



Ministerio de Salud Pública

**DOSSIER NACIONAL: EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN  
COMO PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD  
DE ECUADOR.**

Intercambio III.2-2-08 – EUROsociAL Salud



**INTRODUCCIÓN:** El 28 de septiembre de 2008 el pueblo ecuatoriano aprobó la nueva Constitución. Esta Carta Magna reconoce, entre otros avances históricos, a la salud como un derecho humano. Los siguientes artículos dan muestra de lo mencionado:

“Art. 32: 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 sustenten el buen vivir”.

La Constitución del 2008 plantea, en su Título VII, **Régimen del Buen Vivir**, la Sección Segunda, que se refiere a salud y en la que, entre otros, se lee el siguiente artículo:

“Art. 360: El sistema (se refiere al Sistema Nacional de Salud) garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, **con base en la atención primaria de salud**; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas”.

Por otra parte, en la **Ley del Sistema Nacional de Salud** se puede leer:

“Art. 5: Plan Integral con prestaciones personales y acciones de prevención y control y promoción de la salud”

“Art. 6: Modelo de atención con énfasis en la Atención Primaria y Promoción de la Salud, basada en procesos continuos y coordinados de atención a personas y su entorno: gestión desconcentrada, descentralizada y participativa. Se desarrollará en los ambientes familiar, laboral y comunitario, promoviendo la interrelación con la medicina tradicional y medicinas alternativas.”

Estos artículos respaldan las acciones, planes y programas que asumen a la Atención Primaria de Salud, como una estrategia a ser desarrollada, fundamentalmente, en el primer nivel de atención.

Sin embargo, los artículos mencionados ya tuvieron un antecedente importante años atrás; existe un Acuerdo Ministerial, el 0000553 del 13 de mayo del 2004 en el que se aprueba y autoriza la publicación del Modelo de Atención Integral basado en la Atención Primaria de Salud.

Los documentos legales mencionados constituyen, entonces, el marco jurídico que le posibilita al Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), como Rector del Sector Salud, y a otras instituciones públicas y privadas a asumir y desarrollar la estrategia de APS.

Con estos antecedentes y en concordancia con lo que se presentó en el primer dossier para el primer intercambio de APS, en el año 2007, ahora, con la temática planteada para el Seminario Internacional **Ventajas y desventajas de la existencia de una puerta de entrada preferencial al sistema de salud: experiencias para mejorar la coordinación entre los niveles de atención**, el MSP presenta este segundo dossier, siguiendo el esquema sugerido por los organizadores para este Dossier Nacional.

## **1. PROVISIÓN DE LA APS - INSTITUCIONES Y SERVICIOS.**

***¿Cuáles son las instituciones encargadas de la APS y a qué población se destinan?***

Son el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), el Seguro Social Campesino (SSC), como parte del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), los Dispensarios y consultorios Municipales y algunas ONGs que participan y pertenecen al sector de la salud. Las unidades operativas del MSP atienden al 30 % de la

población ecuatoriana (4'141.529), mientras el SSC lo hace al 9 % de la población campesina ecuatoriana (74.548)<sup>1</sup>.

Si bien las unidades del MSP cubren un tercio de la población ecuatoriana, las acciones de APS no son desarrolladas en todas ellas; los hospitales de segundo y tercer nivel disponen de camas hospitalarias y atienden, como todas las unidades del MSP de acuerdo a la libre demanda problemas de salud que requieren atenciones más complejas y apoyo diagnóstico.

#### ***¿Cuáles son los tipos de unidades de salud que brindan APS?***

En el MSP son los Centros de Salud, Sub Centros de Salud (urbanos y rurales) y los Puestos Mínimos; todas estas unidades son de atención ambulatoria. En el SSC las unidades de atención ambulatoria son los Dispensarios (rurales) y los Consultorios Anexos (en instituciones gubernamentales e industriales). Existen otras instituciones gubernamentales que cuentan con Consultorios, Dispensarios, Puestos de Socorro, Brigadas Móviles, etc., que brindan atención médica de carácter fundamentalmente curativo.

