy mal servicio **2. Mal servicio** 3. Ni mal, ni buen servicio **4. Buen servicio** 5. Excelente servicio	1. Inmediatamente **2. Entre 1 y 3 días** 3.Entre 4 y 6 días **4. Entre 7 y 10 días** 5. Entre 11 y 20 días **6. Entre 21 y 30 días** 7. Más de 30 días	1. Muy Corto **2. Corto** 3. Ni largo ni corto **4. Largo** 5. Muy Largo	Si=1 No=0	1. Muy mal servicio **2. Mal servicio** 3. Ni mal, ni buen servicio **4. Buen servicio** 5. Excelente servicio	Si=1 No=0	1. Muy mal servicio **2. Mal servicio** 3. Ni mal, ni buen servicio **4. Buen servicio** 5. Excelente servicio	Si=1 No=0	1. Muy mal servicio **2. Mal servicio** 3. Ni mal, ni buen servicio **4. Buen servicio** 5. Excelente servicio	1. Inmediatamente **2. Entre 1 y 3 días** 3.Entre 4 y 6 días **4. Entre 7 y 10 días** 5. Entre 11 y 20 días **6. Entre 21 y 30 días** 7. Más de 30 días	1. Muy Corto **2. Corto** 3. Ni largo ni corto **4. Largo** 5. Muy Largo	Si=1 No=0	1. Muy mal servicio **2. Mal servicio** 3. Ni mal, ni buen servicio **4. Buen servicio** 5. Excelente servicio	1. Inmediatamente **2. Entre 1 y 3 días** 3.Entre 4 y 6 días **4. Entre 7 y 10 días** 5. Entre 11 y 20 días **6. Entre 21 y 30 días** 7. Más de 30 días	1. Muy Corto **2. Corto** 3. Ni largo ni corto **4. Largo** 5. Muy Largo
0				1	3	0		1	4	7	5	0			
0				1	3	0						0			
0															
0				1	3			0				0			
0															
0															
0															
0				1	3	0		0				0			
0				1	2	0		0				0			
						0									

Formulas | Compilado

TABLA GENERAL DE VARIABLES TESIS ZULIA SSC 090119 - Excel

Alguna vez usted recibió una orden de atención en salud desde un prestador público hacia uno privado	Cómo calificaría usted todo el proceso de las autorizaciones de los servicios de salud desde los prestadores públicos hacia los privados. Califique de 1 a 5 donde 1 significa que es muy difícil y 5 muy fácil	Cuando usted ha utilizado los servicios de urgencia lo hace por:	Usted considera que si llegara a estar gravemente enfermo va a poder acceder de manera oportuna a través de los prestadores públicos a los servicios de salud necesarios	En general en los últimos 6 meses que tan fácil considera usted que le fue acceder a servicios de salud (exámenes, hospitalizaciones, consultas médicas y terapias) a través de los prestadores públicos	Califique en una escala de 1 a 5 donde 1 es muy mala y 5 muy buena como considera que fue la solución que le dieron a su necesidad de Salud por la que usted consultó la última vez	En los últimos 6 meses con qué frecuencia usted se sintió atendido con amabilidad y respeto por el personal administrativo de la entidad prestadora pública de servicio de salud	Ahora dígame, por favor, cómo calificaría en una escala de 1 a 5 donde 5 es muy buena y 1 muy mala, su experiencia global en los últimos 6 meses respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de la entidad prestadora pública de servicio de salud	En los últimos 6 meses con qué frecuencia usted se sintió atendido con amabilidad y respeto por los profesionales de la salud de la entidad prestadora pública de servicio de salud
		1. Por sentir que su estado de salud es grave o puede tener consecuencias graves **2. Para que en una sola visita le incluyan la consulta, la realización de exámenes y el control inmediato con los resultados** 3. Por no disponibilidad de citas de manera rápida **4. Por pérdida de la cita en consulta externa** 5. Para renovar la receta de medicamentos **6. Por la dificultad para asistir en los horarios habituales de consulta externa**						
Si=1 No=0	1. Muy Difícil **2. Difícil** 3. Normal **4. Fácil** 5. Muy Fácil		1. Definitivamente No **2. Probablemente No** 3. Probablemente Si **4. Definitivamente Si**	1. Muy Difícil **2. Difícil** 3. Ni fácil Ni difícil **4. Fácil** 5. Muy Fácil	1. Muy Mala **2. Mala** 3. Regular **4. Buena** 5. Muy Buena	1. Nunca **2. Casi nunca** 3. Algunas veces **4. Casi siempre** 5. Siempre	1. Muy Mala **2. Mala** 3. Regular **4. Buena** 5. Muy Buena	1. Nunca **2. Casi nunca** 3. Algunas veces **4. Casi siempre** 5. Siempre
0		1	3	2	3	2	3	2
0		3	3	2	3	2	3	1
		3	3		3			
0		1	3	2	3	3	3	2
		3	3		4			
		1	3		3			
		2	3		3			
0		2	4	2	4	3	4	1
0		2	3	3	3	2	3	2
			3		3			

Formulas | Compilado

TABLA GENERAL DE VARIABLES TESIS ZULIA SSC 090119 - Excel

CH	CI	CJ	CK	CL	CM	CN	CO	CP	CQ	CR
PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN		**MEDICAMENTOS Y FINANCIACIÓN**					**INFORMACI**			
Si=1 Si contesta SI: **CONTINUE** No=0 Si contesta NO: **PASE A PREGUNTA SIGUIENTE** (MEDICAMENTOS Y FINANCIACIÓN)		Si=1 Si contesta SI: **CONTINUE** No=0 Si contesta NO o Algunos: **PASE A PREGUNTA SIGUIENTE** en este mismo grupo			Por qué razón utilizó Recursos propios (plata de bolsillo) para cubrir la atención en salud	**Si=1 No=0**	**Si=1 No=0**	**Si=1 No=0**	**Si=1 No=0**	1. Personalmente **2. Telefónicamente** 3. Por escrito **4. Por internet** 5. No ha solicitado
Los prestadores de servicios de salud públicos o privados lo ha invitado a utilizar los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	¿Considera que el servicio utilizado le aportó conocimiento acerca de cómo prevenir la enfermedad, le ayuda a mantenerse sano o a detectar enfermedades a tiempo?	En los últimos 6 meses cuando le han recetado medicamentos en la entidad prestadora pública de servicio de salud, los medicamentos le fueron entregados	Le fueron entregados todos o algunos de los medicamentos	**Por qué razón no le fueron entregados los medicamentos.** 1. No están incluidos en el Cuadro básico **2. No había los medicamentos recetados** 3. No había la cantidad requerida **4. No los entregaron por errores o diferencias en las dosis** 5. No hizo la gestión para reclamarlos **6. Salía más fácil o más barato comprarlos** 7. No me dieron ninguna razón	1. Los servicios, medicamentos o procedimientos no estaban incluidos **2. Seleccioné un proveedor por fuera de los que me ofrecían** 3. Para que fuera más rápida la atención **4. No me dieron la atención a tiempo** 5. Salía más fácil o más barato **6. Otra**	Solo para los que pertenezcan al IESS, ISSPOL o ISSFA. Alguna vez le ha negado un servicio de salud debido a problemas con el pago de sus aportes (demoras o no registro de los pagos)	Los prestadores públicos o privados lo han contactado para entregarle información sobre los servicios de salud (Sus derechos "carta de derechos", Las instituciones de servicios de salud a las que puede ir, Cómo solicitar una cita, El costo de los servicios, Cómo realizar las autorizaciones)	¿Los ha utilizado, ha usado esta información?	¿Le ha sido útil?	En qué forma ha solicitado información o ha realizado trámites ante los prestadores de salud
0		1	0	7	4		0			1
0		1	0	2	4		0			1
0							0			5
0		1	0	2	4		0			1
0							0			5
0							0			5
0							0			5
0		1	1		4	0	0			2
0		1	0	2	4		0			1
0							0			5

