



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER
HUMANO**

ESCUELA DE ENFERMERÍA

**TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TEMA:

FRAGMENTACIÓN DE LOS PRESTADORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL MANEJO DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL Y COMPLEMENTARIA DE SALUD EN EL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO DE LA CIUDAD DE GUARANDA DESDE EL MES ENERO A JUNIO DEL 2013.

AUTORAS:

SHIRLEY ESTEFANÍA PILAMUNGA JIMÉNEZ

VIVIANA SOLEDAD SÁNCHEZ OCHOA

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. GUILLERMO LOMBEIDA DÁVILA

Guaranda-Ecuador

2013

DEDICATORIA

Dedico este mi esfuerzo:

Con todo cariño y afecto a San Francisco de Asís por ayudarme a superar la dura lucha que me tocó enfrentar en la vida académica, por estar conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar.

A mis padres quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento, con gran esfuerzo pudieron sacarme adelante, con su ejemplo me enseñaron a rebasar todas las barreras que la vida nos presenta y gracias a ellos tengo este triunfo profesional.

A mis hermanos por apoyarme en el trayecto de mi vida, darme ánimo para seguir luchando en la vida, aceptarme como soy, gracias por ser los mejores con quienes siempre he contado cada vez que necesito de alguien.

A mi esposo por tenerme paciencia y darme todo su amor y apoyo, a mi hijo por llenar mi corazón de amor y esperanza ya que siempre estuvieron conmigo dándome todo su amor y creyendo siempre en mí.

De ellos es este triunfo y para ellos es todo mi esfuerzo.

SHIRLEY

DEDICATORIA

Muchas veces en la vida tenemos que pasar por cosas difíciles, pero ahí es cuando sabemos que a pesar de todo; Dios está con nosotros.

La presente tesis dedico principalmente a Dios y a mis padres Marietha y Andrés:

A Dios porque es mi padre celestial, quien en cada momento he sentido su presencia, me ha dado paciencia, fortaleza, perseverancia y sabiduría en cada paso de mi vida.

A mi madre, porque fue la persona quien me permitió mirar la luz de la vida, quien ha estado conmigo siempre en las buenas y malas, quien se ha preocupado por mí, desde que era una niña, quien con sus valores me ha enseñado el significado de la palabra responsabilidad, de la humildad, de la honestidad, y de la constancia.

A mi padre, por ser una persona de gran corazón, un ser tan bondadoso y preocupado por su familia, siempre he contado con su apoyo, y a pesar de ser un hombre de pocas palabras yo sé que en el fondo me quiere mucho como yo a él. Mis viejitos estoy eternamente agradecida con ustedes, doy gracias a mi Dios de disfrutar ese privilegio de tenerles a mi lado, es una dicha saber que puedo recibir de ustedes su bendición cada mañana.

A mis hermanos María Angélica y Andrés Santiago, gracias por su preocupación y apoyo que me han brindado, les admiro mucho por ser tan inteligentes y ser unos verdaderos ejemplos de hermanos.

A mis sobrinos preciosos Rubencito, Angélica y Dammianita, quienes con sus rostros de inocencia y llenos de ternura en su mirada, son angelitos que dan alegría a nuestras vidas.

A mi abuelita Angélica, quien una vez me dijo: “Donde yo esté, siempre les voy a cuidar”, quien desde aquel día que nos dejó; eternamente la he llevado presente en mis pensamientos. De Igual manera a María, quién con su apoyo moral siempre ha estado a mi lado.

VIVIANA

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios y a nuestros padres por habernos dado la oportunidad de vivir y brindarnos su apoyo moralmente y económicamente a lo largo de nuestros estudios ya que sin la ayuda de ellos no hubiésemos hecho posible la culminación de nuestra carrera. Gracias por habernos dado su apoyo incondicional, ese apoyo que solo los padres suelen dar a sus hijos.

Agradecemos muy sinceramente a nuestro Director de Tesis, Dr. Guillermo Lombeida, quién con su conocimiento, guía, persistencia, paciencia y motivación ha sido fundamental para culminar nuestro trabajo investigativo.

De igual manera queremos agradecer a la Lic. Blanca Llumiguano quién con su conocimiento, apoyo, paciencia hizo posible que realicemos con éxito nuestra tesis.

Agradecemos a la UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERÍA y en especial a cada uno de esos maestros quienes con sus conocimientos, exigencias hacen que cada día se forje a nuevos estudiantes; que en un futuro serán el orgullo de sus familias y de la Institución que les formó.

Son muchas las personas especiales a las que tenemos que agradecer, por su amistad, apoyo y compañía en las diferentes etapas de nuestra vida. Algunas están aquí con nosotros y otras en nuestros pensamientos y corazón.

Agradecemos a todo el personal que labora en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro en especial al Dr. Adrián Noboa, Lic. Jenny Núñez y al Ing. Héctor Martínez de la Vega; quienes con su colaboración, disponibilidad y generosidad contribuyeron con nuestro trabajo investigativo.

LAS AUTORAS

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

El suscrito Dr. Guillermo Lombeida, Director de Tesis de Grado de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano.

CERTIFICA

Que las Señoritas **SHIRLEY ESTEFANÍA PILAMUNGA JIMÉNEZ Y VIVIANA SOLEDAD SÁNCHEZ OCHOA**, pertenecientes al Cuarto Año de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano Escuela de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar, han presentado la propuesta de investigación cuyo título es “**Fragmentación de los prestadores de los servicios de salud en el Manejo de la Red Pública Integral y Complementaria de Salud, en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda, desde el mes de Enero a Junio del 2013**”; y habiendo cumplido todas las etapas de investigación se indica que las mencionadas estudiantes son las autoras de la propuesta investigativa.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, Facultando a las interesadas a dar al presente el uso legal que estimen conveniente.

DR. GUILLERMO LOMBEIDA DÁVILA

DIRECTOR DE TESIS

ÍNDICE

Portada.....	I
Dedicatoria	II
Dedicatoria	III
Agradecimiento	IV
Certificación del Director de Tesis	V
Índice.....	VI

PÁG.

Tema.....	- 1 -
Introducción	- 2 -
Justificación.....	- 4 -
Objetivos	- 7 -
Objetivo General	- 7 -
Objetivos Específicos	- 7 -
Hipótesis.....	- 8 -
Esquema de Variables	- 9 -
Variable Independiente	- 9 -
variable Dependiente:.....	- 9 -
Operacionalización de Variables.....	10
CAPITULO I: MARCO TEÓRICO	12
1.1. Reseña Histórica del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.	12
1.2 La Fragmentación de los Servicios de Salud	15
1.3. Modelo Anterior de Salud.....	18

VI

1.4. Modelo Actual de Atención Integral de Salud.....	19
1.5. El Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 - 2013.....	20
1.6 La Atención Primaria de Salud Renovada (aps-r).....	22
1.7. Constitución de la Republica del Ecuador	24
1.7.1. La Constitución Política del Estado Ecuatoriano, en vigencia.....	25
1.8. Ley orgánica del Sistema Nacional de Salud.....	27
1.8.1. Definición del Sistema Nacional de Salud.....	27
1.8.2. Objetivos del Sistema Nacional de Salud	27
1.8.3. Principios del Sistema Nacional de Salud.....	27
1.8.4. Funciones del Sistema Nacional de Salud.....	28
1.9. Red Pública Integral y Complementaria de Salud en el Ecuador	30
1.9.1. Instituciones que conforman la Red Pública en el Ecuador	30
1.9.2. Integrantes del Convenio.....	30
1.9.3. Objeto del Convenio.....	31
1.9.4. Obligaciones de los miembros de la Red Pública Integral de Salud. ...	31
1.10. Modalidad de Atención.....	32
1.10.1. Procedimiento Administrativo para acceso a la atención.....	32
1.10.2 Procedimiento Operativo para las atenciones por Emergencia.....	32
1.10.3. Procedimiento operativo para exámenes o procedimientos obligatorios.	33
1.10.4. Tarifario del Sistema Nacional de Salud.....	33
1.10.4.1 Estructura del Tarifario del Sistema Nacional de Salud.....	33
1.10.4.2 Políticas para aplicación del tarifario	34
1.10.5. Planillaje.....	35
1.10.6. Coordinación de pagos y tarifas	37
1.11. Nudos críticos en el manejo de la Red Pública Integral de Salud.....	38

CAPITULO II	39
2.1. DISEÑO METODOLÓGICO	39
2.1.1. Tipo de Estudio	39
2.1.2. Universo y Población	39
2.1.3. Técnicas de Recolección de datos	41
2.1.4. Técnica de análisis de información	42
CAPITULO III:	43
3.1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.	43
3.1.1 Encuestas para evaluar conocimientos acerca de la Red Pública Integral y Complementaria	43
3.2. Guía de observación del manejo adecuado de los formularios de la RPIS	51
3.2.1 Hospitales a los que son referidos dentro de la Red Pública Integral de Salud en el periodo de Enero a Junio 2013	51
3.2.1.1 Concentrado de los Hospitales a los que son referidos los pacientes en el periodo Enero- Junio 2013	54
3.2.1.2. Análisis de los Hospitales a los que son referidos dentro de la Red Pública Integral de Salud en el periodo de Enero a Junio 2013.	56
3.2.2. Especialidades por los que son referidos a Hospitales de mayor complejidad	57
3.2.2.1 Concentrado de especialidades por los que han sido referidos los pacientes en el periodo de Enero a Junio del 2013.	60
3.2.2.2 Análisis de las especialidades por el cual son referidos a los Hospitales de mayor complejidad.	62
3.2.3. Cumplimiento en el llenado de instrumentos de la matriz de la Red Pública Integral de Salud.	64
3.2.3.1. Análisis de los requisitos que deben cumplir en el llenado de la matriz para llevar a cabo la Red Pública Integral y Complementaria de Salud	67
3.2.4. Pacientes que son derivados del ISSPOL al Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el periodo Enero a Junio 2013	68

3.2.4.1 Pacientes que son derivados del IESS al Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el periodo Enero a Junio 2013	69
3.2.4.2 Análisis de pacientes que pertenecen al IESS e ISSPOL que son atendidos en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro	70
3.3. Conclusiones	71
3.4. Recomendaciones.....	72
CAPITULO IV: PROPUESTA.....	73
4.1. Introducción	73
4.2. Justificación.....	74
4.3. Objetivos	75
Objetivo General	75
Objetivos Específicos	75
4.4. Sustentación de la propuesta	76
4.5. Cronograma de actividades	77
4.6. Recursos y presupuesto	79
Recursos Humanos	79
Recursos Materiales	79
4.7. Presupuesto	80
4.8. Sostenibilidad.....	81
4.9. Factibilidad.....	82
4.10. Resultados esperados	83
Bibliografía	84
ANEXO N°1	88
Encuestas realizadas al personal del Hospital Alfredo Noboa Montenegro ..	88
ANEXO N°2.....	90
Matriz de la Red Pública Integral de Salud- basada en la Guía de Observación	90

ANEXO N° 3	91
Glosario	91
ANEXO N° 4	94
Tutorías.....	94
ANEXO N° 5	95
Fotografías.....	95
ANEXO N° 6	105
Cronograma de actividades	105
ANEXO N°7	107
Presupuesto de la Tesis	107

TEMA

Fragmentación de los prestadores de los servicios de salud en el manejo de la Red Pública Integral y Complementaria de Salud, en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda, desde el mes de Enero a Junio del 2013.

INTRODUCCIÓN

El Ecuador es un estado constitucional de derechos y justicia, se organiza en forma de república y se gobierna de manera descentralizada. En el 2006, la población total del país era de 13.408.270 habitantes con una estructura demográfica de población predominantemente joven, con más del 30% de menores de 15 años y un índice de envejecimiento del 25,97%. El país se caracteriza por ser multiétnico y pluricultural, compuesto por población indígena, mulata, mestiza y blanca.

La evolución política del país en los últimos quince años se ha caracterizado por una gran inestabilidad de las instituciones y alto grado de conflictividad social, - entre 1992 y 2006 se han sucedido ocho Gobiernos-, lo que ha generado una profunda crisis de gobernabilidad, violencia social e incremento de la corrupción, inestabilidad administrativa y falta de continuidad en la gestión pública. Estos problemas han afectado la dinámica del sector salud y sus reformas.

La Constitución 2008 recientemente aprobada establece el marco jurídico-legal para instituir el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, en el que se incluye la salud. Los textos constitucionales establecen que la salud es un derecho y señalan las características del sistema nacional de salud que funcionará dentro de principios de universalidad y equidad, con una red pública integral de salud y bajo la rectoría de la autoridad sanitaria nacional. En este sentido, los artículos de la nueva Constitución favorecen la reforma del sector, que en el país ha tomado el nombre de Transformación Sectorial de Salud del Ecuador (TSSE).

El sistema de provisión de los servicios de salud se caracteriza por la fragmentación, ya que no existe coordinación entre actores ni separación de funciones entre subsistemas, y cada uno de ellos cuenta con una población adscrita o beneficiaria con acceso a servicios diferenciados. Cada institución del sector salud mantiene un esquema de organización, gestión y financiamiento propio. El subsector público está conformado por los servicios del MSP, el IESS-SSC, ISSFA e ISSPOL y los servicios de salud de algunos municipios. La Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha

Contra el Cáncer (SOLCA) y la Cruz Roja Ecuatoriana son entes privados que actúan dentro del sector público.

En el año 2006, había 55.578 personas trabajando en establecimientos de salud, en su mayoría médicos (19.299), auxiliares de enfermería (13.923) y enfermeras (7.499). La tasa de médicos por 100,000 habitantes (2006) era de 14.4; la de enfermeras de 5.6 y la de auxiliares de enfermería de 10.4. Las clínicas y los hospitales generales agrupan el mayor porcentaje de médicos con un 63%. En cambio, los servicios de atención ambulatoria y del primer nivel de atención sólo disponen del 24,9% del total de médicos que trabajan en los establecimientos de salud.

No ha existido en el país un proceso real de Reforma del Sector Salud relacionado con cambios profundos y sostenidos en la estructura del sector. Durante el período 1995-2005, este proceso se caracterizó por la formulación y discusión de varias iniciativas con diversos enfoques sobre el aseguramiento, el marco legal y la aplicación parcial o focalizada de la desconcentración y descentralización de los servicios de salud; programas para la extensión de cobertura, nuevos modelos de atención de salud con enfoque familiar y comunitario con base en la atención primaria y el programa de Aseguramiento Universal (AUS).(OPS, 2008, págs. 1-2-3)

Es por esto que como Internas Rotativas de Enfermería realizamos este trabajo de investigación con el propósito de evaluar cómo se lleva la implementación de la Red Pública Integral de salud en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, tomando énfasis en el manejo adecuado de los documentos utilizados dentro de la misma.

JUSTIFICACIÓN

Tomando en cuenta la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, cuya finalidad es de mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana, y su objetivo principal es el de “garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud, a través de una red de servicios de gestión desconcentrada, descentralizada y autónoma.