Las unidades operativas del MSP que tienen la capacidad de desarrollar la estrategia de APS son aquellas que pertenecen al primer nivel de atención y que entre el sector público y privado, representan el 81 %, a nivel nacional; las unidades públicas y privadas que disponen de camas hospitalarias representan el 19 % (Anexo 1) y no desarrollan actividades de APS.

#### ***¿Cómo están constituidos los equipos profesionales que brindan APS?***

En el MSP los equipos están conformados, básicamente por un médico, una enfermera, un odontólogo, una obstetrix, una auxiliar de enfermería y una auxiliar de odontología (en las unidades operativas que disponen del respectivo equipamiento). Esta conformación, sin embargo, no es siempre la misma; depende de la ubicación geográfica de la unidad, los ambientes de la misma y la magnitud de la población que atiende; existen Sub Centros de Salud (SCS) en los que hay más de un Equipo Básico de Salud (EBAS). En el Seguro Social Campesino (SSC), el equipo cuenta con un médico general (itinerante) y una auxiliar de enfermería permanente.

Estos equipos humanos se conformaron y fortalecieron en la presente administración, cuando se priorizó, desde el Gobierno Central a la salud pública ecuatoriana, dotándole de recursos económicos suficientes para enfrentar la crónica pobreza que caracterizó al sector público de salud los últimos 20 años.

#### ***¿Cuáles son las acciones/actividades/programas individuales y colectivos (promoción, prevención, cura, rehabilitación y cuidados paliativos) realizados en los servicios de APS?***

El MSP desarrolla varios programas, generalmente verticales, en este primer nivel:

- A) El PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones) que cubre a los niños menores de cinco años.
- B) Programa de atención a la mujer embarazada, en el pre, parto y post parto.
- C) Programa de Control de la Tuberculosis (PCTB);
- D) Programa de Control del VIH y la transmisión vertical de la virosis;
- E) Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo de menores de 5 años.

Todos estos programas se desarrollan, de manera planificada, a través de la consulta externa que se oferta y de las visitas familiares dentro del Nuevo Modelo de Salud que plantea la actual administración.

---

<sup>1</sup> MSP: Proyección de la población 2008 por provincias, cantones y parroquias según grupos programáticos. Sistema Común de Información. Quito, julio 2008.

El Seguro Social Campesino, en la medida en que los médicos son itinerantes y atienden más de un Dispensario, cubren las necesidades curativas, fundamentalmente; cuando una persona requiere atención especializada, mediante un sistema de transferencia, son atendidos en unidades hospitalarias de mayor complejidad. Las unidades ambulatorias de esta institución, así como la de otras públicas y privadas desarrollan actividades de promoción y prevención, pero sin que técnicamente se correspondan con los principios y metodología de la APS.

## **2. MECANISMOS DE ACCESO Y EXISTENCIA DE CO-PAGOS**

### **Accesibilidad financiera: acceso gratuito o mediante pago**

***¿Hay co-pagos en los servicios de APS? (valores, tipos de servicios con co-pagos, reglas de exclusión).***

No; en las unidades del MSP se ha eliminado, desde abril de 2007 el pago de la consulta externa (USD \$ 1 o 0.50); el costo de los medicamentos, exámenes de laboratorio, Rayos X y otros está siendo paulatinamente eliminado. En el SSC la familia que pertenece a este tipo de seguro, hace un aporte obligatorio de USD \$ 1,00 mensual.

### **Accesibilidad geográfica:**

La infraestructura vial en el Ecuador sin ser mala, tampoco es de las mejores. La geografía y el clima tienen gran influencia en la red de carreteras y caminos ecuatorianos. Existen vías de primero, segundo, tercero y cuarto orden que unen a casi todas las concentraciones poblacionales, sin que por ello y en relación con la estación climática, sean las vías fluviales y marítimas, y los caminos de herradura los que cobran importancia en determinados períodos del año.