Formulas | Compilado

LISTO 70 %

ESP 4:36 04/09/2019

TABLA GENERAL DE VARIABLES TESIS ZULIA SSC 090119 - Excel

CP	CQ	CR	CS	CT	CU	CV	CW	CX	CY	CZ
INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO							**PREGUNTA FINAL**			
Si=1 No=0	**Si=1 No=0**	1. Personalmente **2. Telefónicamente** 3. Por escrito **4. Por internet** 5. No ha solicitado	1. Muy Difícil **2. Difícil** 3. Regular **4. Fácil** 5. Muy Fácil	Si contesta SI: **CONTINUE** Si contesta NO: **PASE A PREGUNTA SIGUIENTE**	Si contesta SI: **CONTINUE** Si contesta NO: **PASE A PREGUNTA SIGUIENTE**	1. Muy Mala **2. Mala** 3. Regular **4. Buena** 5. Muy Buena	1. El peor **2. Regular** 3. Bueno **4. El mejor**	**RECIDENCIA HABITUAL CIUDAD**	**TELÉFONO**	**EMAIL**
¿Los ha utilizado, ha usado esta información?	¿Le ha sido útil?	En qué forma ha solicitado información o ha realizado trámites ante los prestadores de salud	Cómo calificaría en una escala de 1 a 5 en donde 5 significa que es muy fácil y 1 significa que es muy difícil el proceso para obtener información y realizar trámites ante los prestadores de salud	Alguna vez usted ha tenido problemas en la atención de salud con su prestador de servicio (Lugares donde le dan el servicio de salud)	El personal administrativo del prestador le ha ayudado a que lo atienda correctamente	Califique esta ayuda de 1 a 5, donde 1 es muy mala y 5 muy buena	En una escala de 1 a 4 cómo calificaría al último prestador de servicios de salud, siendo 1 la calificación que usted le daría como el peor prestador y 4 como el mejor prestador			
		1	3	1		3	2	MANTA		
		5						MANTA		
		1	3	1		3	3	MANTA		
		5						MANTA		
		5						MANTA		
		5						MANTA		
		2	4	1	1	4	3	MANTA		
		1	3	1	1	2	2	MANTA		
		5						MANTA		
		5						MANTA		

Formulas | Compilado

LISTO 70 %

ESP 4:37 04/09/2019

Anexo 4

Hojas de Registro de variables de directivos y administrativos del Sistema de Salud

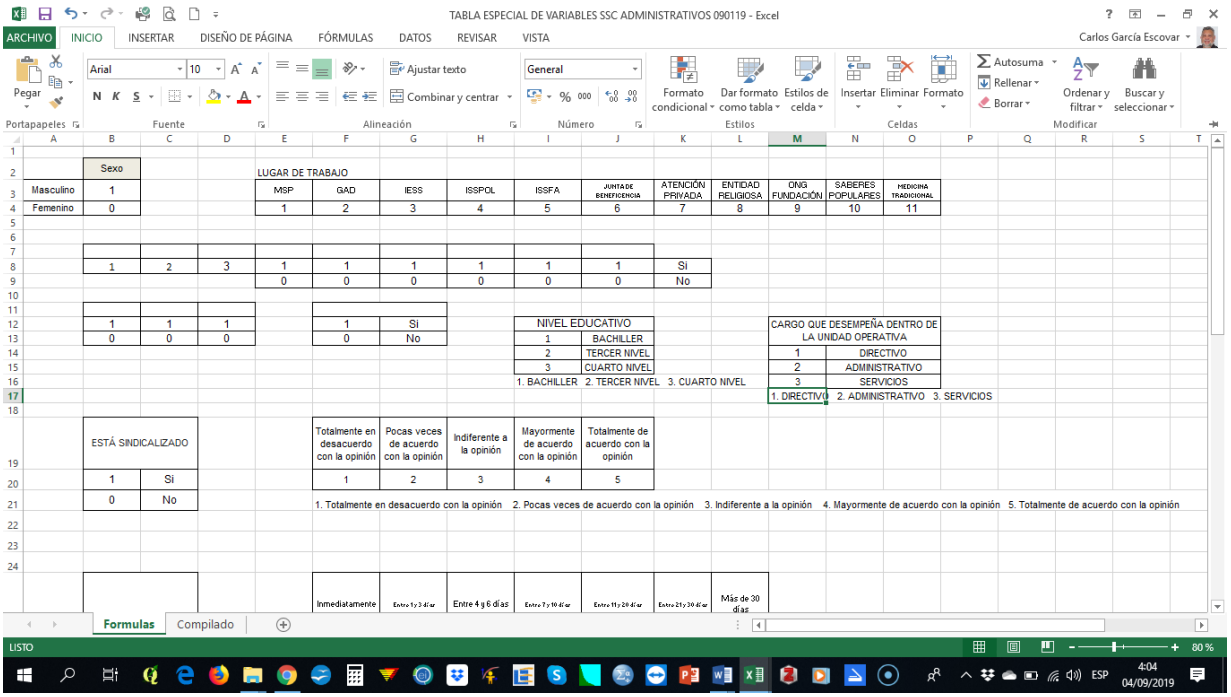


TABLA ESPECIAL DE VARIABLES SSC ADMINISTRATIVOS 090119 - Excel

Sexo	
Masculino	1
Femenino	0

LUGAR DE TRABAJO

MSP	GAD	IESS	ISSPOL	ISSFA	JUNTA DE BENEFICENCIA	ATENCIÓN PRIVADA	ENTIDAD RELIGIOSA	ONG FUNDACIÓN	SABERES POPULARES	MEDICINA TRADICIONAL
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