Se ha determinado que al ser un nuevo modelo implementado en el sector salud fortalecerá el acceso a la salud de la población en términos de universalidad, equidad y calidad a los servicios públicos de salud.

De manera general no se ha realizado una buena difusión al personal de salud y administrativo del Hospital Alfredo Noboa Montenegro acerca de la implementación de la Red Pública Integral de salud.

Por lo que se hace necesario llevar a cabo nuestro tema de investigación con el objetivo de Evaluar el manejo de la Red Pública Integral y Complementaria en el acceso a los servicios de salud, para identificar las limitaciones, omisiones, no cumplimiento del mismo, y así brindar información al personal de salud para que presten atención oportuna y equitativa acerca de la red, beneficiando a los usuarios, constituyéndose en una estrategia capaz de ofrecer servicios de calidad y resolver los problemas de salud tanto en el aspecto preventivo como curativo.

Basándonos en la Constitución de la República en el art. 360 que dispone:

“La Red Pública Integral de Salud será parte del Sistema Nacional de Salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social, y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad”.

Según datos estadísticos obtenidos a través del INEC 2009 de las coberturas de pacientes por cada institución anual son:

Ministerio de Salud brindo atención a 9.262 lo que representa el 37%, el Sistema de Seguridad Social 3.264 representando el 13%, las Instituciones con fines de lucro

8.153, que representa el 33% y las Sin fines de lucro 3.829 representando el 15%, y otras de provisión directa (universidades públicas y politécnicas, consejos provinciales, municipios) atendió a 595 representando el 2%.

Lo que refiere que el sector publico atiende 13.121 pacientes representando el 65.6% y el sector privado 11.992 lo que representa el 34.4%. (Malo, Reforma del sistema de salud del Ecuador, 2012, pág. 13).

Para llevar a cabo con el artículo mencionado creemos importante y necesario realizar la investigación para determinar cuan eficiente es el manejo de la red en la institución; y así los usuarios obtengan atención accesible y universal.

Además para cumplir con el requerimiento académico previo a la obtención del título de Licenciadas en Enfermería.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo influye la falta de difusión y el desconocimiento de la Red Pública Integral y Complementaria de Salud en el manejo adecuado de los instrumentos de la misma en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda Provincia-Bolívar desde el mes de Enero a Junio del 2013?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la implementación y aplicación de la Red Pública Integral y Complementaria de salud en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda-Provincia Bolívar, en el período de Enero a Junio 2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar el manejo de los distintos instrumentos en la aplicación de la Red Pública Integral y Complementaria de Salud en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro.
- ✓ Describir los puntos críticos en el manejo de la Red Pública Integral y Complementaria de salud.
- ✓ Elaborar un plan de capacitación dirigido al personal que labora en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda, acerca del manejo de la Red Pública Integral y Complementaria de Salud.

HIPÓTESIS

La falta de difusión y el desconocimiento del uso de la Red Pública Integral y Complementaria influyen en un incorrecto uso de la misma por parte del personal de salud del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, lo que conlleva en una demora de atención a los usuarios del periodo Enero- Junio 2013.

ESQUEMA DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Falta de difusión y el desconocimiento del uso de la Red Pública Integral y Complementaria de salud.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Incorrecto uso de la RPIS por parte del personal de salud del Hospital Alfredo Noboa Montenegro lo que conlleva en una demora de atención a los usuarios del periodo Enero- Junio 2013.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
VARIABLE INDEPENDIENTE Falta de difusión y el desconocimiento del uso de la Red Pública Integral y Complementaria de Salud.	Una inadecuada difusión e implementación de la red Pública conlleva a falencias en la atención oportuna a los usuarios, lo que vulnera los principios de equidad, universalidad, calidad, eficiencia, eficacia que orientan nuestro sistema de salud estatal.	Instituciones Prestadoras de salud	MSP IEES ISSFA ISSPOL SOLCA OTROS	Si – No Si – No Si – No Si – No Si – No
VARIABLE DEPENDIENTE Incorrecto uso de la RPIS por parte del personal de salud del Hospital Alfredo Noboa Montenegro lo que conlleva en una demora en la atención a los usuarios del periodo Enero- Junio 2013.	Gran cantidad del personal de salud no emplea adecuadamente la RPIS lo que merma la eficiencia en la atención a los usuarios del H.A.N.M del periodo definido.	N° personas capacitadas Tipo de Profesión Tipo de Socialización Tiempo de socialización	Medico Enfermera Otros (IRM, IRE) Taller Charla Curso Nada	1-20 20-40 + 40 Si - No Si - No Si - No Si - No Si - No Si - No Si - No +3 meses -3meses

		Documentos utilizados	Conoce los documentos de la Red Pública Integral de salud	Si – No
		Cuáles son los instrumentos?	Formulario 053 Epicrisis Otros Nada
		Hospitales a las que se refiere	-H. Ambato -H. Docente de Riobamba -H. Eugenio. E. Quito -H. Guayaquil -H. Vaca Ortiz -Clínicas Privadas -Seguro Social	Si – No Si - No Si - No Si – No Si – No Si – No Si – No
		Patologías por las que se refiere	-Cardiovasculares -Hematológicas -Neurológicas -P. Obstétricos -Neonatólogicos -Traumatológicos -Otros	Si – No Si – No Si – No Si – No Si – No

CAPITULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. RESEÑA HISTÓRICA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO.

El Hospital Alfredo Noboa Montenegro empezó a funcionar desde 1882 con el nombre de Hospital civil de Jesús en las céntricas calles Siete de mayo y Olmedo. Asdrúbal de la Torre Ministro de salud en la época de la dictadura dio inicio al proyecto de construcción del moderno Hospital que llevaría el nombre de un médico reconocido de la provincia, la construcción se inició en el periodo del Ingeniero León Febres Cordero y se inauguró en Junio de 1993 en el Gobierno del Dr. Rodrigo Borja.

El Hospital Alfredo Noboa Montenegro es una unidad del sistema nacional de servicios de salud del Ministerio de Salud Pública, ubicado en el segundo nivel de complejidad. Es un Hospital que por el tipo de atención es general, por el tiempo de permanencia de los pacientes es agudo y por su ubicación geográfica es un Hospital provincial por encontrarse en la capital de la provincia Bolívar; Guaranda.(Hospital Alfredo Noboa Montenegro, 2013)

1.1.1. MISIÓN

El Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro es una Institución del Ministerio de Salud Pública, ubicado en el segundo nivel de atención; brinda atención de salud integral, humanizada y de calidad al usuario ambulatorio en sus cuatro especialidades básicas: Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Subespecialidades en Oftalmología, Cardiología, Traumatología, Imagenología, Audiología; a través de las actividades básicas de curación, recuperación y rehabilitación de salud del individuo.(Hospital Alfredo Noboa Montenegro, 2013)

1.1.2. VISIÓN

El Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro es una Institución del Ministerio de Salud Pública, ubicado en el segundo nivel de atención; brinda atención de salud integral en forma oportuna, humanizada y de calidad al usuario ambulatorio y hospitalizado de la población de Guaranda y su área de influencia, con una infraestructura física adecuada, con equipamiento completo, trabajo en equipo, compromiso Institucional y dotación de insumos y materiales que satisfaga las necesidades del usuario; con confianza y credibilidad en la restauración de la salud que le permita adaptarse a los cambios del entorno y demanda de la comunidad.(Hospital Alfredo Noboa Montenegro, 2013)

1.1.3. SERVICIOS DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO

El área de consulta externa tiene las siguientes especialidades:

- ❖ Medicina Interna
- ❖ Cirugía
- ❖ Gineco- Obstetricia
- ❖ Pediatría
- ❖ Traumatología
- ❖ Oftalmología
- ❖ Audiología
- ❖ Psicología Clínica
- ❖ Odontología
- ❖ Estadística

HOSPITALIZACIÓN

- ❖ Medicina Interna
- ❖ Cirugía
- ❖ Gineco- Obstetricia
- ❖ Pediatría
- ❖ Neonatología
- ❖ Centro Quirúrgico- Centro Obstétrico

EMERGENCIA

Las 24 horas del día cuenta con área de cuidados intermedios, Triage con personal capacitado.

SERVICIOS DE APOYO Y COMPLEMENTARIOS

- ❖ Laboratorio Clínico
- ❖ Rayos X
- ❖ Ecosonografía
- ❖ Electrocardiograma
- ❖ Tomografía
- ❖ Mamografía
- ❖ Rehabilitación
- ❖ Fisioterapia
- ❖ Nutrición
- ❖ Farmacia las 24 horas
- ❖ SOAT
- ❖ Trabajo Social
- ❖ Banco de sangre

1.1.4. TALENTO HUMANO

El total del personal que labora en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro es de 295, distribuidos en:

- 25 Médicos Tratantes
- 22 Médicos Residentes
- 87 Enfermeras
- 18 Internos Rotativos de Medicina
- 12 Internos Rotativos de Enfermería
- 26 Personal Administrativo
- 105 Personal de Servicio (Hospital Alfredo Noboa Montenegro, 2013)

1.2 LA FRAGMENTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La fragmentación de los servicios de salud es una causa importante del bajo desempeño de los servicios de salud y por lo tanto del pobre rendimiento general de los sistemas de salud. Las dificultades de acceso a los servicios que enfrenta la población, los servicios de pobre calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos, la baja satisfacción de los usuarios, son algunas de las consecuencias que genera la fragmentación por si misma o en conjunto con otros factores.

La iniciativa de OPS/OMS sobre Sistemas Integrados de Servicios de Salud, desarrollada en el marco de la renovación de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) en las Américas, aborda el problema de la fragmentación de los servicios de salud y busca dar respuesta a la necesidad de avanzar hacia la producción y entrega de cuidados a la salud integrales para todos los habitantes, en cumplimiento además, de diversos compromisos y mandatos internacionales. Apoyar a los formuladores de política, a los gestores y a los prestadores de servicios de salud en el desarrollo e implementación de Sistemas Integrados de Servicios de Salud es el objetivo de esta sección en la que se dispone no solo del documento base de la iniciativa sino que además se podrán encontrar experiencias, instrumentos e información de apoyo en este proceso. (Redes Integradas de Servicios de Salud, 2011)

La fragmentación puede generar por sí misma, o conjuntamente con otros factores, dificultades en el acceso a los servicios, la entrega de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento innecesario de los costos de producción, y la baja satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos. Por otro lado, la fragmentación puede ser la consecuencia de la acción de otros factores que la causan o puede ser un factor que incide sobre otros factores causales, los que a su vez impactan negativamente sobre el desempeño general del sistema.

ESTUDIOS REALIZADOS DE INEQUIDAD Y FRAGMENTACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD EN BUENOS AIRES

Con el objetivo de analizar políticas sanitarias en el nivel local y sus consecuencias en el desempeño de los servicios de salud, investigadores docentes del Instituto del Conurbano (ICO) de la Universidad Nacional de General Sarmiento (UNGS) desarrollan el proyecto “Los Sistemas Locales de Salud en el nivel local en el Gran Buenos Aires: mirando la gestión desde la atención de la salud de la población”.

Entre algunos de los puntos críticos para la gestión de la política sanitaria en esta región caracterizada por la desigualdad- aparece el modelo hospitalo-céntrico, donde sólo la enfermedad se convierte en la razón del encuentro entre usuario y profesional; también se identifica la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), que si bien es reivindicada en el plano discursivo, encuentra dificultades para desarrollarse en todas sus dimensiones. Algunos ejemplos son la falta de actividades de captación temprana, la poca presencia del trabajo territorial, las escasas iniciativas con la comunidad y las carencias de perfiles profesionales.

Un aspecto clave en la investigación se refiere a las distintas reacciones de la política sanitaria local frente a las oportunidades abiertas por los mecanismos de financiamiento. Se ponen en juego así dos lógicas que se encuentran en tensión: aquella centrada en la respuesta a las demandas del propio territorio (que busca internalizar en la esfera local la resolución de los distintos niveles de complejidad) y otra que en la investigación se denomina tecnocrática, que apuesta a la articulación intergubernamental desde la apuesta a espacios que, en muchos casos, adolecen de capacidades para garantizar de manera oportuna el tránsito de los pacientes en el sistema.

Como telón de fondo de estas dos lógicas hay una trama de incentivos financieros, como los derivados de la coparticipación provincial, que poco contribuyen con la articulación del sistema en su conjunto. “La distribución de recursos favorece a los distritos con mayor oferta y alta complejidad frente a las prestaciones en el primer

nivel, generando incentivos que operan en sentido inverso al del resto de las políticas públicas. (Inequidad y fragmentación en los servicios de salud del Gran Buenos Aires , 2010)

ESTUDIOS REALIZADOS DE INEQUIDAD Y FRAGMENTACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO

México sufre un mal crónico la incapacidad de garantizar el derecho a la salud de todos los mexicanos. Para hacer frente a esta enfermedad se creó el Seguro Popular. El remedio no tuvo el efecto prometido, al contrario, el sistema de salud se fragmento más, sigue siendo falto de equidad y deficiente.

Esta fragmentación coinciden especialistas provoca una ineficiencia en el uso de los recursos públicos destinados al sector salud del país.

Por ello, concuerdan, el sistema de salud mexicano requiere con urgencia una intervención profunda una reforma integral. Solo así, advierten, será eficiente la inversión, se podrá elevar la calidad de los servicios y se garantizara el derecho a la salud de todos los mexicanos. (La fragmentacion del sistema de salud , 2010)

1.3. MODELO ANTERIOR DE SALUD

1.3.1. SISTEMA DE SALUD SEGMENTADO

- Sistema de salud segmentado: múltiples financiadores y proveedores, acción desarticulada.
- Debilitamiento de la rectoría.
- Liderazgo del Ministerio de Salud Pública sobre el sector salud limitado.

1.3.2. BRECHAS Y BARRERAS.

- ⊙ Brechas en la cobertura, escasez o ausencia de personal, calidad y capacidad resolutive heterogénea.
- ⊙ Barreras en el acceso: geográficas, culturales, por congestión, por desabastecimiento.

1.3.3. ENFOQUE EN LO CURATIVO.

- Modelo de atención centrado en la enfermedad, el cuidado de episodios agudos y la atención hospitalaria.
- Evidencias epidemiológicas hacia un aumento de la incidencia enfermedades crónicas degenerativas pero aún prevalecen enfermedades carenciales y trasmisibles.
- Menor acción necesaria hacia determinantes de la salud.(Villacres, 2012, pág. 6)

1.4. MODELO ACTUAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

En el país el Sistema Nacional de Salud se ha caracterizado por estar fragmentado, centralizado y desarticulado en la provisión de servicios de salud, otra de sus características ha sido la preeminencia del enfoque biologista - curativo en la atención; centrado en la enfermedad y la atención hospitalaria; con programas de salud pública de corte vertical que limitan la posibilidad de una atención integral e integrada a la población. En este sentido, las políticas anteriores a este proceso, de corte neoliberal fueron muy eficaces en cuanto a acentuar estas características y además, dismantelar la institucionalidad pública de salud, debilitando también la capacidad de control y regulación de la Autoridad Sanitaria. (Ministerio de Salud Publica, 2012, págs. 20,22).