El actual Gobierno, de la Revolución Ciudadana, ha venido desarrollando un importante y fundamental plan de construcción, mantenimiento y reconstrucción vial, posibilitando una gran mejora en el acceso a los centros urbanos desde y hacia las regiones rurales, productoras agrícolas y ganaderas de gran relieve. Tómese en cuenta, por otro lado, el impulso que se está dando a la reconstrucción del ferrocarril ecuatoriano, hecho histórico que ningún gobierno anterior lo ha asumido con la decisión y fuerza del actual.

### **Distribución de los servicios de APS en el país:**

Las instituciones estatales han distribuido sus unidades operativas en las 4 regiones naturales del país. Los servicios del primer nivel de atención pertenecientes al MSP tienen la siguiente representación porcentual: costa, 41,42 %; sierra 46,15 %; oriente 11,24 % y región insular 1,18 %. La nueva constitución plantea que la división geográfica y política ecuatoriana se modificará en la medida en que las provincias, cantones y parroquias, se organizarán en siete regiones y dos distritos metropolitanos: Quito y Guayaquil.

Las unidades del Seguro Social Campesino también se hallan en las cuatro regiones naturales con la siguiente representación porcentual: sierra 54 %; costa 38 %; oriente 8 % y región insular 0,2 %.

Las unidades operativas de APS en el Ecuador se encuentran en las 24 provincias. La división geopolítica del Ecuador se concreta en la existencia de 24 provincias, éstas se subdividen en cantones y éstos, finalmente en parroquias urbanas y rurales; sin embargo, las características de la ubicación geográfica de las unidades del MSP ha creado la necesidad de constituir unidades técnico-administrativas –las Áreas de Salud– (169) que no necesariamente coinciden con la división geopolítica mencionada.

En el Ecuador hay ciudades muy pobladas, como Quito, Guayaquil, Cuenca y otras, que contienen en un solo cantón, más de una área de salud; en provincias donde la población no es tan grande como en los centros urbanos de desarrollo, los cantones se corresponden a áreas de salud y éstas, a su vez, contienen a unidades de distinta

capacidad resolutoria: hospitales cantonales, centros de salud, sub centros de salud y puestos de salud.

**Tiempo de locomoción de la población hasta las unidades primarias de salud:**

Tiene relación con la infraestructura en vías de comunicación y con la región natural en la que están ubicadas; en las regiones de la costa y de la sierra, en las que la red vial es buena (carreteras de primer y segundo orden), el tiempo es muy variable pues pueden encontrarse unidades de salud a 10 a 15 minutos, mientras que otras están a 1 o 2 horas desde su vivienda<sup>2</sup>.

En la región amazónica, se cuenta con transporte terrestre en vías de segundo, tercer y cuarto orden y el tiempo a una unidad operativa puede tomar 2 o 3 horas; también debe ser considerado en esta región natural el transporte fluvial, donde no existen vías terrestres de comunicación; este medio de comunicación facilita el acceso pero puede llegar a depender de la mayor o menor cantidad de lluvias; en condiciones normales, el tiempo puede variar entre 30 minutos y 3 horas.

En la región insular (tres islas habitadas por 23,298 personas) el transporte es terrestre, en vías de segundo y tercer orden y el tiempo promedio a las unidades operativas es de 20 minutos; la comunicación marítima entre islas habitadas puede tomar entre 6 y 10 horas con el continente, la comunicación es aérea y toma 1 hora.

En la región de la costa, aquellas poblaciones asentadas en puertos mantienen también transporte marítimo que es empleado, principalmente, cuando la estación invernal impide el transporte terrestre.

**¿Hay reglas para garantizar la proximidad de los servicios APS donde vive y trabaja la población? ¿Cuáles?**

No existen reglas; si criterios técnicos para la construcción y equipamiento de unidades de primer nivel en el MSP; en cuanto a talentos humanos, el desarrollo del nuevo modelo de atención plantea que un Equipo Básico de Salud (EBAS) está en capacidad de brindar cobertura a 1.000 familias (5.000 personas) en el área urbana, mientras que a nivel rural un equipo EBAS atenderá a 600 familias (3.000) personas; estos criterios se definen en función de la concentración poblacional.