1	2	3	1	1	1	1	1	1	Si
			0	0	0	0	0	0	No

1	1	1
0	0	0

1	Si
0	No

NIVEL EDUCATIVO

1	BACHILLER
2	TERCER NIVEL
3	CUARTO NIVEL

1. BACHILLER 2. TERCER NIVEL 3. CUARTO NIVEL

CARGO QUE DESEMPEÑA DENTRO DE LA UNIDAD OPERATIVA

1	DIRECTIVO
2	ADMINISTRATIVO
3	SERVICIOS

1. DIRECTIVO 2. ADMINISTRATIVO 3. SERVICIOS

ESTÁ SINDICALIZADO	
1	Si
0	No

Totalmente en desacuerdo con la opinión	Pocas veces de acuerdo con la opinión	Indiferente a la opinión	Mayormente de acuerdo con la opinión	Totalmente de acuerdo con la opinión
1	2	3	4	5

1. Totalmente en desacuerdo con la opinión 2. Pocas veces de acuerdo con la opinión 3. Indiferente a la opinión 4. Mayormente de acuerdo con la opinión 5. Totalmente de acuerdo con la opinión

Inmediatamente	Entre 1 y 3 días	Entre 4 y 6 días	Entre 7 y 10 días	Entre 11 y 20 días	Entre 21 y 30 días	Más de 30 días

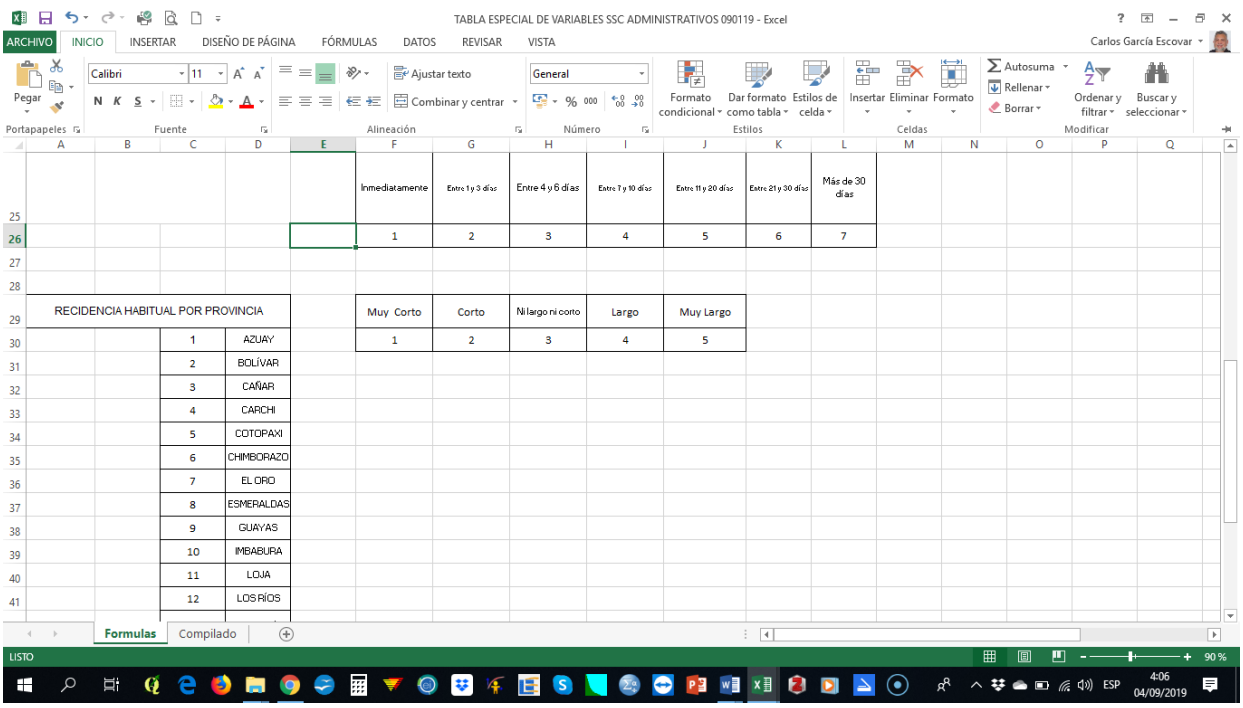


TABLA ESPECIAL DE VARIABLES SSC ADMINISTRATIVOS 090119 - Excel

Inmediatamente	Entre 1 y 3 días	Entre 4 y 6 días	Entre 7 y 10 días	Entre 11 y 20 días	Entre 21 y 30 días	Más de 30 días
1	2	3	4	5	6	7

RECIDENCIA HABITUAL POR PROVINCIA					
	Muy Corto	Corto	Ni largo ni corto	Largo	Muy Largo
	1	2	3	4	5

1	AZUAY
2	BOLÍVAR
3	CAÑAR
4	CARCHI
5	COTOPAXI
6	CHIMBORAZO
7	EL ORO
8	ESMERALDAS
9	GUAYAS
10	IMBABURA
11	LOJA
12	LOS RÍOS

Anexo 5

TABLA ESPECIAL DE VARIABLES SSC ADMINISTRATIVOS 090119 - Excel

	RANGO DE SUMA	SEXO	EDAD EN AÑOS	RECIDENCIA HABITUAL POR PROVINCIA	NIVEL EDUCATIVO	LUGAR DE TRABAJO	CARGO QUE DESEMPEÑA DENTRO DE LA UNIDAD OPERATIVA	AÑOS DE VINCULACIÓN LABORAL	TRABAJO ACTUAL				
									Los objetivos y responsabilidades de mi puesto de trabajo son claros, por tanto sé lo que se espera de mí	El trabajo en mi servicio está bien organizado	En mi trabajo, siento que puedo poner en juego y desarrollar mis habilidades	Se me proporciona información oportuna y adecuada de mi desempeño y resultados alcanzados	ESTÁ SINDICALIZADO
		Masculino=1 Femenino=0		1. Azuaj 2. Bolívar 3.Cañar 4. Carchi 5. Cotopaxi 6. Chimborazo 7. El Oro 8. Esmeraldas 9. Guayas 10. Imbabura 11. Loja 12. Los Ríos 13. Manabí 14. Morona Santiago 15. Napo 16. Pastaza 17. Pichincha 18. Tungurahua 19. Zamora Chinchipe 20. Galápagos 21. Sucumbíos 22. Orellana 23. Santo Domingo de los Tsáchilas 24. Santa Elena	1. BACHILLER 2. TERCER NIVEL 3. CUARTO NIVEL	1.MSP 2. GAD 3.IESS 4. ISSPOL 5.ISSFA 6. JUNTA BENEFICENCIA 7. ATENCIÓN PRIVADA 8. ENTIDAD RELIGIOSA 9. ONG FUNDACIÓN 10. SABERES POPULARES 11. MEDICINA	1.DIRECTIVO 2. ADMINISTRATIVO 3.SERVICIOS		1. Totalmente en desacuerdo con la opinión 2. Pocas veces de acuerdo con la opinión 3. Indiferente a la opinión 4. Mayormente de acuerdo con la opinión 5. Totalmente de acuerdo con la opinión	1. Totalmente en desacuerdo con la opinión 2. Pocas veces de acuerdo con la opinión 3. Indiferente a la opinión 4. Mayormente de acuerdo con la opinión 5. Totalmente de acuerdo con la opinión	1. Totalmente en desacuerdo con la opinión 2. Pocas veces de acuerdo con la opinión 3. Indiferente a la opinión 4. Mayormente de acuerdo con la opinión 5. Totalmente de acuerdo con la opinión	1. Totalmente en desacuerdo con la opinión 2. Pocas veces de acuerdo con la opinión 3. Indiferente a la opinión 4. Mayormente de acuerdo con la opinión 5. Totalmente de acuerdo con la opinión	Si=1 No=0
6	1	0	49	13	2	1	2	21	3	4	3	2	1
7	1	1	23	13	1	1	3	1	5	5	3	5	0
8	1	0	41	13	2	1	2	12	4	4	4	2	1
9	1	1	27	13	1	1	3	1	5	5	3	5	0
10	1	0	48	13	2	1	2	11	4	2	2	2	1
11	1	0	39	13	2	1	2	8	4	3	4	2	1
12	1												
13	1												
14	1												
15	1												
16	1												
17	1												