Esto conllevó a profundizar la inequidad en el acceso a los servicios de salud de los grupos poblacionales en situación de pobreza y extrema pobreza. Fueron marcadas las barreras de acceso a nivel geográfico, cultural, económico; es así que el gasto directo de bolsillo en el país representó casi el 50% en las economías de las familias ecuatorianas.

Frente a esta realidad, desde el año 2007 el gobierno de la Revolución Ciudadana en función del logro del Sumak Kausay o el Buen Vivir, que constituye la orientación ética y política que marca el accionar del Estado y sus instituciones, ha definido como prioritario el sector social y particularmente la salud, lo que se expresa entre otros aspectos en un incremento importante del presupuesto y en concordancia con el mandato Constitucional, se establece la política de universalidad y gratuidad progresiva de la atención pública de salud. Al ser la salud uno de los elementos más sensibles para el mejoramiento de la calidad de vida, la transformación del sector se constituye en un eje prioritario del desarrollo del país.

1.5. EL PLAN NACIONAL PARA EL BUEN VIVIR 2009 - 2013

El Plan Nacional para el Buen Vivir, en concordancia con los mandatos constitucionales define objetivos, políticas y metas prioritarias que en salud se puede resaltar los siguientes:

En el Objetivo 1

“Auspiciar la igualdad, la cohesión y la integración social y territorial en la diversidad”, **La Política 1.1.** Se orienta a garantizar los derechos del Buen Vivir para la superación de todas las desigualdades, en especial, salud, educación, alimentación, agua y vivienda. En salud plantea la ampliación de la cobertura a través del mejoramiento de la infraestructura, equipamiento de los servicios de salud y la superación de las barreras de ingreso; Impulsar el acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos; universalizar el acceso a agua segura y la asignación prioritaria y progresiva de recursos públicos para propender al acceso universal y gratuito a los servicios de salud en función de criterios poblacionales, territoriales y de equidad social.

<p>En el Objetivo 3,</p> <p>“Aumentar la esperanza y calidad de vida de la población”: plantea políticas orientadas al cuidado y promoción de la salud; a garantizar el acceso a servicios integrales de salud: el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica; el reconocimiento e incorporación de las medicinas ancestrales y alternativas.(Carrasco & Costales, págs. 27,28)</p>	<p>En la Política 3.1</p> <p>Promover prácticas de vida saludable en la población.</p> <p>En la Política 3.2</p> <p>Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad, y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad.</p> <p>En la Política 3.3</p> <p>Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad</p> <p>En la Política 3.4</p> <p>Brindar atención integral a las mujeres y a los grupos de atención prioritaria, con enfoque de género, generacional, familiar, comunitario e intercultural</p> <p>En la Política 3.5</p> <p>Reconocer, respetar y promover las prácticas de medicina ancestral y alternativa y el uso de sus conocimientos, medicamentos e instrumentos</p> <p>En la Política 3.7</p> <p>Propiciar condiciones de seguridad humana y confianza mutua entre las personas en los diversos entornos.</p>
---	---

1.6 LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD RENOVADA (APS-R)

1.6.1 CUÁNDO SE IMPLEMENTO LA APS-R

A partir de la evaluación de la estrategia de APS y de la crisis general de los sistemas de salud especialmente en los países pobres, la OPS y la OMS se han planteado en diferentes instancias y momentos la renovación de esta estrategia:

En el 2005, la OPS señala que la reorientación de los servicios de salud sólo se logrará con sistemas de salud basados en la promoción de la salud y en la renovación de la atención primaria, los cuales deben:

- Garantizar servicios de atención primaria como “puerta de entrada” (acceso equitativo a servicios básicos), garantizando cercanía a las gentes, intersectorialidad y participación.
- Complementarse con diferentes niveles de atención especializada, ambulatoria, hospitalaria y otros servicios de protección social.
- Introducir mecanismos de coordinación e integración (sistemas de referencia y contra referencia, sistemas de información – planeación, seguimiento y evaluación) y mecanismos de financiación y coordinación de la atención.

Ya antes, en esa misma dirección, la Resolución CD 44.R6 del Consejo Directivo (OPS) en 2003, aplicaba el mandato de los Estado miembros de OPS para renovar la Atención Primaria en Salud en las Américas, la cual llevó a la Declaración de Montevideo: Su eje fundamental propende por adoptar, fortalecer y desarrollar sistemas de salud basados en la APS, contruidos sobre valores de equidad, solidaridad y el derecho a gozar del grado máximo de salud posible”.

Más recientemente, en el 2009, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reafirma los principios y valores de la Atención Primaria en Salud: la equidad, la solidaridad, la justicia social, el acceso universal a los servicios, la acción multisectorial y la participación comunitaria.

1.6.2 DEFINICIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD-RENOVADA.

La Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) es una estrategia que orienta el desarrollo de los sistemas de salud. Su implementación como todo proceso social, ha estado sujeta a las contradicciones e intereses económicos y políticos que configuran las formas de organización de las sociedades.

La APS-R tiene sus raíces en la Atención Primaria de Salud formulada en Alma Ata (1978) que esta, a su vez recogió el pensamiento y práctica de la medicina social que inicio la reflexión y demostración de los determinantes sociales de la salud y la inequidad en el acceso a los servicios que en la década de los setentas toma mucho impulso sobre todo en América Latina, unida a los procesos libertarios y de cambio social, surgiendo así valiosas experiencias locales que desde la reivindicación del derecho a la salud, pusieron sobre el tapete la necesidad de trabajar en torno al mejoramiento de la calidad de vida y la participación como elementos sustanciales para el logro de la salud.

Tanto la Constitución Política como el Plan de Desarrollo para el Buen Vivir, establecen que la estrategia de Atención Primaria de Salud, debe ser la base de la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública Integral de Salud.

Este mandato implica reorientar el modelo de atención hacia un modelo que fortalezca la promoción y la prevención; implementar estrategias que permitan el acceso equitativo y continuo a servicios integrales de salud, que se adecuen a las necesidades y demandas de la población, reconociendo y dando respuesta a las especificidades que devienen de la diversidad étnica y cultural, del momento del ciclo vital, de género y territorial. Implica también la articulación intersectorial y la participación ciudadana en torno a procesos de desarrollo y mejoramiento de la calidad de vida.

La Atención Primaria no significa exclusivamente servicios en el I nivel de atención, sino que considera que el I nivel de atención es la puerta de entrada a los otros dos niveles más complejos de atención, con la finalidad de dar atención integral y

específica a las demandas individuales.(Ministerio de Salud Pública , 2012, págs. 35,37).

1.7. CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR

La Constitución de la República del Ecuador aprobada en el 2008, constituye el marco normativo que rige la organización y vida democrática del país, representa un nuevo pacto social para la garantía y ejercicio de los derechos y responsabilidades en función del logro del Buen Vivir, el Sumak Kausay.

El país cuenta con un amplio marco legal y normativo relacionado a la garantía del derecho a la salud, la estructuración del Sistema Nacional de Salud y la protección de grupos poblacionales. De igual manera el Ecuador ha suscrito Acuerdos Internacionales que se orientan a la garantía y cuidado integral de la salud de la población.

Desde la perspectiva de una concepción integral de la salud y de la visión integradora del marco constitucional, varios de sus capítulos y articulados establecen derechos y garantías que se relacionan con la generación de condiciones saludables.

La Constitución de la República, el Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir 2009-2013, la Agenda Social de Desarrollo Social y los Objetivos del Milenio, están entre los principales instrumentos normativos que guían la construcción del Modelo de Atención Integral Familiar, Comunitario e Intercultural de Salud.

El Sistema de Información de Salud, está regido por un marco legal que va desde la Constitución de la República, pasando por el código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas, la Ley de Estadística, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, hasta el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública.

1.7.1. La Constitución Política del Estado Ecuatoriano, en vigencia, dispone que:

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 sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.(Constitucion de la Republica del Ecuador , 2008)

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad. (Constitucion de la Republica del Ecuador, 2008)

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.(IBÍDEM, 2008, págs. 110,111,112)

Art. 359.-El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y

rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.(IBÍDEM, 2008)

Art. 360.- El sistema 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.

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.(IBÍDEM, 2008)

Art 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.(IBÍDEM, 2008)

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.(IBÍDEM, 2008, pág. 111)

Art. 370.- El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, entidad autónoma regulada por la ley, será responsable de la prestación de las contingencias del seguro universal obligatorio a sus afiliados.(IBÍDEM, 2008)

La Policía Nacional y las Fuerzas Armadas podrán contar con un régimen especial de seguridad social, de acuerdo con la ley; sus entidades de seguridad social formarán parte de la red pública integral de salud y del sistema de seguridad social.(IBÍDEM, 2008, pág. 112)

La Constitución de la República del Ecuador en el Artículo 360 determina la estructuración de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y dispone la necesidad de que existan, entre las unidades que la constituyen, vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Una de las estrategias para lograr el acceso de los usuarios a los servicios de salud y, por tanto, al ejercicio de su derecho a la salud consagrado en la Constitución de la República del Ecuador, constituye la estructuración e implementación de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y su relacionamiento con la Red Privada Complementaria (RPC), cuyo objetivo es mejorar el acceso de los usuarios a servicios de salud sin barreras geográficas, organizacionales, institucionales, económicas en el punto de pago o de cualquier otra índole, de manera que los ciudadanos y ciudadanas ejerzan plenamente el derecho a la salud.

1.8. LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

1.8.1. DEFINICIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Conjunto de entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias que se articulan funcionalmente sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes.

1.8.2. OBJETIVOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

1. Cobertura universal / acceso equitativo
2. Descentralización / desconcentración
3. Protección integral
4. Coordinación sectorial
5. Participación ciudadana
6. Entornos saludables.

1.8.3. PRINCIPIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

1. Equidad
2. Calidad
3. Eficiencia
4. Participación
5. Pluralidad

6. Solidaridad

7. Universalidad

8. Descentralización

9. Autonomía

1.8.4. FUNCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

•**Función de coordinación:** Coordina el relacionamiento entre las demás funciones y entre los integrantes del sistema. Competencia del Ministerio de Salud Pública como autoridad sanitaria nacional apoyado por los Consejos de Salud.

•**Función de provisión de Servicios de Salud:** Es plural y se realiza con la participación coordinada de las Instituciones prestadoras que operarán en redes que aseguren la calidad, continuidad y complementariedad de la atención.

•**Función de aseguramiento:** Garantía de acceso universal y equitativo de la población al plan integral de salud.

•**Función de financiamiento:** Garantía de la disponibilidad y sostenibilidad de los recursos financieros.

El desafío fundamental que enfrenta el Sistema Nacional de Salud del Ecuador, es el de garantizar a todos los ciudadanos la Protección Social Universal en materia de salud, eliminando o reduciendo al máximo las desigualdades evitables en la cobertura, el acceso y la utilización de servicios de calidad.

1.8.5. La Ley Orgánica de salud, en el capítulo II, De la Autoridad Sanitaria Nacional, sus competencias y responsabilidades, dispone que:

Art. 4.- La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.

La Ley *ibídem*, adicionalmente dispone:

Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública (...) 3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares.

Art. 9.- Corresponde al Estado garantizar el derecho a la salud de las personas, para lo cual tiene, entre otras, las siguientes responsabilidades:

- a) Establecer, cumplir y hacer cumplir las políticas de Estado, de protección social y de aseguramiento en salud a favor de todos los habitantes del territorio nacional.
- b) Establecer programas y acciones de salud pública sin costo para la población.
- c) Priorizar la salud pública sobre los intereses comerciales y económicos.

1.9. RED PÚBLICA INTEGRAL Y COMPLEMENTARIA DE SALUD EN EL ECUADOR

La Red Pública se define como la unión de las instituciones públicas para brindar servicios de salud a los ecuatorianos.

La RPIS presta sus servicios a través de los establecimientos de salud a nivel nacional y sirve para que los ecuatorianos accedan a los servicios de salud más cercanos a su residencia de una forma coordinada entre las instituciones de la Red.

La RPIS funciona cuando una unidad de salud del sector público, no dispone de la suficiente capacidad de respuesta para la atención médica, ésta podrá transferir al paciente a otra unidad de salud parte de la red, para su atención inmediata.(Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública, 2012)

1.9.1. INSTITUCIONES QUE CONFORMAN LA RED PÚBLICA EN EL ECUADOR SON:

- ➡ Ministerio de Salud Pública
- ➡ Fuerzas Armadas
- ➡ Policía Nacional
- ➡ Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS).

1.9.2. INTEGRANTES DEL CONVENIO

INSTITUCIONES PRESTADORAS.-Son los hospitales, clínicas, laboratorios, consultorios que prestan el servicio de salud. Pueden ser públicas y privadas.

INSTITUCIONES FINANCIADORAS.-son aquellas que con fondos propios financian la atención de salud entre instituciones prestadoras y financiadoras con una firma del Convenio Marco.

1.9.3. OBJETO DEL CONVENIO

Establecer mecanismos de articulación entre PRESTADORES Y FINANCIADORES de salud, para integrar la Red Pública Integral de Salud, y establecer las directrices a las que deben sujetarse los convenios específicos y/o cualquier instrumento jurídico que en adelante se suscriba entre los miembros de la RPIS

1.9.4. OBLIGACIONES DE LOS MIEMBROS DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD.

- ❖ Acuerdan COMPLEMENTAR entre si la cobertura de sus servicios, manteniendo la GRATUIDAD hacia los usuarios/ pacientes.
- ❖ Declaran que sus instalaciones, equipamiento y personal están CAPACITADOS para entregar servicios de ÓPTIMA CALIDAD.
- ❖ A PROPORCIONAR INFORMACIÓN AL USUARIO respecto de sus beneficios y de las unidades de salud que le atenderán.
- ❖ En los casos de que alguna institución de la Red Pública Integral de Salud pueda VENDER SERVICIOS, a otro miembro de la RPIS, entregaran los recursos económicos u otros mecanismos de compensación producto de dicha venta de servicios y/o tecnologías.
- ❖ Aplicar el TARIFARIO del Sistema Nacional de Salud.
- ❖ A IMPLEMENTAR UN SISTEMA INFORMÁTICO que permita mantener y acceder a un registro común de beneficiarios.

(Malo, Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública, 2012)

1.10. MODALIDAD DE ATENCIÓN

1.10.1. PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO PARA ACCESO A LA ATENCIÓN.

- Los prestadores de servicios de salud brindaran atención a los pacientes derivados o contra referidos de otras unidades de la RED PUBLICA o de la RED PRIVADA (complementaria).