**Accesibilidad organizacional y cultural:**

La mayoría de las unidades operativas del MSP trabajan 8 horas al día (08h00 a 16h30) y de lunes a viernes; sin embargo, algunas poblaciones han logrado modificar los días de atención y, por ejemplo, en la nueva provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, la atención se brinda de martes a sábado, en el mismo horario.

No existen estrategias para recibir poblaciones específicas, salvo cuando se desarrollan campañas de vacunación a niños o a mujeres en edad fértil o cuando se entregan de complementos nutricionales o vitamínicos.

Como ya se había mencionado antes, las personas que son atendidas por los Dispensarios del SSC, deben estar afiliadas a este sistema de seguridad estatal y en los días que una unidad cuenta con la presencia del médico, la jornada de trabajo es de 8 horas, entre lunes y viernes.

**3. LA APS COMO PUERTA DE ENTRADA Y/O EJE ESTRUCTURANTE DEL SISTEMA DE SALUD**

**3.1 ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN NIVELES DE ATENCIÓN Y PAPEL DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA**

***¿Cómo está organizado el sistema de salud? ¿Está organizado en niveles de atención?***

---

<sup>2</sup> MSP. Proyección de la población 2008, por provincias, cantones y parroquias según grupos programáticos. Quito, Julio de 2008.

El sistema de salud ecuatoriano está conformado por unidades ambulatorias y de internación que pertenecen a instituciones públicas (Ministerio de Salud Pública, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Fuerzas Armadas, Policía Nacional, Ministerio de Educación y Cultura Municipios y otras) y privadas con y sin fines de lucro. La Nueva Constitución plantea el Sistema Nacional de Salud (SNS), organización conformada por todas las instituciones mencionadas y frente a las que el Ministerio de Salud ejerce la Rectoría. Este instrumento legal plantea que el SNS reconozca e incorpore a los saberes sanitarios ancestrales y por ello existe ahora una instancia en el nivel central del MSP: el proceso de Salud Intercultural.

Las unidades operativas del sistema de salud ecuatoriano están organizadas por niveles de atención<sup>3</sup>:

- a) **Primer nivel de atención:** brinda prestaciones ambulatorias individuales y colectivas de promoción, prevención y recuperación de baja complejidad y alta frecuencia. Las unidades operativas estatales que pertenecen a este nivel son los Puestos, Sub Centros y Centros de Salud (MSP), Dispensarios (SSC) consultorios y policlínicos (F.F.A.A. y Policía Nacional, Municipios y ONGs). Este nivel se desarrolla, en la práctica privada, mediante el funcionamiento de consultorios ambulatorios particulares.
- b) **Segundo nivel de atención:** son las prestaciones ambulatorias y de internación emergente clínico-quirúrgicas; la atención es de mediana complejidad y frecuencia media y se brinda a través de hospitales básicos y generales públicos y por clínicas en el ámbito privado.
- c) **Tercer nivel de atención:** está constituido por prestaciones de casos referidos de los dos niveles anteriores y resuelve problemas de máxima complejidad, baja frecuencia y alto costo. Son los hospitales especializados y de especialidades los que brindan este tipo de atención en los ámbitos público y privado.

El primer nivel de atención cuenta con el mayor número de unidades operativas: 2.998 siendo el 93 % de instituciones públicas y el 7 % de privadas. es el más numeroso y desarrolla sus actividades desde los planteamientos que hace la APS; en la actualidad, esta estrategia se puede ir fortaleciendo con los planteamientos del **Modelo de Atención Integral, Familiar y Comunitario**, planteado por la actual administración.

### **3.2 ATRIBUCIONES DE LA APS EN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD COMO FUENTE REGULAR DE ATENCIÓN Y PUERTA DE ENTRADA (GATEKEEPER).**

#### **Reglas y mecanismos de adscripción o registro de la población en los servicios de atención primaria**

##### ***¿Cómo se accede a la APS?***

Por demanda espontánea.