Formulas | Compilado

TABLA ESPECIAL DE VARIABLES SSC ADMINISTRATIVOS 090119 - Excel

	TRABAJO EN GENERAL			INTERACCIÓN CON JEFE INMEDIATO				
	Siento que puedo adaptarme a las condiciones que ofrece el medio laboral de mi centro de trabajo	La institución me proporciona los recursos necesarios, herramientas e instrumentos suficientes para tener un buen desempeño en el puesto	En términos Generales me siento satisfecho con mi centro laboral	Los Directivos y/o Jefes generalmente me reconocen por un trabajo bien hecho	Los Directivos y/o Jefes solucionan problemas de manera creativa y buscan constantemente la innovación y las mejoras	Los Directivos y Jefes demuestran un dominio técnico y conocimientos de sus funciones	Los Directivos y jefes toman decisiones con la participación de los trabajadores del establecimiento	Los directivos del centro laboral hacen los esfuerzos necesarios para mantener informados oportunamente a los trabajadores sobre los asuntos que nos afectan e interesan, así como del rumbo de la institución
	1. Totalmente en desacuerdo con la opinión 2. Pocas veces de acuerdo con la opinión 3. Indiferente a la opinión 4. Mayormente de acuerdo con la opinión 5. Totalmente de acuerdo con la opinión	1. Totalmente en desacuerdo con la opinión 2. Pocas veces de acuerdo con la opinión 3. Indiferente a la opinión 4. Mayormente de acuerdo con la opinión 5. Totalmente de acuerdo con la opinión	1. Totalmente en desacuerdo con la opinión 2. Pocas veces de acuerdo con la opinión 3. Indiferente a la opinión 4. Mayormente de acuerdo con la opinión 5. Totalmente de acuerdo con la opinión	1. Totalmente en desacuerdo con la opinión 2. Pocas veces de acuerdo con la opinión 3. Indiferente a la opinión 4. Mayormente de acuerdo con la opinión 5. Totalmente de acuerdo con la opinión	1. Totalmente en desacuerdo con la opinión 2. Pocas veces de acuerdo con la opinión 3. Indiferente a la opinión 4. Mayormente de acuerdo con la opinión 5. Totalmente de acuerdo con la opinión	1. Totalmente en desacuerdo con la opinión 2. Pocas veces de acuerdo con la opinión 3. Indiferente a la opinión 4. Mayormente de acuerdo con la opinión 5. Totalmente de acuerdo con la opinión	1. Totalmente en desacuerdo con la opinión 2. Pocas veces de acuerdo con la opinión 3. Indiferente a la opinión 4. Mayormente de acuerdo con la opinión 5. Totalmente de acuerdo con la opinión	1. Totalmente en desacuerdo con la opinión 2. Pocas veces de acuerdo con la opinión 3. Indiferente a la opinión 4. Mayormente de acuerdo con la opinión 5. Totalmente de acuerdo con la opinión
4	5	2	4	2	2	2	2	2
5	5	2	4	2	2	2	2	2
6	5	2	4	2	2	2	2	2
7	5	4	5	3	3	3	2	3
8	5	2	4	2	2	2	2	2