- La referencia/contra referencia se efectuará utilizando el formulario 053 (Referencia y Contra referencia), debe estar firmado por el médico tratante (incluyendo identificación, especialidad y código MSP) y autorizado por el Director de unidad de salud o por quien haga sus veces; de esta situación deberán estar debidamente informados el paciente y su familia quienes también deben autorizar su traslado de acuerdo a la normas establecidas.

- Las derivaciones, referencias y contra referencias se realizarán por situaciones de accesibilidad geográfica, por falta de espacio físico y/o equipamiento, infraestructura o personal en las unidades de la red de su pertinencia, cuando sea necesario utilizar tecnología de mayor nivel con la finalidad de garantizar la oportunidad de la atención y la disponibilidad de los mejores recursos para la atención de los pacientes. (IBÍDEM, Red Publica Integral de Salud.ppt, 2012)

1.10.2 PROCEDIMIENTO OPERATIVO PARA LAS ATENCIONES POR EMERGENCIA.

- Los prestadores de servicios de salud brindarán atención a los pacientes de Instituciones de la RPIS, que concurran por emergencia.

- Las unidades responsables de los pacientes que acudan por emergencia a una unidad de salud diferente a la de su propia institución, enviarán la autorización correspondiente que garantice la aceptación de pago de las atenciones; para tal fin los prestadores deberán informar del ingreso de los pacientes atendidos en un plazo máximo de 3 días laborables de manera que estas atenciones sean registradas y autorizadas debidamente.

•La institución responsable del paciente deberá enviar la respectiva autorización en un plazo máximo de 24 horas posteriores a la notificación por la unidad donde se atendió al usuario ya sea por fax, correo electrónico o correo regular.

1.10.3. PROCEDIMIENTO OPERATIVO PARA EXÁMENES O PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS.

Se utilizará el formulario de solicitud de examen debidamente validado por el médico tratante y el jefe del servicio o su delegado, en concordancia con los protocolos. Si es necesario se enviarán historia clínica, anexos y otra información técnica médica que facilite el procedimiento.

1.10.4. TARIFARIO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Tarifario del Sistema Nacional de Salud: Instrumento técnico que regula el sistema de compensación económica por los servicios de salud que se intercambian entre los subsistemas.

1.10.4.1 Estructura del Tarifario del Sistema Nacional de Salud

Compuesto por 7 secciones:

A: Normas Generales y específicas

B: Servicios Institucionales

C: Reconocimiento económico odontología

D: Reconocimiento económico H. Médicos por servicios profesionales

E: Prestaciones integrales bajo modalidad de paquetes

F: Disposiciones normativas y normas de facturación

G: Disposiciones para actualizar el tarifario.(Instructivo para la Viabilidad del Convenio Marco Interinstitucional, 2012)

1.10.4.2 Políticas para aplicación del tarifario:

Pago según niveles de atención y niveles de complejidad aplicando la categoría de establecimiento de salud

Se pagará Honorarios Profesionales de la sección “C” únicamente se reconocerá el valor del procedimiento médico.

La sección “E” Prestaciones Integrales realizadas bajo la modalidad de conjunto de prestaciones (paquete de prestaciones) se pagará un solo valor por el costo de atención medica no complicada.

Se pagará únicamente el uso de cama personal, únicamente se reconocerá habitación individual cuando se justifique su uso.

1.10.5. PLANILLAJE

SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN:

General y especializada, se facturará una sola vez cada día.

Habitación

Atención y cuidados clínicos

Atención del médico tratante

Ración /dieta

Laboratorio e imagen

Medicamentos, insumos

Derechos de salas

Uso de equipos especializados

Laboratorio, imagen

EVENTOS QUIRÚRGICOS EN HOSPITAL DEL DÍA:

Honorarios del cirujano y anestesiólogo

Laboratorio,

Medicamentos, insumos y suministros

Derechos de hospital de día, uso de sala de operaciones, recuperación según sea el caso.

Servicios externos

EVENTOS DE EMERGENCIA/URGENCIA:

Sala observación según nivel de complejidad

Ambulancia

Laboratorio, imagen

Medicamentos, insumos

Servicios externos

1.10.6. COORDINACIÓN DE PAGOS Y TARIFAS

Las planillas se consolidarán en una factura global mensual por servicio, una por atenciones de hospitalización o internamiento, una por atenciones en emergencia y una por las atenciones de consulta externa.

Para evitar anulación de facturas, la unidad prestadora puede enviar una prefactura que luego se cambiará por la factura definitiva por el valor aceptado por la institución responsable del paciente.

Las facturas con alteraciones no serán objeto de pago.

La documentación para el pago de las prestaciones, se enviará a las instituciones responsables de los usuarios dentro de los 10 primeros días hábiles del siguiente mes de realizadas las atenciones.

La orden de pago se efectuará en el término de 30 días posterior a la entrega de la documentación completa.

La institución que financia el pago de las atenciones de salud comunicará por escrito a la unidad de salud que brindó los servicios del pago realizado y anexará un detalle de la liquidación de las planillas aceptadas y detalle de planillas objetadas.

Se procederá al pago únicamente de los valores reconocidos por auditoría/ pertinencia médica y control financiero y de derecho de los usuarios.(IBÍDEM, 2012)

1.11. NUDOS CRÍTICOS EN EL MANEJO DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD.

Encontrándose los puntos críticos como:

- La descoordinación entre las distintas Instituciones Públicas que conforman la Red.
- El llenado incorrecto de los formularios.
- La falta de capacitación del personal de salud del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.
- La falta de reembolsos oportunos de las Instituciones aseguradoras al Hospital Alfredo Noboa Montenegro.
- No involucramiento del personal de salud tanto médico y de enfermería para el manejo de la Red Pública Integral de salud.
- Mal llenado de la codificación a través del Código Internacional de Enfermedades (CIE- 10).

CAPITULO II

2.1. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1.1. TIPO DE ESTUDIO

Por el propósito: Es una investigación de tipo descriptiva aplicada al campo de la salud pública y gestión de la salud, desde el que hacer en el Segundo Nivel de atención de salud.

Por el nivel: es descriptiva, ya describe el tiempo, lugar y persona en un momento dado un fenómeno que se desea conocer en este caso la Fragmentación de los prestadores de los servicios de salud en el manejo de la Red Pública Integral y Complementaria de Salud en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda desde el mes Enero a Junio del 2013.

Por el lugar: es de campo ya que se desarrolla en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de Guaranda Provincia Bolívar y no hay manipulación de variables.

Por su dimensión es: un estudio Transversal porque se aplica en un tiempo determinado, las Encuestas y Guía de Observación al personal que labora en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

2.1.2. UNIVERSO Y POBLACIÓN

El personal de salud del Hospital Alfredo Noboa Montenegro es:

❖ Enfermeras	—————>	87
❖ Médicos Tratantes	—————>	25
❖ Médicos Residentes	—————>	22
❖ Internos de Medicina	—————>	18
❖ Internos de Enfermería	—————>	12

Dando como resultado 164 personas de salud que labora en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, en las cuales de 87 enfermeras se aplicó la encuesta a 46 Enfermeras representando 53%, de los 47 Médicos se aplicó a 30 que representa 63%, y de los 27 Internos Rotativos de Medicina y Enfermería se aplicó a 17 personas representando el 62%.

El trabajo de investigación se aplicó a 93 trabajadores de salud que laboran en el H.A.N.M. A las 71 personas no se les realizó la encuesta debido a:

- ❖ No aceptaron ser encuestados
- ❖ Sus vacaciones
- ❖ Permisos médicos
- ❖ Cambios de guardia y
- ❖ Renuncias voluntarias.

Para la aplicación de la guía de Observación se incluyeron a los 360 pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Alfredo Noboa Montenegro de Guaranda entre Enero 2013 a Junio del 2013.

2.1.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Primaria:

Se aplicó la técnica de la encuesta y como instrumento el cuestionario para recolectar información de orden de conocimiento a personal de salud sobre el manejo de la red pública integral y complementaria de salud en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

Secundaria:

Se aplicó la técnica de observación directa mediante una Guía de Observación a los archivos del Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el que se estudió la transferencia a los hospitales, y el motivo por el cual fueron enviados a las diferentes casas de salud de mayor complejidad. También se aplicó la técnica de Observación al llenado correcto de los requisitos indispensables de la matriz de la Red Pública.

2.1.4. TÉCNICA DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Se realizó el procesamiento de datos, manual y electrónicamente con la ayuda del programa MICROSOFT EXCEL.

El análisis se realizó mediante los datos obtenidos en la aplicación de las encuestas al personal de salud del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guía de Observación de los archivos del mismo. El resultado y el análisis de los datos se realizaron mediante gráficos de barras en el que constan los porcentajes de las variables.

CAPITULO III:

3.1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.

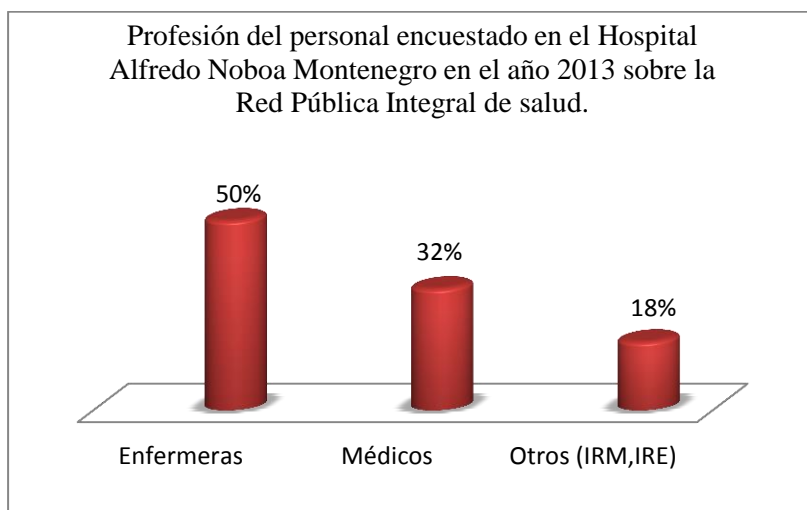
Encuestas para evaluar conocimientos acerca de la Red Pública Integral y Complementaria dirigidos al personal interno del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

PROFESIÓN DEL PERSONAL ENCUESTADO EN EL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO EN EL AÑO 2013 SOBRE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD.

TABLA N°1

GRUPO	POBLACIÓN	PORCENTAJE
Enfermeras	46	50%
Médicos	30	32%
Otros (IRM,IRE)	17	18%
TOTAL	93	100%

GRAFICO N° 1



Fuente: Encuesta al Personal de Salud del HANM de Guaranda.
Elaborado por: IRE. Shirley Pilamunga-Viviana Sánchez

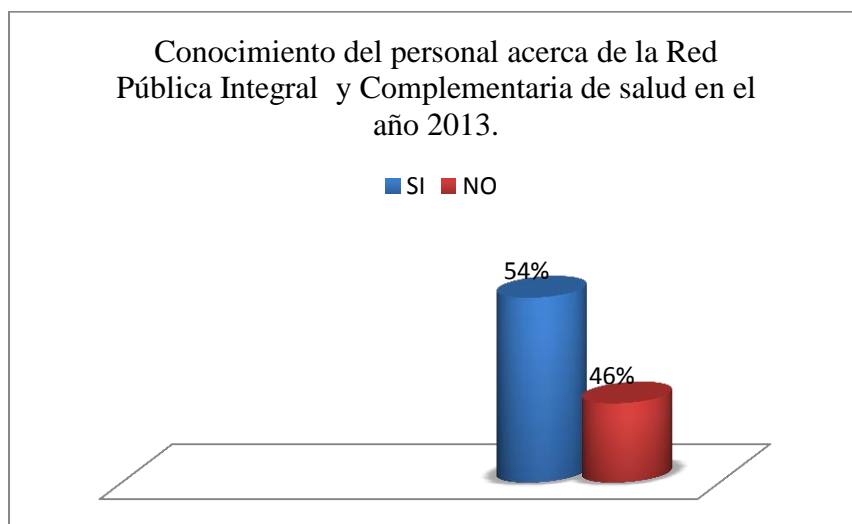
ANÁLISIS: Del 100% de la muestra, la encuesta aplicada fue a Enfermeras en un 50%, 32% a Médicos, señalando que existe una razón de 1.5 enfermeras por cada médico, y el 18% a “Otros” (Internos de Medicina y Enfermería).

TABLA N° 2

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL ACERCA DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL Y COMPLEMENTARIA DE SALUD EN EL AÑO 2013.

	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	50	54%
NO	43	46%
TOTAL	93	100%

GRAFICO N° 2



Fuente: Encuesta al Personal de Salud del HANM de Guaranda.
Elaborado por: IRE. Shirley Pilamunga-Viviana Sánchez

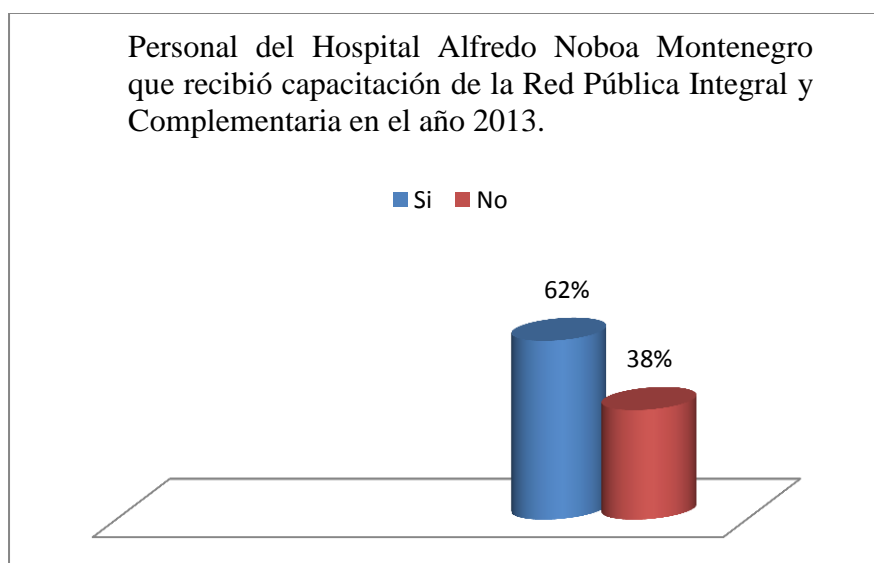
ANÁLISIS: De las encuestas aplicadas en la muestra al personal de salud, aproximadamente 5 de cada 10 personas tienen conocimiento acerca de la Red Pública Integral de Salud, en tanto que 5 de cada 10 personas desconocen del tema, debido a que no hay una capacitación continua y permanente de la RPIS por parte del personal encargado.

TABLA N° 3

PERSONAL DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO QUE RECIBIÓ CAPACITACIÓN DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL Y COMPLEMENTARIA EN EL AÑO 2013.

	CANTIDAD	PORCENTAJE
Si	58	62%
No	35	38%
TOTAL	93	100%

GRAFICO N° 3



Fuente: Encuesta al Personal de Salud del HANM de Guaranda.