##### ***Existen poblaciones/territorios de usuarios adscriptos?***

Teóricamente si, pero en la práctica, la atención a la libre demanda, no permite pensar en adscripciones de personas ni territorios, en las unidades del MSP.

El SSC a más de que atiende exclusivamente a las familias afiliadas y que hacen sus aportes mensuales, la atención de segundo y tercer nivel exige la documentación correspondiente a las transferencias desde los niveles de primer nivel.

##### ***¿Hay registro obligatorio?***

---

<sup>3</sup> MINISTERIO DE SALUD. Modelo de Atención Integral, Familiar y Comunitario. Quito, 2007.

Salvo la apertura obligatoria de la Historia Clínica Única, no hay otro tipo de registro. Este instrumento, se acompaña de varios otros que permiten la sistematización mensual y anual.

***¿El registro en la unidad de APS es iniciativa de los usuarios?***

Si, por libre demanda, en el caso del MSP; igual cosa sucede con las personas que pueden emplear al Seguro Social Campesino.

***¿Cuál proporción de la población está registrada/adscripta a una unidad de salud APS?***

Es variable, según su ubicación geográfica, distribución y concentración poblacional y capacidad resolutoria de las unidades operativas del primer nivel de atención.

**Ventajas y desventajas de la adscripción por local de residencia o de trabajo**

En la medida en que no existe un sistema de adscripción obligatorio, la ubicación geográfica y el acceso, son los parámetros que permiten señalar una población que puede ser atendida por una unidad operativa y su equipo de salud; sin embargo, estas variables no siempre son respetadas, en ocasiones por desconocimiento o por factores culturales, es la libre demanda la que define el mayor o menor acceso a una unidad operativa del primer nivel de atención.

**Sistema de información utilizado para el registro/adscripción**

**Papel de filtro – gatekeeper:**

***¿El equipo de APS ejerce la función de filtro? Es decir: ¿Para el acceso a los servicios especializados es obligatorio una derivación del médico de atención primaria?***

Para el Seguro Social Campesino si. Sin embargo para el MSP, el sistema de referencia y contrarreferencia no funciona adecuadamente. Los hospitales de especialidades y especializados no siempre atienden a personas referidas desde los niveles de menor complejidad y capacidad resolutoria. Por otro lado, los hospitales en general, casi no observan ni emplean los instrumentos para la contrarreferencia, hacia las unidades de menor capacidad resolutoria.

**APS como servicios de primer contacto.**

***¿Los servicios de APS son buscados como los servicios de primer contacto?***

No siempre; depende de la ubicación geográfica de la unidad operativa y de la distancia y el acceso que tenga la población demandante a los hospitales generales y especializados. Interviene en esta búsqueda factores culturales que no pueden ser desconocidos; no solamente hace presencia la frecuente idea de que en los hospitales están los mejores médicos, sino que el hecho de que un hospital cuente con la ayuda diagnóstica (imagenología, por lo general) que no cuentan las unidades de menor complejidad, fortalece las ideas mencionadas.

No sucede lo mismo en el SSC pues en esta institución una unidad de mayor capacidad resolutoria a la de un Dispensario, no atiende ningún paciente que no haya sido transferido.

***¿Son la fuente regular de atención de la mayor parte de la población?***

Si, por el número y ubicación geográfica, aunque no como se podría esperar, dado que los hospitales de segundo y tercer nivel también atienden personas cuya necesidad puede ser resuelta en el primer nivel de atención y que no han sido ni referidas, ni transferidas.