Formulas | Compilado

TABLA ESPECIAL DE VARIABLES SSC ADMINISTRATIVOS 090119 - Excel

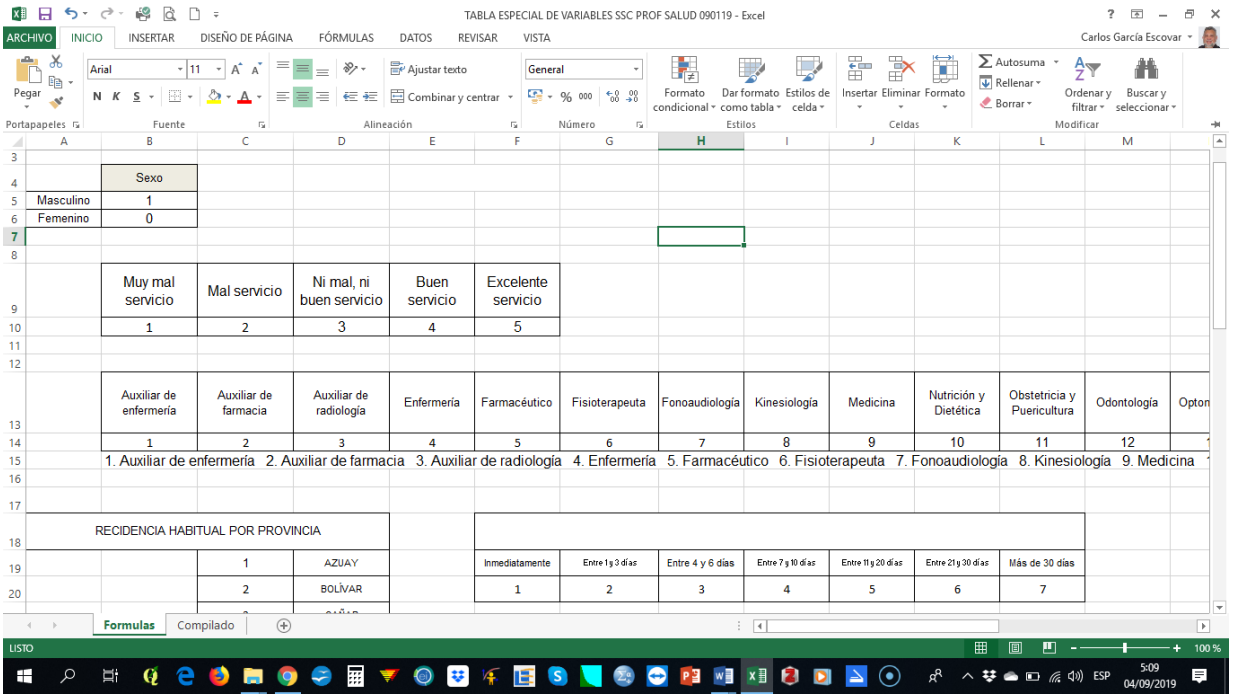
OPORTUNIDADES DE PROGRESO		REMUNERACIONES E INCENTIVOS		INTERRELACIÓN CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO		
Tengo suficiente oportunidad para recibir capacitación que permita el desarrollo de mis habilidades asistenciales para atención integral	Tengo suficiente oportunidad para recibir capacitación que permita mi desarrollo humano	Mi sueldo o remuneración es adecuada en relación al trabajo que realizo	La institución se preocupa por las necesidades primordiales del personal	Los compañeros de trabajo, en general, estamos dispuestos a ayudarnos entre nosotros para completar las tareas, aunque esto signifique un mayor esfuerzo	Estoy satisfecho con los procedimientos disponibles para resolver los reclamos de los trabajadores	Tengo un cor claro y transpa políticas de pe instituc
1. Totalmente en desacuerdo con la opinión **2. Pocas veces de acuerdo con la opinión** 3. Indiferente a la opinión **4. Mayormente de acuerdo con la opinión** 5. Totalmente de acuerdo con la opinión	1. Totalmente en desacuerdo con la opinión **2. Pocas veces de acuerdo con la opinión** 3. Indiferente a la opinión **4. Mayormente de acuerdo con la opinión** 5. Totalmente de acuerdo con la opinión	1. Totalmente en desacuerdo con la opinión **2. Pocas veces de acuerdo con la opinión** 3. Indiferente a la opinión **4. Mayormente de acuerdo con la opinión** 5. Totalmente de acuerdo con la opinión	1. Totalmente en desacuerdo con la opinión **2. Pocas veces de acuerdo con la opinión** 3. Indiferente a la opinión **4. Mayormente de acuerdo con la opinión** 5. Totalmente de acuerdo con la opinión	1. Totalmente en desacuerdo con la opinión **2. Pocas veces de acuerdo con la opinión** 3. Indiferente a la opinión **4. Mayormente de acuerdo con la opinión** 5. Totalmente de acuerdo con la opinión	1. Totalmente en desacuerdo con la opinión **2. Pocas veces de acuerdo con la opinión** 3. Indiferente a la opinión **4. Mayormente de acuerdo con la opinión** 5. Totalmente de acuerdo con la opinión	1. Totalme desacuerdo co **2. Pocas v acuerdo con** 3. Indiferente a **4. Mayorm acuerdo con** 5. Totalmente con la op
2	2	2	2	2	2	4

TABLA ESPECIAL DE VARIABLES SSC ADMINISTRATIVOS 090119 - Excel

AMBIENTE DE TRABAJO				RECIDENCIA HABITUAL CIUDAD	TELÉFONO	EMAIL
Tengo un conocimiento claro y transparente de las políticas de personal de la institución	Creo que los trabajadores son tratados bien, independientemente del cargo que ocupan	El ambiente de la institución permite expresar opiniones con franqueza, a todo nivel sin temor a represalias	El nombre y prestigio de la institución para la que trabajo es gratificante para mí			
1. Totalmente en desacuerdo con la opinión **2. Pocas veces de acuerdo con la opinión** 3. Indiferente a la opinión **4. Mayormente de acuerdo con la opinión** 5. Totalmente de acuerdo con la opinión	1. Totalmente en desacuerdo con la opinión **2. Pocas veces de acuerdo con la opinión** 3. Indiferente a la opinión **4. Mayormente de acuerdo con la opinión** 5. Totalmente de acuerdo con la opinión	1. Totalmente en desacuerdo con la opinión **2. Pocas veces de acuerdo con la opinión** 3. Indiferente a la opinión **4. Mayormente de acuerdo con la opinión** 5. Totalmente de acuerdo con la opinión	1. Totalmente en desacuerdo con la opinión **2. Pocas veces de acuerdo con la opinión** 3. Indiferente a la opinión **4. Mayormente de acuerdo con la opinión** 5. Totalmente de acuerdo con la opinión			
4	4	2	2	Manta		

Anexo 6

Hojas de Registro de variables de profesionales de la salud



	Sexo
Masculino	1
Femenino	0

Muy mal servicio	Mal servicio	Ni mal, ni buen servicio	Buen servicio	Excelente servicio
1	2	3	4	5

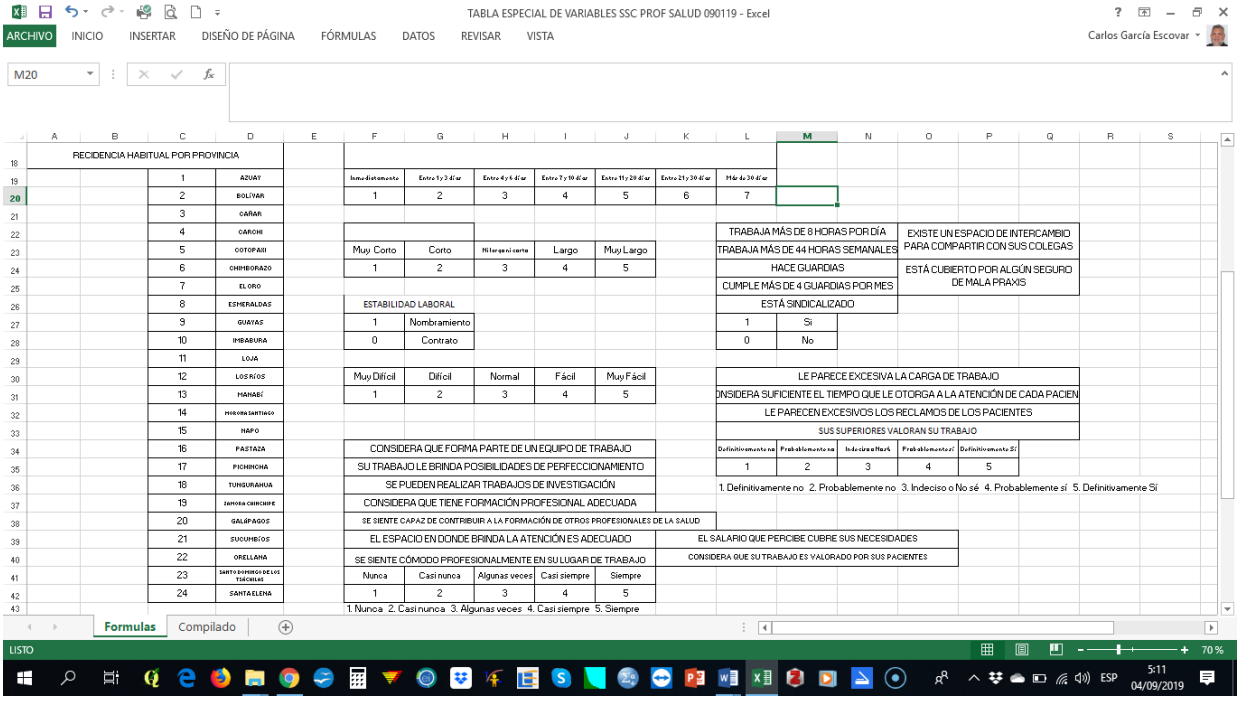
Auxiliar de enfermería	Auxiliar de farmacia	Auxiliar de radiología	Enfermería	Farmacéutico	Fisioterapeuta	Fonoaudiología	Kinesiología	Medicina	Nutrición y Dietética	Obstetricia y Puericultura	Odontología	Opton
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	