Elaborado por: IRE. Shirley Pilamunga-Viviana Sánchez

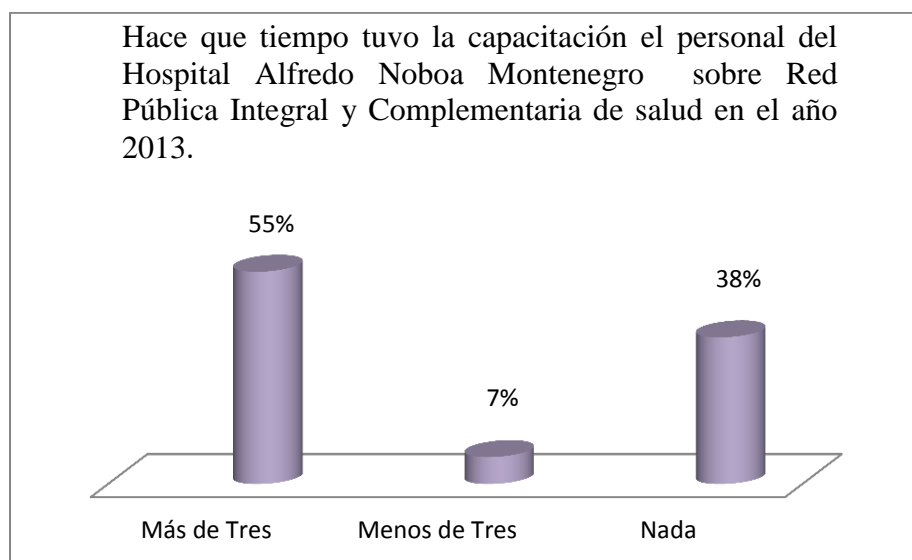
ANÁLISIS: Aproximadamente 6 de cada 10 personas tuvo la posibilidad de acceder a la capacitación respecto del uso de la Red Pública Integral de Salud, mientras que 4 de cada 10 personas no recibió capacitación debido a que es un proceso nuevo de gestión hospitalaria.

TABLA N° 3.1

HACE QUE TIEMPO TUVO LA CAPACITACIÓN EL PERSONAL DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO SOBRE RED PÚBLICA INTEGRAL Y COMPLEMENTARIA DE SALUD EN EL AÑO 2013.

	CANTIDAD	PORCENTAJE
Más de Tres	51	55%
Menos de Tres	7	7%
Nada	35	38%
TOTAL	93	100%

GRAFICO N° 3.1



Fuente: Encuesta al Personal de Salud del HANM de Guaranda.

Elaborado por: IRE. Shirley Pilamunga-Viviana Sánchez

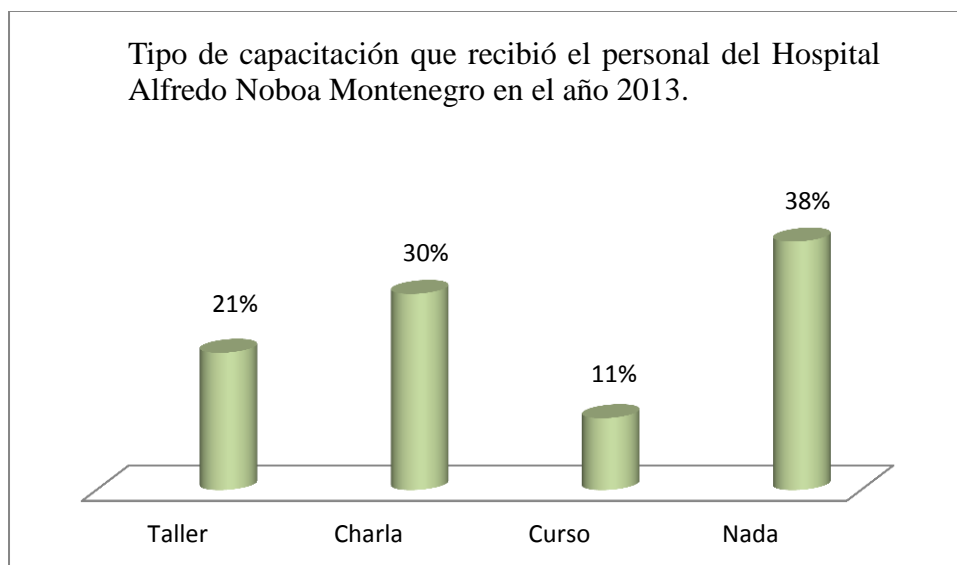
ANÁLISIS: Aproximadamente 5 de cada 10 personas encuestadas recibieron capacitación hace más de 3 meses, antes de la aplicación de la encuesta, en tanto que 4 de cada 10 encuestados no recordaban el tiempo en que recibieron la capacitación y aproximadamente 1 de cada 10 refirió recibir capacitación hace menos de tres meses (pese a que la información debe ser difundida constantemente al personal para manejar adecuadamente la Red)

TABLA N°4

TIPO DE CAPACITACIÓN QUE RECIBIÓ EL PERSONAL DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO EN EL AÑO 2013.

TIPO DE CAPACITACIÓN	CANTIDAD	PORCENTAJE
Taller	20	21%
Charla	28	30%
Curso	10	11%
Nada	35	38%
TOTAL	93	100%

CUADRO N° 4



Fuente: Encuesta al Personal de Salud del HANM de Guaranda.

Elaborado por: IRE. Shirley Pilamunga-Viviana Sánchez

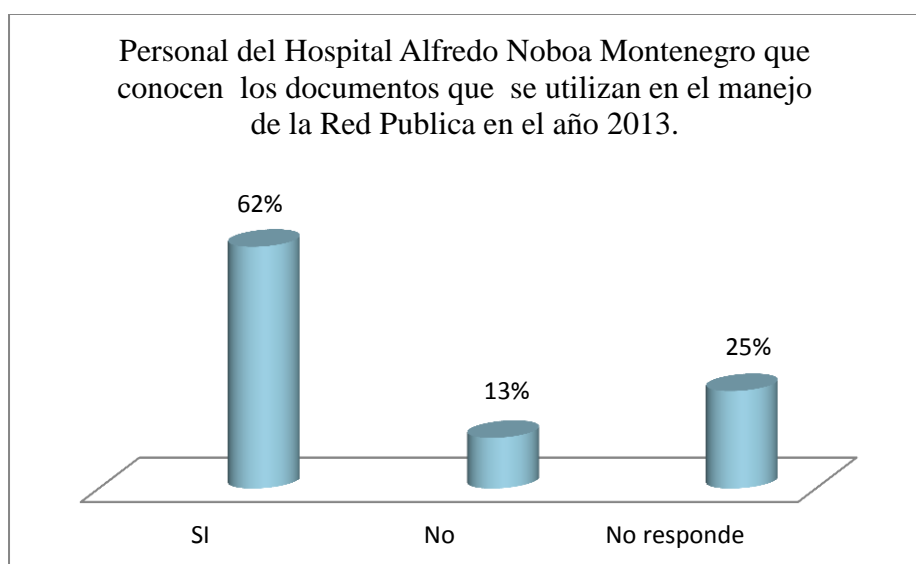
ANÁLISIS: Aproximadamente 3 de cada 10 personas recibió charlas, las cuales tienen la ventaja de ser planificadas y dirigidas a grupos grandes, 2 de cada 10 manifiestan haber recibido taller la misma que se aplica para aprendizajes prácticos según los objetivos que se propongan; 1 de cada 10 personas recibió cursos, mientras que 4 de cada 10 no recibió ningún tipo de capacitación.

TABLA N°5

PERSONAL DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO QUE CONOCEN LOS DOCUMENTOS QUE SE UTILIZAN EN EL MANEJO DE LA RED PUBLICA EN EL AÑO 2013.

	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	58	62%
No	12	13%
No responde	23	25%
TOTAL	93	100%

CUADRO N° 5



Fuente: Encuesta al Personal de Salud del HANM de Guaranda.
Elaborado por: IRE. Shirley Pilamunga-Viviana Sánchez

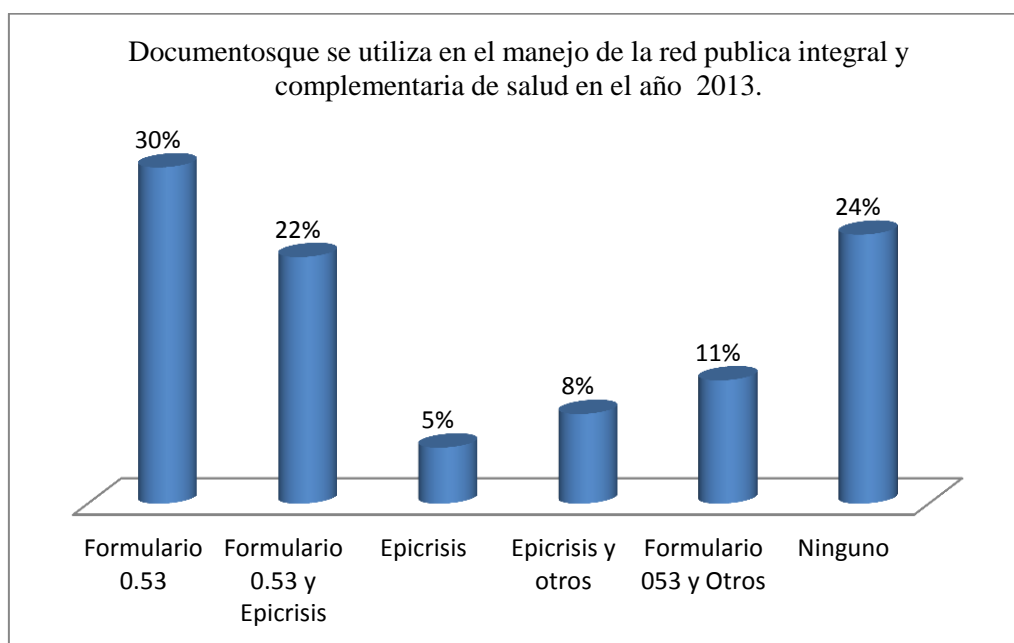
ANÁLISIS: Aproximadamente 6 de cada 10 personas manifiestan conocer los documentos que se utilizan dentro del manejo de la Red, 1 de cada 10 señalo no conocer sobre el uso de los documentos (probablemente porque su implementación es relativamente reciente), y 3 de cada 10 personas no responden debido a que no recibió ningún tipo de capacitación.

TABLA N° 6.1

DOCUMENTOS QUE SE UTILIZA EN EL MANEJO DE LA RED PUBLICA INTEGRAL Y COMPLEMENTARIA DE SALUD EN EL AÑO 2013.

	CANTIDAD	PORCENTAJE
Formulario 0.53	28	30%
Formulario 0.53 y Epicrisis	20	22%
Epicrisis	5	5%
Epicrisis y otros	7	8%
Formulario 053 y Otros	10	11%
Ninguno	23	24%
TOTAL	93	100%

CUADRO N° 6.1



Fuente: Encuesta al Personal de Salud del HANM de Guaranda.
Elaborado por: IRE Shirley Pilamunga-Viviana Sánchez

ANÁLISIS: Aproximadamente 3 de cada 10 personas afirman conocer el formulario 0.53, 2 de cada 10 personas conocen los documentos correctos que se utilizan (Formulario 053 y Epicrisis) aproximadamente 1 d cada 10 personas se encuentran en las siguientes situaciones:

Conocen solo el formulario Epicrisis, conocen Epicrisis y otros, conocen Formulario 053 y Otros, y hay los que no conocen Ningún documento; lo cual resulta llamativo ya que aun cuando hasta la presente fecha ha transcurrido aproximadamente un año desde la implementación de la red todavía no podemos hablar de un verdadero empoderamiento en cuanto al conocimiento del personal de salud quienes deberían ya manejar esta documentación de manera altamente eficiente pues la emplean en la cotidianidad del desempeño de sus labores.

3.2. GUÍA DE OBSERVACIÓN DEL MANEJO ADECUADO DE LOS FORMULARIOS DE LA RPIS

3.2.1 HOSPITALES A LOS QUE SON REFERIDOS DENTRO DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUDEN EL PERIODO DE ENERO A JUNIO 2013