***¿Hay encuestas que identifican esto?*** No, sin embargo, los datos estadísticos que se muestran en la siguiente tabla dan cuenta de las consultas de morbilidad y de prevención y Gineco-obstétricas, según las unidades con y sin internación:

**TABLA N°1**

**NÚMERO Y PORCENTAJE DE CONSULTAS, POR TIPO, SEGÚN UNIDADES CON Y SIN INTERNACIÓN. ECUADOR, 2006.**

CONSULTAS PRIMERAS Y SUBSECUENTES	CON INTERNACIÓN		SIN INTERNACIÓN		TOTAL
	N°	%	N°	%	
Prevención y Gineco- obstétricas	1.391.679	27,42	3.684.596	72,58	<b>5.076.275</b>
Morbilidad	6.026.064	51,05	5.779.160	48,95	<b>11.805.224</b>

**FUENTE:** Anuario de Recursos y actividades de salud. INEC, 2006.

**ELABORACIÓN:** Dr. Francisco Crespo Z.

Como puede apreciarse en la tabla anterior, son importantes las diferencias en las proporciones de las consultas de morbilidad y las de prevención; se piensa que al desarrollarse los planteamientos de APS, se pueden incrementar, de manera importante las consultas de morbilidad y prevención en las unidades sin internación, puesto que en el MSP, se trata de las consultas externas de hospitales que tienen abarrotados sus servicios de atención ambulatoria, pudiendo hacerlo en las unidades del primer nivel de atención.

**3.3 ESTRATEGIAS Y MECANISMOS DE INTEGRACIÓN DE LA APS CON OTROS NIVELES DE ATENCIÓN**

***¿Cómo se articula la APS con los servicios especializados y hospitalarios de mayor complejidad para garantizar la continuidad de la atención?***

En principio, y de acuerdo a lo que está planteado en el sistema de referencia y contrarreferencia, son las unidades de salud de primer nivel (Puestos, Centros y Sub Centros de Salud) las que refieren los pacientes a los niveles superiores de atención; sin embargo, esta práctica es extremadamente limitada y tiene, en muchos casos, un trasfondo cultural que impide que el sistema funcione adecuadamente.

***Describir mecanismos formales e informales para la referencia y contrarreferencia a otros servicios y niveles del sistema.***

Existen formularios para la referencia de pacientes, es el formulario 053 (que se adjunta como anexo). Generalmente la referencia se hace de una unidad de menor a una de mayor complejidad; este instrumento se emplea también entre hospitales cuando la capacidad se ha colmado o cuando algún problema operativo les impide cumplir con su responsabilidad. En cuanto a la contrarreferencia, no hay mucho que decir, pues en un limitado número de hospitales, este mecanismo funciona adecuadamente. Un ejemplo de este mecanismo constituye el hospital Homero Castañar, de Azogues, provincia de Cañar, pero este ejemplo podría ser el único; debe mencionarse que por algunos años, más de cinco, un país europeo impulsó éste y otros importantes mecanismos, principios y aspectos operativos importantes de la APS.

En los hospitales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, sin embargo, no se recibe ningún paciente que no traiga consigo la transferencia correspondiente.

**Identificar mecanismos para interacción y comunicación entre profesionales de salud de los diferentes niveles del sistema: entre médicos generalistas y especialistas:**

No existen mecanismos específicos y permanentes de esta interacción; se producen encuentros, se comparten experiencias y conocimientos en Congresos, Seminarios y Talleres que se producen ocasionalmente, sin una planificación específica.

**Indicar los sistemas de información compartidos entre niveles de atención:**  
Ninguna.

**Indicar las herramientas de informática utilizadas para las derivaciones:** Ninguna.

**Las trayectorias del usuario en la red de servicios: mecanismos de acceso a los otros niveles de atención:**

Es irregular, poco específica y en la mayoría de casos, al responder a la libre demanda, no guarda relación con las auténticas necesidades de salud de la población.

**Describir las trayectorias más comunes del usuario con necesidades de salud más complejas, desde los servicios de APS hasta los servicios especializados:**

No es posible sistematizar de manera adecuada la libre y espontánea demanda, puesto que implica el buen funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia y, fundamentalmente, un proceso de gran aliento para educar a la población.

**Evaluación de la situación del acceso a la atención especializada y hospitalaria.**

***Identificar listas de espera desde la APS para acceder a otros niveles del sistema:***

En la medida en que todas las unidades operativas del MSP atienden a la demanda espontánea, las consultas externas de los hospitales siempre están abarrotadas de personas buscando ayuda; sin embargo, no todas las personas que buscan ayuda en los hospitales deberían estar en las listas de espera o "colas".