1. Auxiliar de enfermería 2. Auxiliar de farmacia 3. Auxiliar de radiología 4. Enfermería 5. Farmacéutico 6. Fisioterapeuta 7. Fonoaudiología 8. Kinesiología 9. Medicina

RECIDENCIA HABITUAL POR PROVINCIA

1	AZUAY	
2	BOLÍVAR	

Inmediatamente	Entre 1 y 3 días	Entre 4 y 6 días	Entre 7 y 10 días	Entre 11 y 20 días	Entre 21 y 30 días	Más de 30 días
1	2	3	4	5	6	7



RECIDENCIA HABITUAL POR PROVINCIA

1	AZUAY	
2	BOLÍVAR	
3	CAÑAR	
4	CARCHI	
5	COTOPAXI	
6	CHIMBORAZO	
7	EL ORO	
8	ESMERALDAS	
9	GUAYAS	
10	IMBABURA	
11	LOJA	
12	LOS RÍOS	
13	MANABÍ	
14	MORONA SANTIAGO	
15	NAPO	
16	PASTAZA	
17	PICHINCHA	
18	TUNGURAHUA	
19	ZAMORA CHINCHIPE	
20	GALÁPAGOS	
21	SUCUMBÍOS	
22	ORELLANA	
23	SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS	
24	SANTA ELENA	

Inmediatamente	Entre 1 y 3 días	Entre 4 y 6 días	Entre 7 y 10 días	Entre 11 y 20 días	Entre 21 y 30 días	Más de 30 días
1	2	3	4	5	6	7

Muy Corto	Corto	Ni largo ni corto	Largo	Muy Largo
1	2	3	4	5

ESTABILIDAD LABORAL

1	Nombramiento
0	Contrato

Muy Difícil	Difícil	Normal	Fácil	Muy Fácil
1	2	3	4	5

CONSIDERA QUE FORMA PARTE DE UN EQUIPO DE TRABAJO
SU TRABAJO LE BRINDA POSIBILIDADES DE PERFECCIONAMIENTO
SE PUEDEN REALIZAR TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
CONSIDERA QUE TIENE FORMACIÓN PROFESIONAL ADECUADA
SE SIENTE CAPAZ DE CONTRIBUIR A LA FORMACIÓN DE OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD
EL ESPACIO EN DONDE BRINDA LA ATENCIÓN ES ADECUADO
SE SIENTE CÓMODO PROFESIONALMENTE EN SU LUGAR DE TRABAJO

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

TRABAJA MÁS DE 8 HORAS POR DÍA
TRABAJA MÁS DE 44 HORAS SEMANALES
HACE GUARDIAS
CUMPLE MÁS DE 4 GUARDIAS POR MES
ESTÁ SINDICALIZADO

EXISTE UN ESPACIO DE INTERCAMBIO PARA COMPARTIR CON SUS COLEGAS	
ESTÁ CUBIERTO POR ALGÚN SEGURO DE MALA PRAXIS	

1	Si
0	No

LE PARECE EXCESIVA LA CARGA DE TRABAJO
ONSIDERA SUFICIENTE EL TIEMPO QUE LE OTORGA A LA ATENCIÓN DE CADA PACIEN
LE PARECEN EXCESIVOS LOS RECLAMOS DE LOS PACIENTES
SUS SUPERIORES VALORAN SU TRABAJO
CONSIDERA GUE SU TRABAJO ES VALORADO POR SUS PACIENTES

Definitivamente no	Probablemente no	Indeciso o No sé	Probablemente sí	Definitivamente Sí
1	2	3	4	5

1. Definitivamente no 2. Probablemente no 3. Indeciso o No sé 4. Probablemente sí 5. Definitivamente Sí

EL SALARIO QUE PERCIBE CUBRE SUS NECESIDADES

TABLA ESPECIAL DE VARIABLES SSC PROF SALUD 090119 - Excel

MSP	GAD	IESS	ISSPOL	ISSFA	JUNTA DE BENEFICENCIA	ATENCIÓN PRIVADA	ENTIDAD RELIGIOSA	ONG FUNDACIÓN	SABERES POPULARES	MEDICINA TRADICIONAL
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

1. MSP 2. GAD 3. IESS 4. ISSPOL 5. ISSFA 6. JUNTA BENEFICENCIA 7. ATENCIÓN PRIVADA 8. ENTIDAD RELIGIOSA 9. ONG FUNDACIÓN 10. SABERES POPULARES 11. MEDICINA TRADICIONAL

UN BURÓCRATA O UN AUSENTE	UN AUTORITARIO	UN LÍDER NATURAL
1	2	3

1. UN BURÓCRATA O UN AUSENTE 2. UN AUTORITARIO 3. UN LÍDER NATURAL

LA CAMBIARÍA ROTUNDAMENTE	REPETIRÍA LA HISTORIA	MEJORARÍA LA HISTORIA
1	2	3

1. LA CAMBIARÍA ROTUNDAMENTE 2. REPETIRÍA LA HISTORIA 3. MEJORARÍA LA HISTORIA

TABLA ESPECIAL DE VARIABLES SSC PROF SALUD 090119 - Excel

Medicina	Nutrición y Dietética	Obstetricia y Puericultura	Odontología	Optometrista	Psicología	Quiropráctico	Técnico asistente de laboratorio médico	Técnico en prótesis dentales	Técnico en radioterapia	Tecnología Médica	Terapeuta ocupacional	Terapia Ocupacional	Toxicólogo	Otros
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

oterapeuta 7. Fonoaudiología 8. Kinesiología 9. Medicina 10. Nutrición y Dietética 11. Obstetricia y Puericultura 12. Odontología 13. Optometrista 14. Psicología 15. Quiropráctico 16. Técnico asiste