GRAFICO N° 1

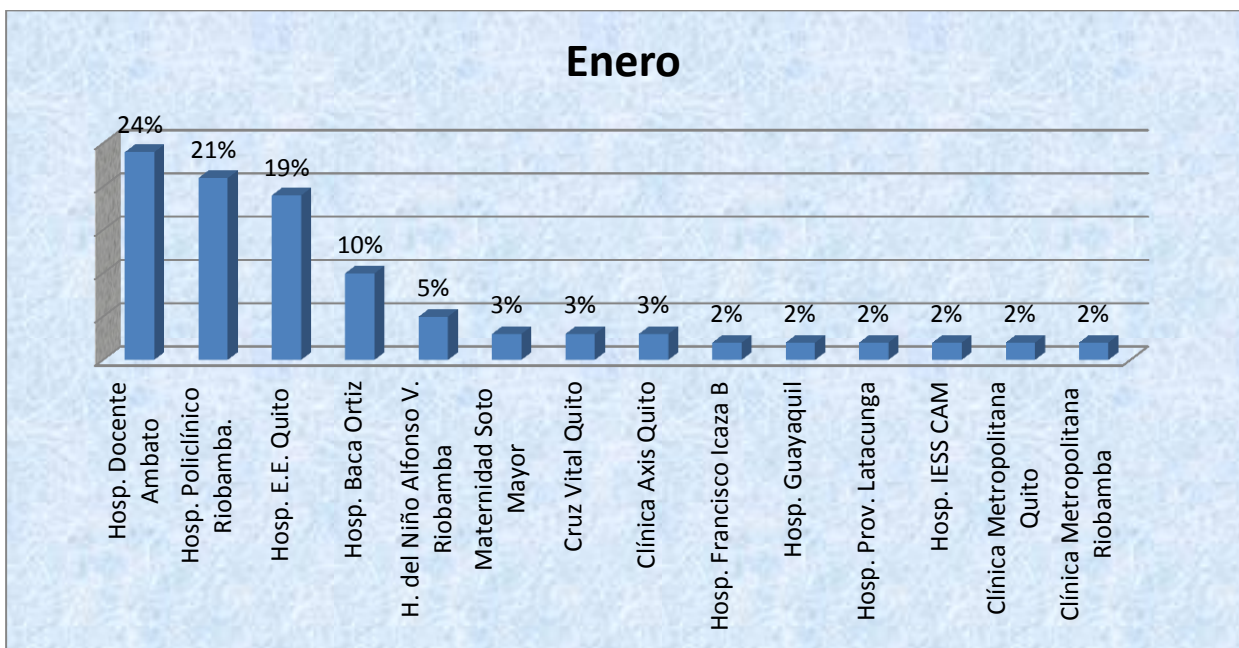


GRAFICO N° 2

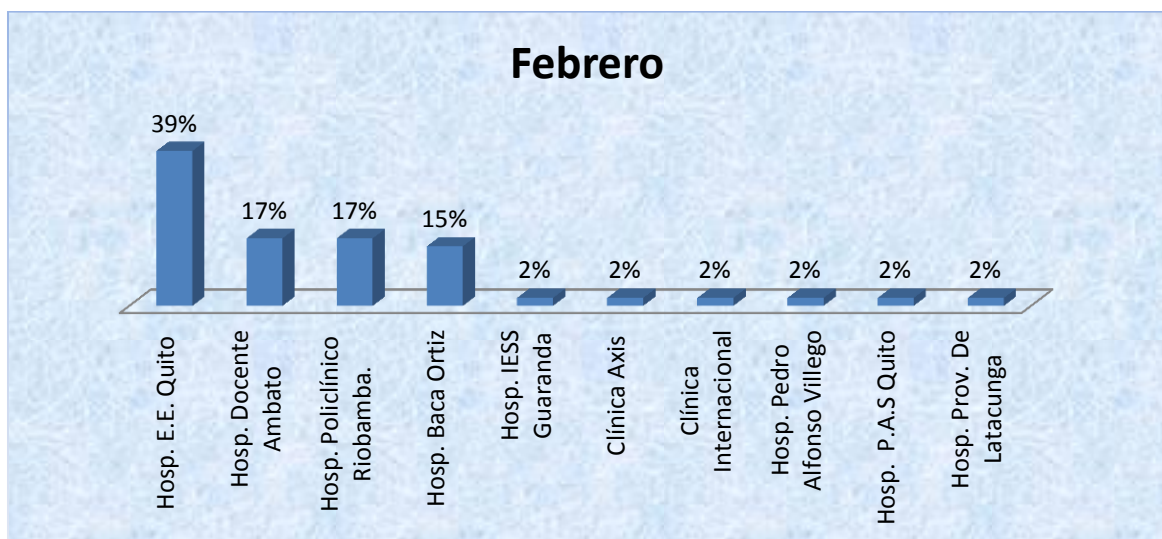


GRAFICO N° 3

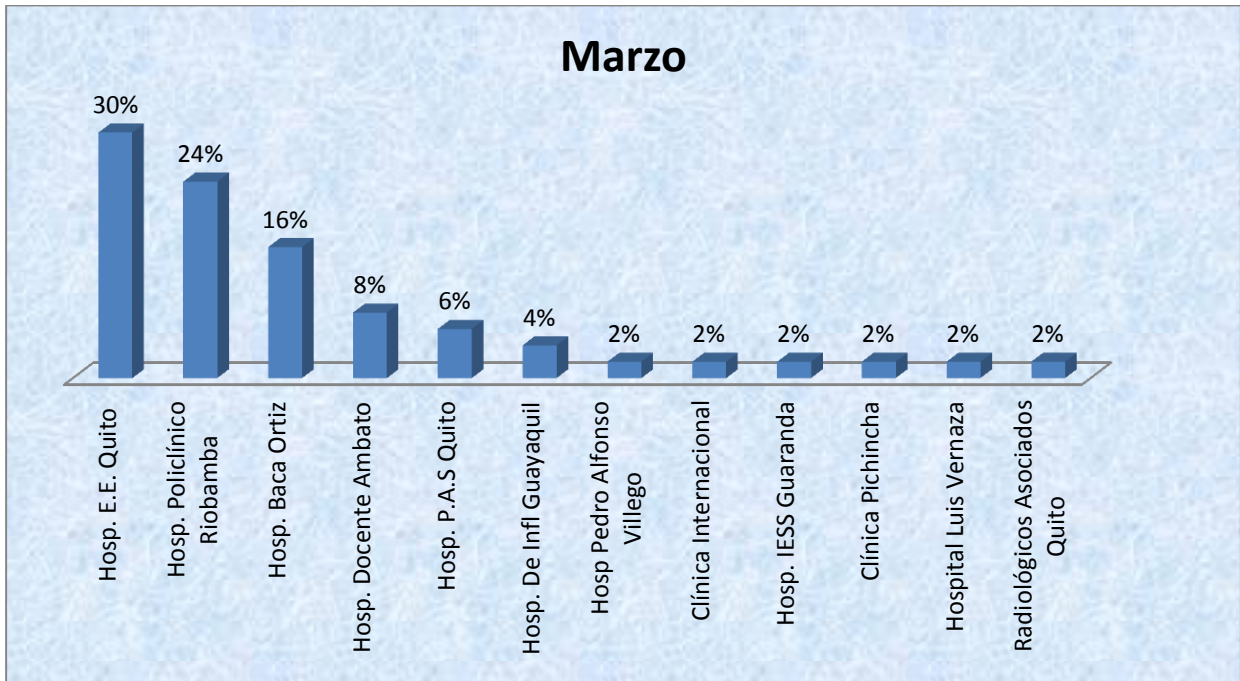


GRAFICO N° 4

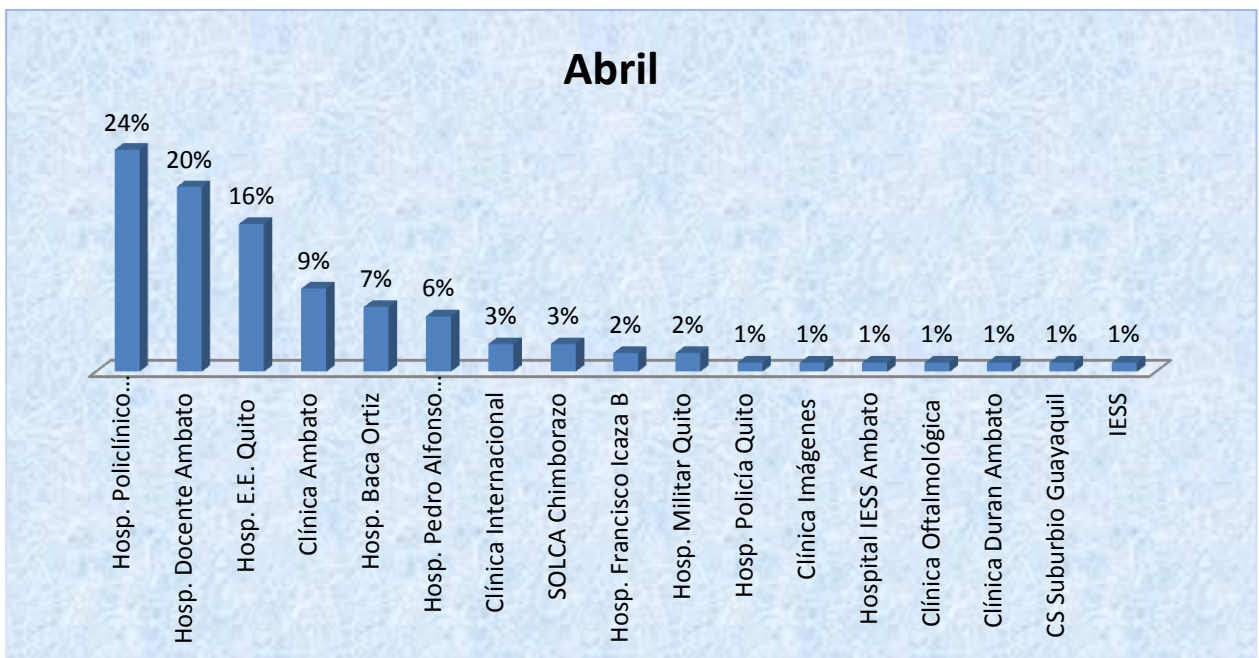


GRAFICO N° 5

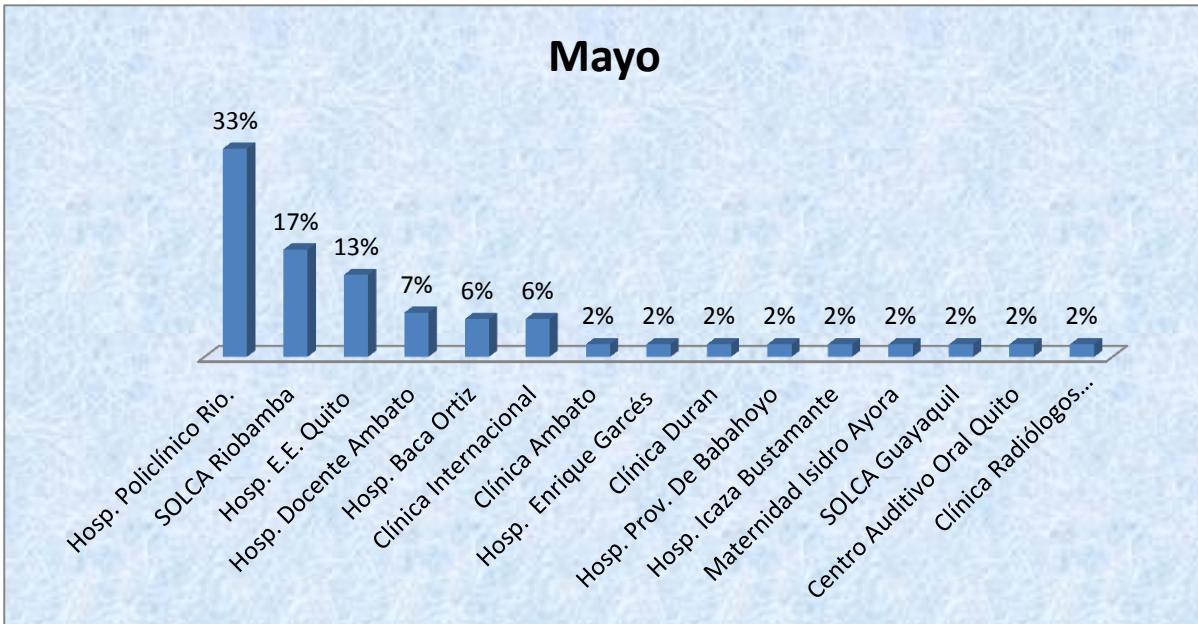
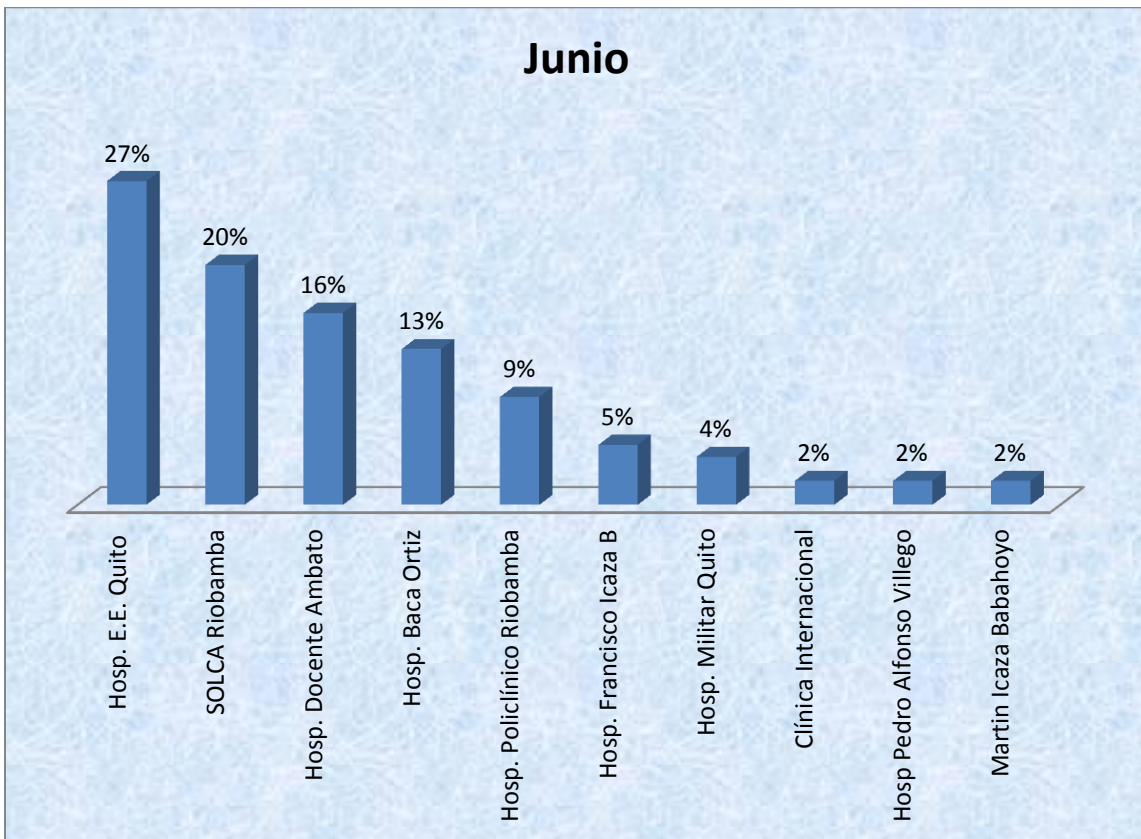


GRAFICO N° 6



**3.2.1.1 CONCENTRADO DE LOS HOSPITALES A LOS QUE SON REFERIDOS
LOS PACIENTES EN EL PERIODO ENERO- JUNIO 2013**

Hospitales	Número de Pacientes
Hosp. E.E. Quito	82
Hosp. Policlínico Riobamba.	77
Hosp. Docente Ambato	58
SOLCA Riobamba	38
Hosp. Baca Ortiz	23
H. del Niño Alfonso V. Riobamba	11
Clínica INTERNACIONAL	9
Clínica Ambato	9
Hosp. Francisco Icaza B	7
Hosp. P.A.S Quito	4
Hosp. Militar Quito	4
Clínica Axis Quito	3
Hosp. IESS Guaranda	3
Maternidad Soto Mayor	2
Cruz Vital Quito	2
Hosp. Prov. Latacunga	2
Hosp. De Infl Guayaquil	2
Radiológicos Asociados Quito	2
Hosp. Guayaquil	1
Martin Icaza Babahoyo	1
Clínica Metropolitana Quito	1
Clínica Metropolitana Riobamba	1
Clínica Pichincha	1
Hospital Luis Vernaza	1
Clínica Imágenes	1
Hosp. Policía Quito	1
CS Suburbio Guayaquil	1
Hosp. Enrique Garcés	1
Clínica Duran	1

Clínica Duran Ambato	1
Hosp. Prov. De Babahoyo	1
Maternidad Isidro Ayora	1
SOLCA Guayaquil	1
Centro Auditivo Oral Quito	1
Hospital IESS Ambato	1
Hospital IESS CAM	1
Clínica Oftalmológica	1
TOTAL	357

3.2.1.2. ANÁLISIS DE LOS HOSPITALES A LOS QUE SON REFERIDOS DENTRO DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD EN EL PERIODO DE ENERO A JUNIO 2013.