La actual administración, preocupada de esta antigua realidad, está haciendo esfuerzos para que desaparezcan las colas y listas de espera en los hospitales del MSP; uno de los mecanismos implementados es el incremento de talentos humanos (4500 en el 2007) y la extensión, al doble, de las horas destinadas a la atención de consulta externa en los hospitales. El incremento de talentos humanos que se ha producido en el MSP, no ha sido similar en otra de las instituciones estatales con importante cobertura: el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

***Identificar las dificultades de acceso a la atención especializada y hospitalaria:***

Las mayores dificultades que se presentaban obedecían al insuficiente y crónico presupuesto destinado a los servicios de salud. Desde hace 20 años, la implementación paulatina del modelo económico neoliberal fue minando la capacidad resolutoria de las unidades de salud del MSP, a favor de la privatización paulatina de los servicios de salud. Actualmente la preocupación de la salud pública para el Gobierno Nacional es prioritaria y muestra de ello es el incremento sustancial del presupuesto, aspecto que ha permitido mejorar la infraestructura física, la dotación de talentos humanos y el equipamiento de un importante número de unidades operativas, especialmente de hospitales generales y del segundo nivel de atención.

**Estrategias para fortalecer la resolución de los servicios de atención primaria a la salud: puerta de entrada resolutoria con calidad:** El desarrollo en las unidades de primer nivel de atención principalmente, del nuevo modelo de salud permitirá que se atiendan los más frecuentes problemas de salud desde los planteamientos y principios de la APS. La atención con calidad en un proceso que requiere esfuerzos de corto, mediano y largo alcance, principalmente en aspectos relacionados con la capacitación de los talentos humanos. Este proceso no puede dejar de incorporar temas y metodologías que sensibilicen y comprometan un accionar cotidiano y permanente de las personas capacitadas; debe pensarse, por tanto, en un proceso de capacitación continua. Siendo la calidad, por otro lado, una variable cualitativa, su medición debe obligar a definir indicadores y parámetros para su medición permanente.

**¿Cuál es la resolución de los servicios de APS?** Conforme a la norma nacional, si las unidades operativas de primer nivel cuentan con los insumos, materiales, equipos y talentos humanos necesarios, la resolución de los problemas más frecuentes de salud,

es alta. La formación universitaria, permite confiar en una resolución adecuada y oportuna.

### **¿Qué proporción de consultas médicas resultan en derivaciones para la atención especializada?**

En la medida en que el sistema de referencia y contrarreferencia no funciona adecuada y totalmente, no se cuenta con datos confiables.

### **Describir las estrategias para mejorar la calidad clínica de los servicios de atención primaria:**

En la mayoría de las unidades operativas en las que se desarrolla la APS, se cuenta con profesionales que, luego de obtener su título de médico, enfermera, odontólogo u obstetrix, deben cumplir obligatoriamente, y durante un año, con el Programa Nacional de Salud Rural; se cuenta, por tanto, con profesionales que egresan de las universidades con conocimientos frescos y actualizados, aunque su práctica no sea de muy larga data. Por otro lado, al inicio de su año de Salud Rural, los profesionales son capacitados por las instancias provinciales no solamente en las obligaciones administrativas que tienen que cumplir, sino con el conocimiento de los programas (vacunación, control de niño sano, control de las mujeres embarazadas, etc.) que están en vigencia y que disponen, para cada uno de ellos, de Manuales que deben ser aplicados. La ubicación geográfica de las unidades operativas, el acceso a las mismas y la limitada disponibilidad de talentos humanos adecuadamente adiestrados y capacitados, limita, de manera importante el monitoreo y control de calidad de las acciones de APS que se desarrollan. Definida como una de las prioridades la capacitación continua, el desarrollo e incorporación de las herramientas actuales de telecomunicación, permitirán cubrir, paulatinamente, esta necesidad.