Entre 11 y 20 días	Entre 21 y 30 días	Más de 30 días
5	6	7

Muy Largo
5

TRABAJA MÁS DE 8 HORAS POR DÍA	EXISTE UN ESPACIO DE INTERCAMBIO PARA COMPARTIR CON SUS COLEGAS
TRABAJA MÁS DE 44 HORAS SEMANALES	
HACE GUARDIAS	ESTÁ CUBIERTO POR ALGÚN SEGURO DE MALA PRAXIS
CUMPLE MÁS DE 4 GUARDIAS POR MES	
ESTÁ SINDICALIZADO	

1	Si
0	No

TABLA ESPECIAL DE VARIABLES SSC PROF SALUD 090119 - Excel

Muy Difícil	Difícil	Normal	Fácil	Muy Fácil	
1	2	3	4	5	

LE PARECE EXCESIVA LA CARGA DE TRABAJO
CONSIDERA SUFICIENTE EL TIEMPO QUE LE OTORGA A LA ATENCIÓN DE CADA PACIENTE
LE PARECEN EXCESIVOS LOS RECLAMOS DE LOS PACIENTES
SUS SUPERIORES VALORAN SU TRABAJO

Definitivamente no	Probablemente no	Indeciso o No sé	Probablemente sí	Definitivamente Sí	
1	2	3	4	5	

1. Definitivamente no 2. Probablemente no 3. Indeciso o No sé 4. Probablemente sí 5. Definitivamente Sí

CONSIDERA QUE FORMA PARTE DE UN EQUIPO DE TRABAJO
SU TRABAJO LE BRINDA POSIBILIDADES DE PERFECCIONAMIENTO
SE PUEDEN REALIZAR TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
CONSIDERA QUE TIENE FORMACIÓN PROFESIONAL ADECUADA
SE SIENTE CAPAZ DE CONTRIBUIR A LA FORMACIÓN DE OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD
EL ESPACIO EN DONDE BRINDA LA ATENCIÓN ES ADECUADO
SE SIENTE CÓMODO PROFESIONALMENTE EN SU LUGAR DE TRABAJO

EL SALARIO QUE PERCIBE CUBRE SUS NECESIDADES
CONSIDERA QUE SU TRABAJO ES VALORADO POR SUS PACIENTES

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

ISSPOL	ISSFA	JUNTA DE BENEFICENCIA	ATENCIÓN PRIVADA	ENTIDAD RELIGIOSA	ONG FUNDACIÓN	SABERES POPULARES	MEDICINA TRADICIONAL
4	5	6	7	8	9	10	11

INTA BENEFICENCIA 7. ATENCIÓN PRIVADA 8. ENTIDAD RELIGIOSA 9. ONG FUNDACIÓN 10. SABERES POPULARES 11. MEDICINA TRADICIONAL

Anexo 7

TABLA ESPECIAL DE VARIABLES SSC PROF SALUD 090119 - Excel

Nº	RANGO DE SUMA	SEXO (Masculino=1 Femenino=0)	EDAD EN AÑOS	RECIDENCIA HABITUAL POR PROVINCIA (1. Azuay 2. Bolívar 3.Cañar 4. Carchi 5. Cotopaxi 6. Chimborazo 7. El Oro 8. Esmeraldas 9. Guayas 10. Imbabura 11. Loja 12. Los Ríos 13. Manabí 14. Morona Santiago 15. Napo 16. Pastaza 17. Pichincha 18. Tungurahua 19. Zamora Chinchipe 20. Galápagos 21. Sucumbíos 22. Orellana 23. Santo Domingo de los Tsáchilas 24. Santa Elena)	PROFESIÓN (1. Auxiliar de enfermería 2. Auxiliar de farmacia 3. Auxiliar de radiología 4. Enfermería 5. Farmacéutico 6. Fisioterapeuta 7. Fonoaudiología 8. Kinesiología 9. Medicina 10. Nutrición y Dietética 11. Obstetricia y Puericultura 12. Odontología 13. Optometrista 14. Psicología 15. Quiropráctico 16. Técnico asistente de laboratorio médico 17. Técnico en prótesis dentales 18. Técnico en radioterapia 19. Tecnología Médica 20. Terapeuta ocupacional 21. Terapia Ocupacional 22. Toxicólogo 23. Otros)	LUGAR DE TRABAJO (1. MSP **2. GAD** 3. IESS **4. ISSPOL** 5. ISSFA **6. JUNTA BENEFICENCIA** 7. ATENCIÓN PRIVADA **8. ENTIDAD RELIGIOSA** 9. ONG FUNDACIÓN **10. SABERES POPULARES** 11. MEDICINA TRADICIONAL)	AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL	ESTABILIDAD LABORAL (Nombramiento=1 Contrato=0)	TRABAJA MÁS DE 8 HORAS POR DÍA (Si=1 No=0)	TRABAJA MÁS DE 44 HORAS SEMANALES (Si=1 No=0)
4	1	1	41	13	9	1	19	1	1	1
5	1	0	36	13	9	1	14	1	1	1
6	1	1	45	13	9	1	18	1	1	1
7	1	1	42	13	9	1	18	1	1	1
8	1	0	52	13	9	1	25	1	1	1
9	1									
10	1									
11	1									

TABLA ESPECIAL DE VARIABLES SSC PROF SALUD 090119 - Excel

HACE GUARDIAS (Si=1 No=0)	CUMPLE MÁS DE 4 GUARDIAS POR MES (Si=1 No=0)	ESTÁ SINDICALIZADO (Si=1 No=0)	LE PARECE EXCESIVA LA CARGA DE TRABAJO (1. Definitivamente no **2. Probablemente no** 3. Indeciso o No sé **4. Probablemente sí** 5. Definitivamente Sí)	CONSIDERA SUFICIENTE EL TIEMPO QUE LE OTORGA A LA ATENCIÓN DE CADA PACIENTE (1. Definitivamente no **2. Probablemente no** 3. Indeciso o No sé **4. Probablemente sí** 5. Definitivamente Sí)	LE PARECEN EXCESIVOS LOS RECLAMOS DE LOS PACIENTES (1. Definitivamente no **2. Probablemente no** 3. Indeciso o No sé **4. Probablemente sí** 5. Definitivamente Sí)	SUS SUPERIORES VALORAN SU TRABAJO (1. Definitivamente no **2. Probablemente no** 3. Indeciso o No sé **4. Probablemente sí** 5. Definitivamente Sí)	EXISTE UN ESPACIO DE INTERCAMBIO PARA COMPARTIR CON SUS COLEGAS (Si=1 No=0)	CONSIDERA QUE FORMA PARTE DE UN EQUIPO DE TRABAJO (1. Nunca **2. Casi nunca** 3. Algunas veces **4. Casi siempre** 5. Siempre)	SU TRABAJO LE BRINDA POSIBILIDADES DE PERFECCIONAMIENTO (1. Nunca **2. Casi nunca** 3. Algunas veces **4. Casi siempre** 5. Siempre)	ESTÁ CUBIERTO POR ALGÚN SEGURO DE MALA PRAXIS (Si=1 No=0)
0	0	0	2	2	1	1	0	4	2	0
0	0	0	2	2	1	1	0	3	2	0
0	0	0	2	2	1	1	0	3	2	0
0	0	0	2	2	1	1	0	3	2	0
0	0	0	4	2	1	5	0	4	2	0