En los Hospitales de mayor complejidad laboran especialistas para la atención de problemas patológicos complejos, que necesiten equipos e instalaciones especializadas.

La categoría de los cuidados tienen el propósito de ayudar a los usuarios a conseguir un grado de funcionamiento tan elevada como sea posible.

En el periodo de estudio se encuentran 360 pacientes que fueron referidos a diferentes casas de Salud, de los cuales 357 cumplen con el requisito "UNIDAD A LA QUE SE REFIERE"; tres de ellos no llenan este ítem por lo que fueron excluidos de este análisis, y si hacemos una comparación de ellos, todos han sido referidos a una unidad de salud de mayor complejidad los mismos que se encuentran dentro de la Red Pública Integral y Complementaria de salud.

Durante el periodo Enero a Junio del 2013 realizamos la Guía de Observación de los archivos del Hospital Alfredo Noboa Montenegro el cual encontramos que el Hospital con mayor cantidad de pacientes referidos en ese periodo es el Hospital Eugenio Espejo de Quito con 82 pacientes lo que representa el 23%, siguiéndole el Hospital Policlínico Riobamba con 77 pacientes lo que representa un 22%, siendo los Hospitales con menor frecuencia de pacientes lo que representa alrededor de 1% tales como:

- Hosp. Prov. De Babahoyo
- Maternidad Isidro Ayora
- SOLCA Guayaquil

Además, siendo de muy baja frecuencia las referencias del Hospital Alfredo Noboa Montenegro a diferentes clínicas particulares como es el caso de: **Clínica Pichincha, Clínica Duran Ambato, Clínica Internacional** representando alrededor del 1% por lo que se da importancia a los establecimientos públicos pertenecientes a la Red.