## **4. FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LA APS COMO PUERTA DE ENTRADA PREFERENCIAL AL SISTEMA DE SALUD.**

### **Factores políticos, socioeconómicos y técnicos que interfieren para que la APS se constituya en puerta de entrada al sistema de salud:**

Hasta hace dos años, el fortalecimiento del modelo económico neo liberal que se venía fortaleciendo desde hace 20 años, implicó el consecuente debilitamiento del sector estatal de salud. Los costos que implica responder a las necesidades en Salud Pública fueron considerada como un "gasto", nunca como una "inversión"; esta política económica determinó que no solamente las unidades del primer nivel de atención se fueran debilitando paulatinamente, sino que aquellas unidades operativas de segundo y tercer nivel, también cumplieren cada vez menos satisfactoriamente con las necesidades sanitarias de la población; debe sumarse a esto, la gradual privatización de varios servicios hospitalarios, en cuanto a diagnóstico, medicamentos, incluso al tratamiento quirúrgico. En la actualidad, se están eliminando gradualmente, los costos de la atención y tratamientos médicos en todas las unidades del MSP.

### **Principales puntos fuertes del proceso de constitución de la APS como puerta de entrada al sistema:**

La aplicación y desarrollo del nuevo modelo de salud, permite que los Equipos Básicos de Salud (EBAS) en las unidades del primer nivel de atención establezcan contacto con las familias de su jurisdicción mediante visitas domiciliarias. Esta metodología de trabajo no solamente permite un acercamiento profundo con cada una de las familias, sino que permite establecer los problemas y necesidades de salud desde distintos enfoques: epidemiológico, intercultural, de riesgo y socioeconómico.

Este diagnóstico familiar posibilita que el personal de salud programe actividades que competen al equipo de salud, a la comunidad y el entorno social en el que se desarrollan o la familia misma. Disponen de un instrumento de registro de la información, programación de actividades y seguimiento de las mismas, se trata de la

Ficha Familiar (se adjunta como anexo) debe transformarse, en relación con la consolidación de esta metodología de trabajo, en un documento para la medición de la calidad, oportunidad, eficacia, equidad, etc. de las actividades realizadas.

Esta aproximación familiar a los problemas de salud constituye una adecuada puerta de entrada al sistema de salud estatal; es, por otra parte, un importante insumo para el desarrollo del sistema de referencia y contrarreferencia sanitarias.

**Principales dificultades y desafíos para la consideración de la APS como puerta de entrada al sistema en el país.** Una de las principales dificultades en el desarrollo de la APS, es el insuficiente conocimiento de los conceptos y principios que plantea la estrategia renovada de ésta. Se añade a este desconocimiento la insuficiente formación académica universitaria en el pregrado y postgrado, sobre todo de los médicos, odontólogos y obstetras; la formación de enfermeras es más amplia en la temática relacionada con la APS.

Uno de los principales desafíos de la APS como puerta de entrada es la consolidación y desarrollo del marco conceptual y de los planteamientos que hace el Nuevo Modelo de Salud.

**Implicaciones de la constitución de la APS como puerta de entrada preferencial del sistema para una mayor cohesión social:**

El desarrollo del Sistema Nacional de Salud ecuatoriano implica, entre uno de sus componentes, la rectoría del Sector Salud desde el MSP; proceso lento que enfrenta incompreensiones y temores entre los proveedores públicos y privados de salud: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Fuerzas Armadas, Policía Nacional y sector privado de la salud. Cuando se limen todas las asperezas y el Sistema Nacional de Salud se vaya consolidando, la aplicación y desarrollo del Nuevo Modelo de Salud, que entre otros principios cuenta con la participación ciudadana, hará posible que las organizaciones populares y sociales para participar en salud tengan, necesariamente, que cohesionarse, fortalecerse, crecer.

La veeduría social y la participación social constituyen pilares fundamentales del desarrollo del nuevo modelo de salud.

## **5. ANEXOS**

- a) Formulario 053 del MSP.
- b) Formulario de transferencia del SSC.
- c) Ficha Familiar.
- d) Datos estadísticos.