TABLA ESPECIAL DE VARIABLES SSC PROF SALUD 090119 - Excel

SE PUEDEN REALIZAR TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERA QUE TIENE FORMACIÓN PROFESIONAL ADECUADA	SE SIENTE CAPAZ DE CONTRIBUIR A LA FORMACIÓN DE OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD	EL ESPACIO EN DONDE BRINDA LA ATENCIÓN ES ADECUADO	SE SIENTE CÓMODO PROFESIONALMENTE EN SU LUGAR DE TRABAJO	EL SALARIO QUE PERCIBE CUBRE SUS NECESIDADES	LA FIGURA DE SU JEFE REPRESENTA:	CONSIDERA QUE SU TRABAJO ES VALORADO POR SUS PACIENTES	SI PUDIERA CAMBIAR SU TRAYECTORIA PROFESIONAL:	RECIDENCIA HABITUAL CIUDAD	TELÉFONO	EMAIL
1. Nunca **2. Casi nunca** 3. Algunas veces **4. Casi siempre** 5. Siempre	1. Nunca **2. Casi nunca** 3. Algunas veces **4. Casi siempre** 5. Siempre	1. Nunca **2. Casi nunca** 3. Algunas veces **4. Casi siempre** 5. Siempre	1. Nunca **2. Casi nunca** 3. Algunas veces **4. Casi siempre** 5. Siempre	1. Nunca **2. Casi nunca** 3. Algunas veces **4. Casi siempre** 5. Siempre	1. Nunca **2. Casi nunca** 3. Algunas veces **4. Casi siempre** 5. Siempre	1. UN BUROCRATA O UN AUSENTE **2. UN AUTORITARIO** 3. UN LÍDER NATURAL	1. Nunca **2. Casi nunca** 3. Algunas veces **4. Casi siempre** 5. Siempre	1. LA CAMBIARÍA ROTUNDAMENTE **2. REPETIRÍA LA HISTORIA** 3. MEJORARÍA LA HISTORIA			
3	5	5	4	4	5	1	4	2	Manta		
3	5	5	4	4	5	1	4	3	Manta		
2	5	5	4	4	5	1	4	2	Manta		
2	5	5	4	4	5	1	4	2	Manta		
2	5	5	4	4	4	1	5	2	Manta		

Formulas | Compilado

LISTO 60 %

ESP 5:21 04/09/2019

Anexo 8

Entrevistas a profundidad

Se tomó como guía la encuesta de la OMS sobre salud y capacidad de respuesta del sistema de salud.

Revisión general y demográfica: entorno social, gastos e ingresos familiares, vivienda, historia de nacimientos, descripciones de estados de salud.

Estados de salud: salud mental y consumo de sustancias, valoraciones de estados de salud, capacidad de respuesta del sistema de salud, muertes en el hogar.

Ingresos y gastos familiares: afiliado a seguro médico, gastos en salud en los últimos 30 días, gastos en salud en el último año.

Descripciones de estados de salud, incluyendo salud física y mental.

En los últimos 30 días: visión, audición, digestión, excreciones corporales y continencia, fertilidad, piel y desfiguración, dificultad respiratoria, dolor e incomodidad, afecto, sueño, energía y vitalidad, comprensión e interacción, comunicación, movilidad y actividad física, destreza y actividad motora fina, cuidado personal, relaciones interpersonales, actividades y roles usuales.

Impacto: gasto de su bolsillo o el de su familia debido a sus problemas de salud, gastó todo, gastó sus ahorros, gasto la mitad del ingreso mensual, pidió préstamos, vendió bienes del hogar.

En los últimos 12 meses: enfermedades crónicas, salud mental y consumo de sustancias, valoraciones del estado de salud, capacidad de respuesta del sistema de salud, atención oportuna, dignidad con la que fue tratado cuando solicitó atención en salud, cómo se comunicaron los trabajadores de salud con usted cuando buscó atención en salud, autonomía en la toma de decisiones sobre los tratamientos o exámenes que se van a realizar, confidencialidad de la información, calidad del ambiente o las instalaciones, atención domiciliaria, atención hospitalaria, tratado mal por el sistema de salud.

Muertes en el hogar durante los últimos 24 meses.

Validez y confiabilidad de los instrumentos

Anexo 9

Juicio de la Experta: Doctora Ilya Casanova

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE ZULIA
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PARA GRADUADOS
PROGRAMA: DOCTORADO EN CIENCIAS MEDICAS

SISTEMA DE SALUD EN EL ECUADOR. UN MODELO UNIVERSAL

INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN

(Juicio de Expertos)

Dr. Carlos Alberto García Escovar
Especialista en Diseño Curricular por Competencia
Mg. Sc. en Epidemiologia y Salud Colectiva

Tutor Académico:
Dr. Leobaldo Barrera Paz

Asesor Metodológico:
Dra. Soledad Briceño Álvarez

Maracaibo, 2019

JUICIO DE LOS EXPERTOS

¿Considera que existe pertinencia entre los ítems y los objetivos?

Suficiente: X

Medianamente suficiente: _____

Insuficiente: _____

Observaciones: Los Items de cada instrumento tienen una alta relación y permitirán suministrar la información pertinente para cada objetivo.

¿Los ítems miden la variable de estudio?

Suficiente: X

Medianamente suficiente: _____

Insuficiente: _____

Observaciones: Los Items para cada objetivo permitirán dar una visión global de la variable de estudio.

¿Considera que existe pertinencia entre los ítems y las dimensiones?

Suficiente: X

Medianamente suficiente: _____

Insuficiente: _____

Observaciones: cada uno de los Items responde suficientemente a cada dimensión

¿Considera que existe pertinencia entre los ítems y los indicadores?

Suficiente: X

Medianamente suficiente: _____

Insuficiente: _____

Observaciones: Los indicadores se ven reflejados en los Items de cada instrumento, no se encontraron vacíos

¿El instrumento es válido para ser aplicado?

Suficiente: X

Medianamente suficiente: _____

Insuficiente: _____

Observaciones: El instrumento puede ser aplicado de forma inmediata, no ameritan ser modificados. El mismo representa aporte importante que merecen ser difundidos y aplicados en otros contextos.

Apellidos y Nombres: PhD. Ilya Casanova Romero

Firma: _____

Cédula de Identidad: 10454018

Fecha: Maracaibo, 4 de Julio de 2019