3.2.2. ESPECIALIDADES POR LOS QUE SON REFERIDOS A HOSPITALES DE MAYOR COMPLEJIDAD

GRAFICO N° 7

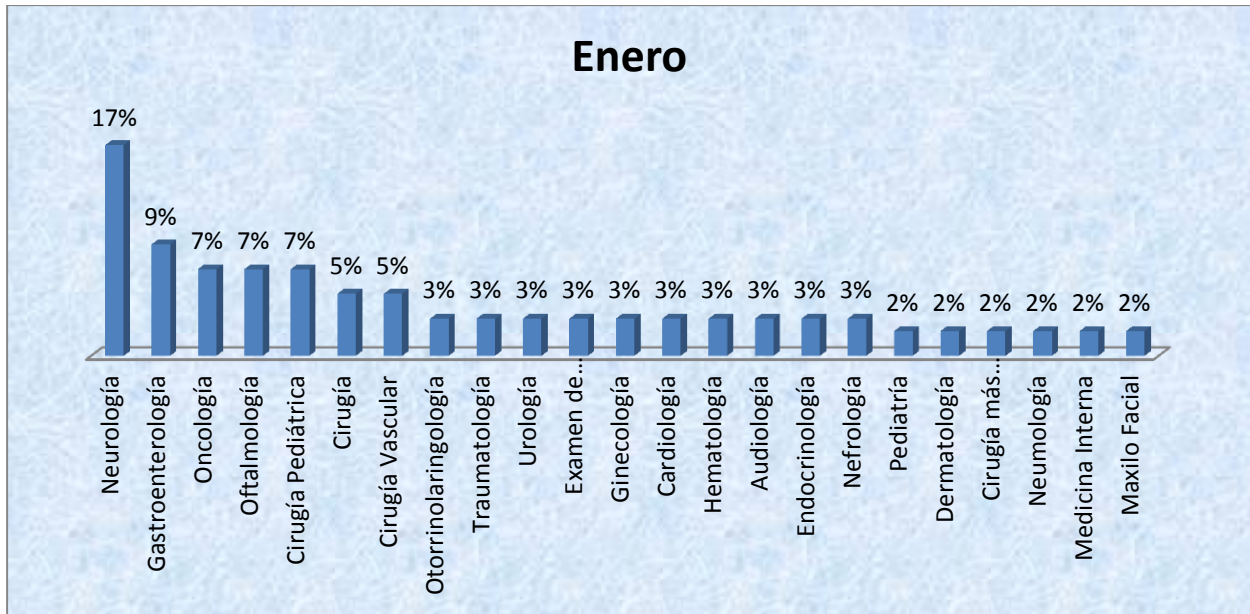


GRAFICO N° 8

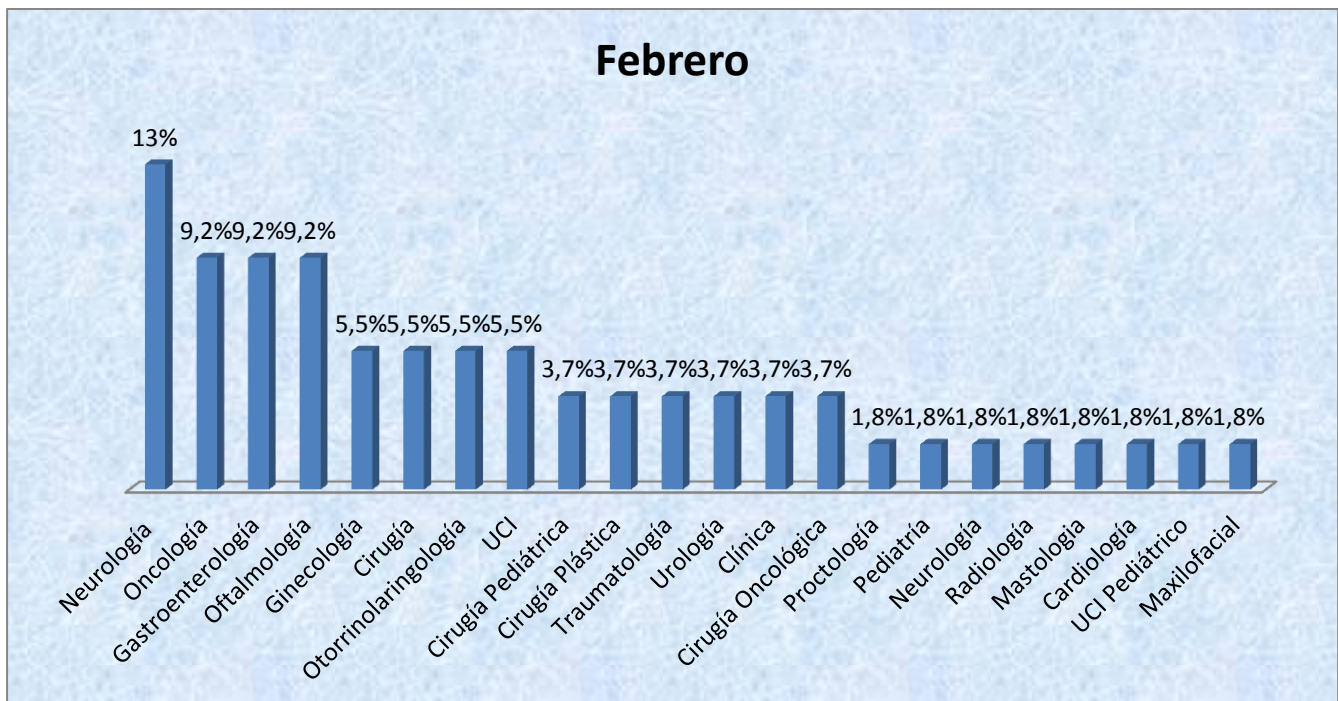


GRAFICO N° 9

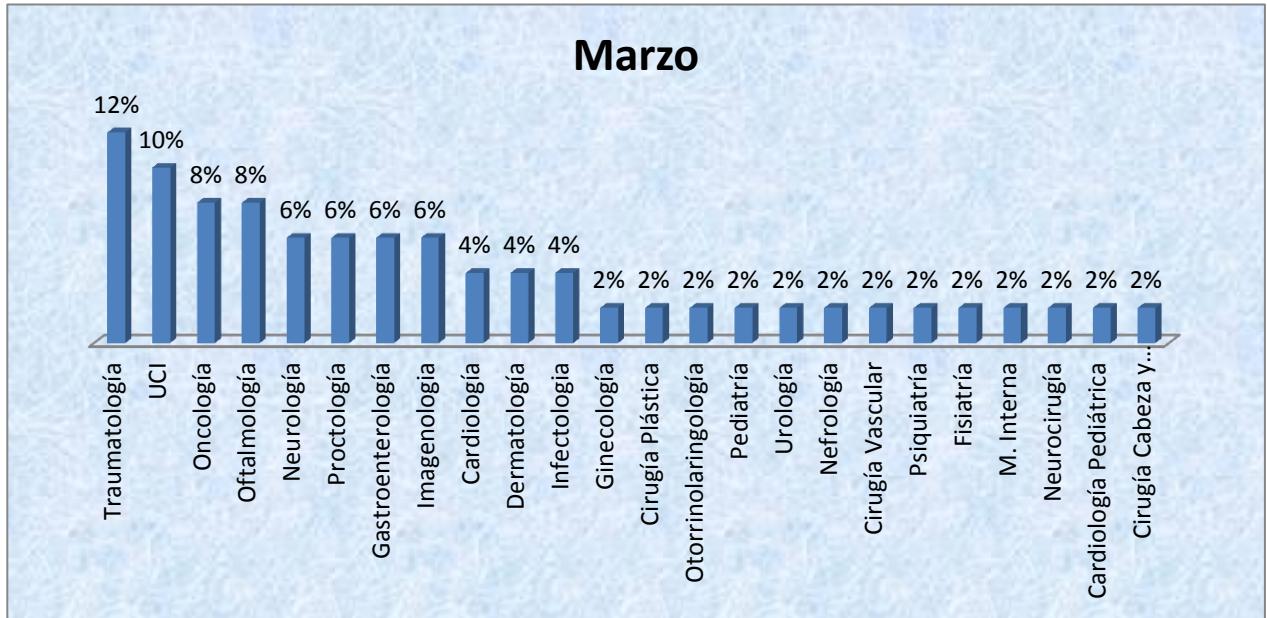


GRAFICO N° 10

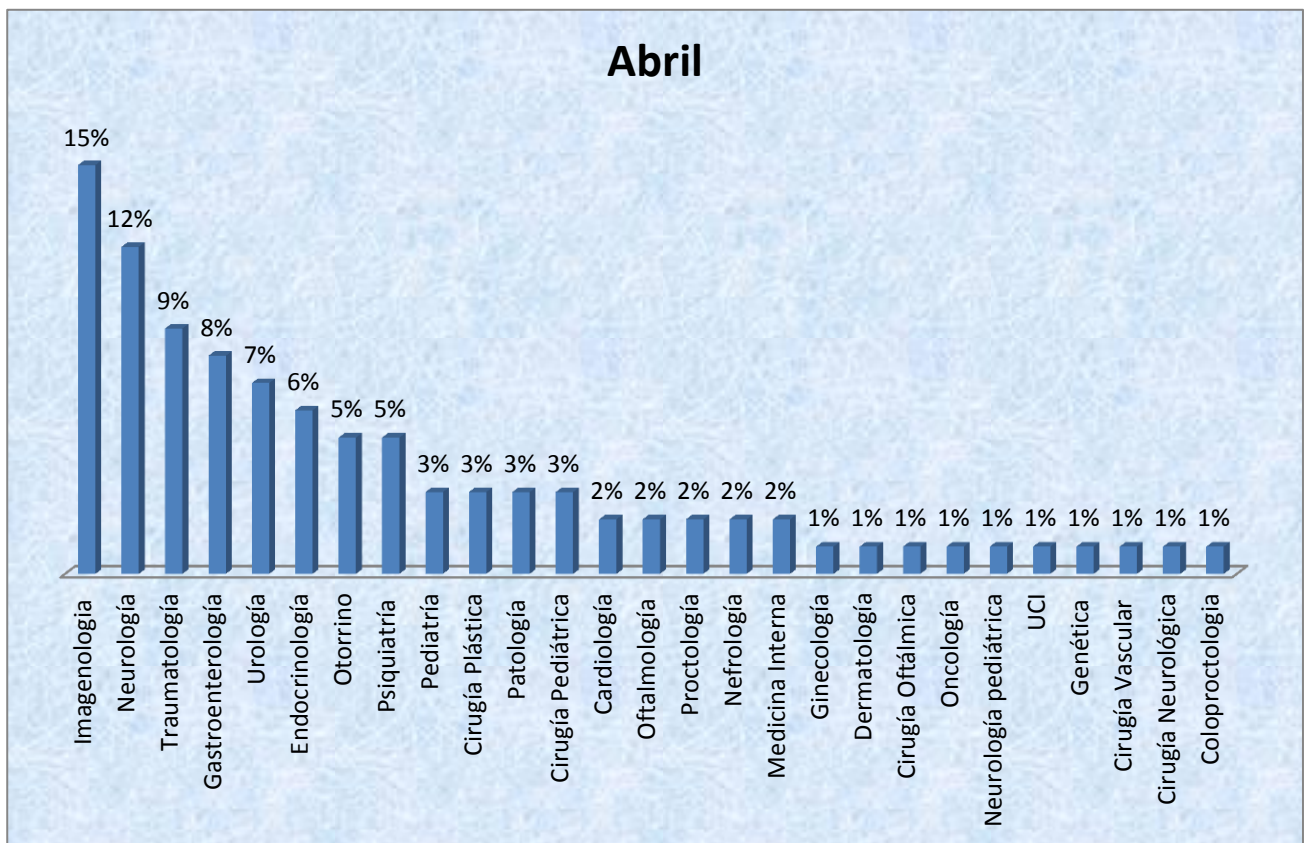


GRAFICO N° 11

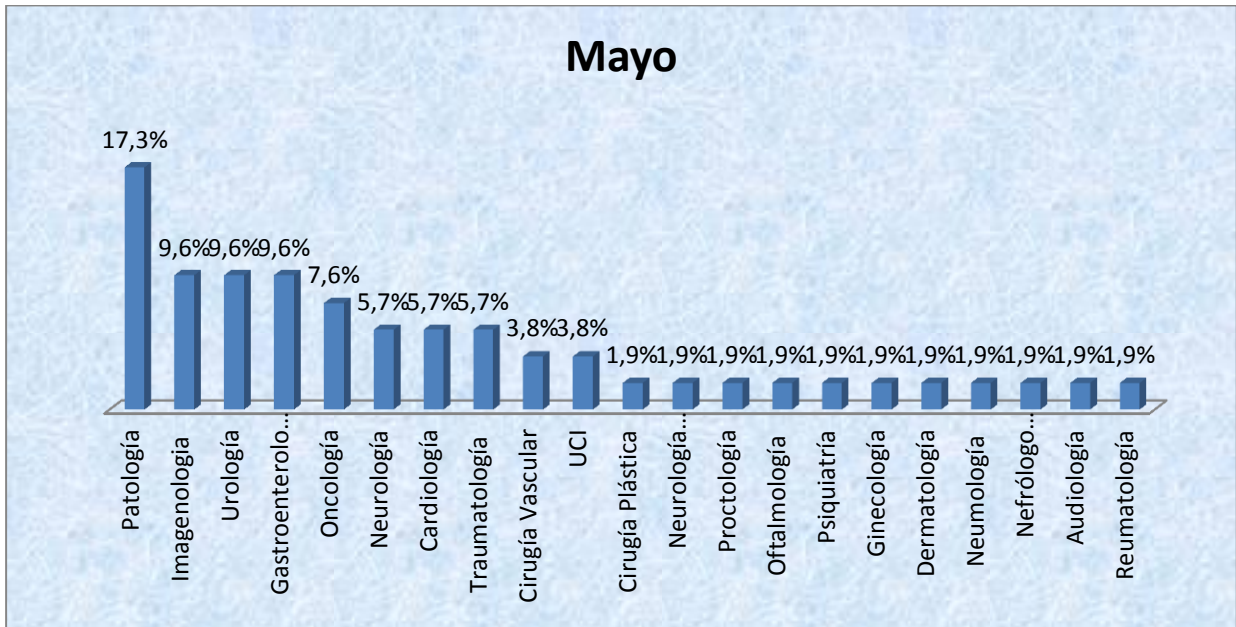
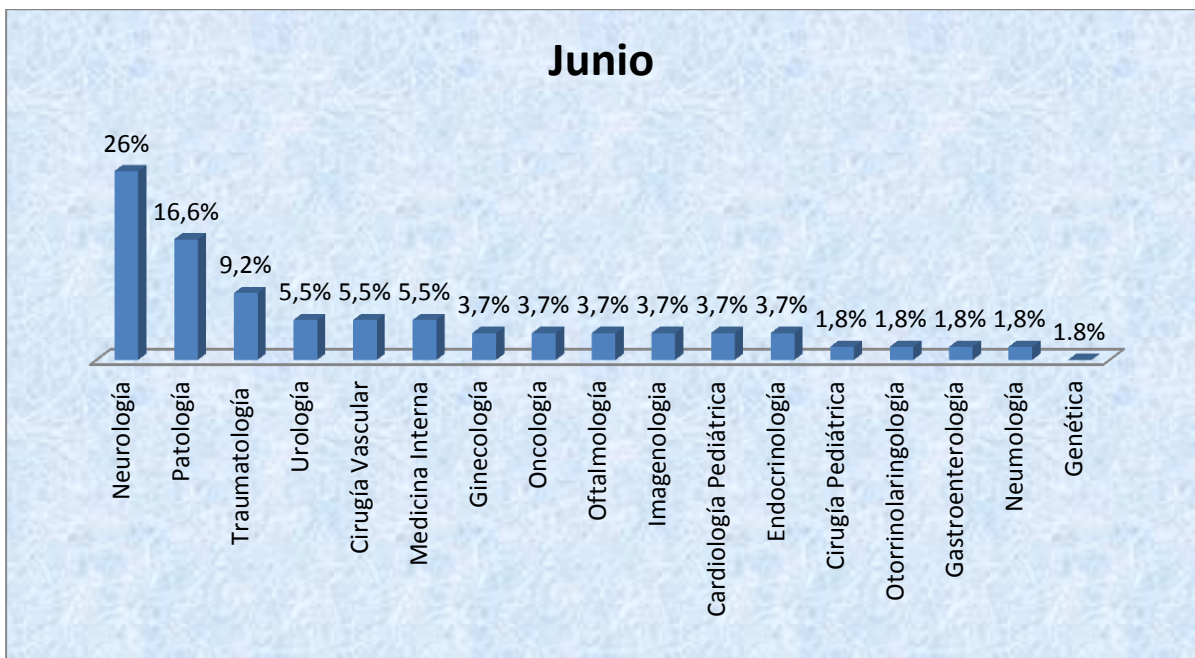


GRAFICO 12



3.2.2.1 CONCENTRADO DE ESPECIALIDADES POR LOS QUE HAN SIDO REFERIDOS LOS PACIENTES EN EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2013.

ESPECIALIDAD	N°
Neurología	49
Gastroenterología	26
Traumatología	26
Imagenología	23
Patología	21
Oncología	20
Urología	19
Oftalmología	18
UCI	11
Cirugía Pediátrica	10
Cirugía Vascular	10
Ginecología	10
Cardiología	10
Endocrinología	9
Otorrinolaringología	8
Medicina Interna	7
Cirugía Plástica	7
Proctología	7
Psiquiatría	6
Cirugía	6
Pediatría	6
Nefrología	5
Dermatología	5
Otorrino	4
Audiología	3
Neumología	3
Cardiología Pediátrica	3
Examen de especialidad	2
Hematología	2

Maxilo Facial	2
Clínica	2
Cirugía Oncológica	2
Infectología	2
Neurología pediátrica	2
Genética	2
Cirugía más Traumatología	1
Radiología	1
UCI Pediátrico	1
Mastología	1
Cirugía Neurológica	1
Coloproctología	1
Neurología pediátrica	1
Reumatología	1
Cirugía Cabeza y Cuello	1
Neurocirugía	1
Cirugía Oftálmica	1
TOTAL	359

3.2.2.2 ANÁLISIS DE LAS ESPECIALIDADES POR EL CUAL SON REFERIDOS A LOS HOSPITALES DE MAYOR COMPLEJIDAD.

El Hospital Provincial “ALFREDO NOBOA MONTENEGRO” posee una dotación de 120 camas, de las cuales están instaladas 106 camas, y una población provincial de 183.641 habitantes.

El Hospital Provincial “ALFREDO NOBOA MONTENEGRO” en la actualidad cuenta con sus especialidades básicas:

- Gineco Obstetricia
- Pediatría
- Medicina Interna
- Cirugía y
- Sus Subespecialidades.

El Hospital Alfredo Noboa Montenegro no cuenta con especialidades como por ejemplo: Neurología, Oncología, Otorrinolaringología, Genética e Infectología, por esta razón cuando se presentan casos complicados, el Hospital los refiere a otras ciudades abriendo la Red Pública Integral y Complementaria de Salud, y de esta manera atender con calidad y calidez y satisfacer la necesidad de la comunidad.

Durante la Guía de Observación realizada en el periodo de Enero a Junio 2013 encontramos 360 pacientes que fueron referidos a diferentes Especialidades siendo la de mayor frecuencia:

NEUROLOGÍA con los diagnósticos más sobresalientes como:(T.C.E. leve, moderado y grave, Epilepsia, Convulsiones Febriles, Parálisis Cerebro Infantil e Hidrocefalia) con 49 pacientes que representa el 14%. Seguida por **GASTROENTEROLOGÍA** como por ejemplo (CA de colon, C.A. de esófago) y **TRAUMATOLOGÍA** entre estas tenemos (Colocación de Prótesis, Fractura de Fémur Izq. Luxación de Rotula, Luxación de hombro derecho) con 26 pacientes representando el 7%.

Cabe recalcar que en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro existe Traumatología, pero por mayor complejidad de tratamiento son referidos a Hospitales de Tercer Nivel.

Entre las especialidades con menor incidencia se encuentran: UCI Pediátrico, Mastología y Cirugía Neurológica representando menos del 1%.

3.2.3. CUMPLIMIENTO EN EL LLENADO DE INSTRUMENTOS DE LA MATRIZ DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD.

GRAFICO N° 13

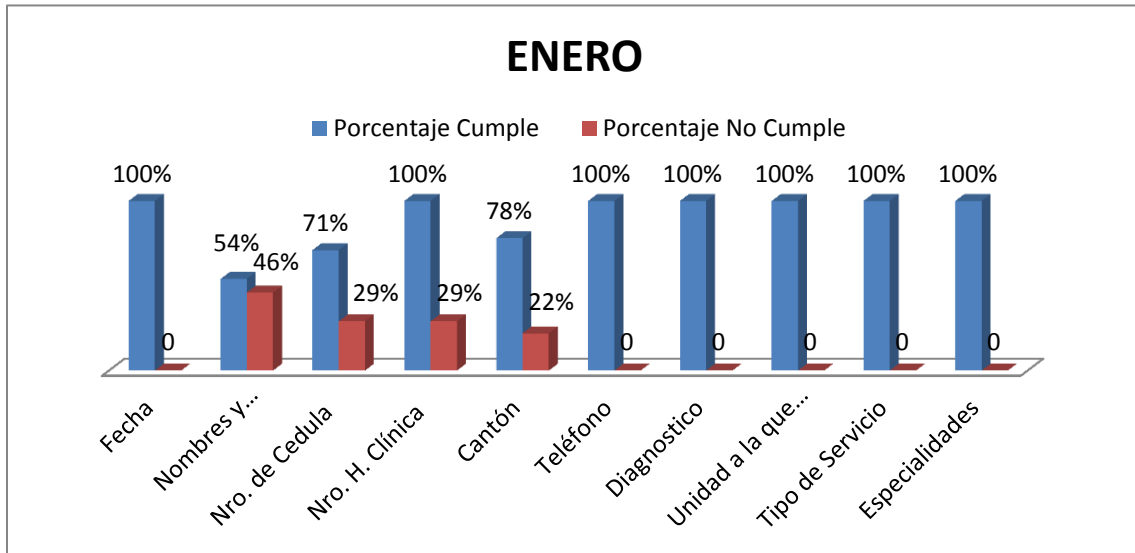


GRAFICO N° 14

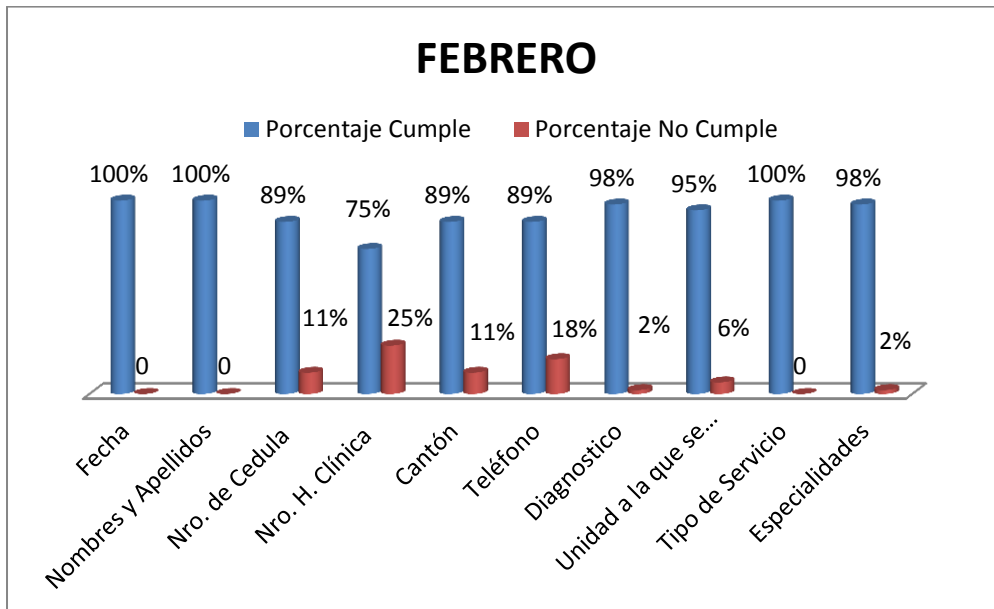


GRAFICO 15

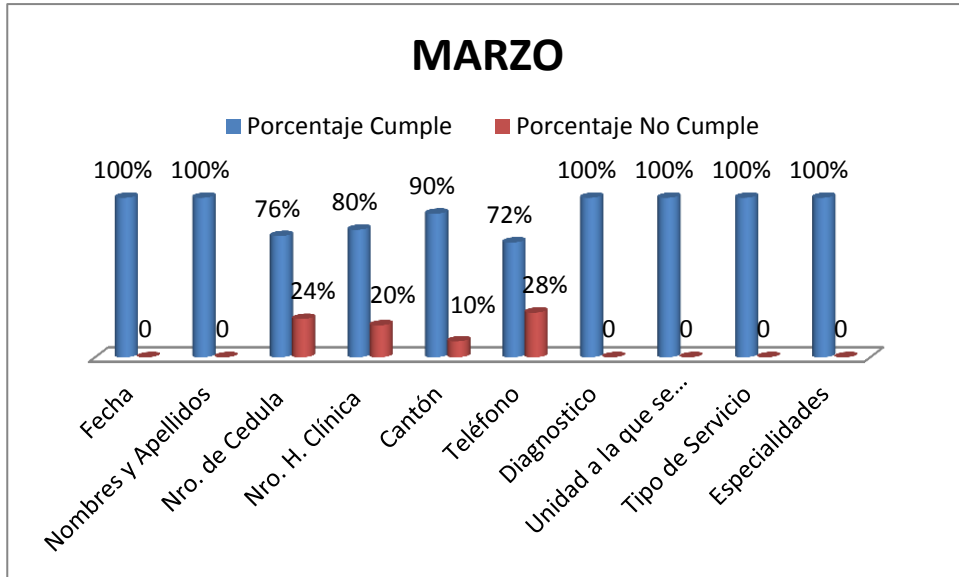


GRAFICO 16

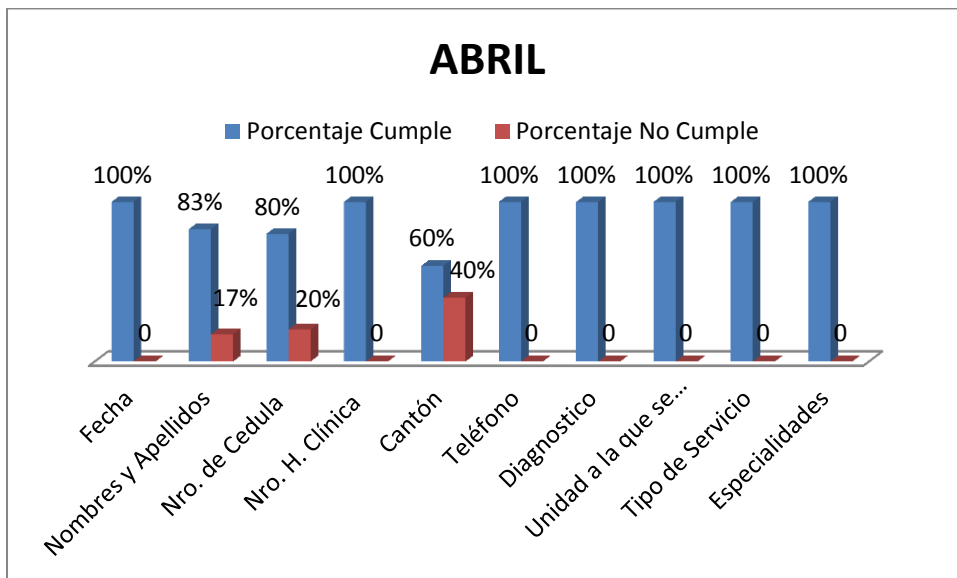


GRAFICO 17

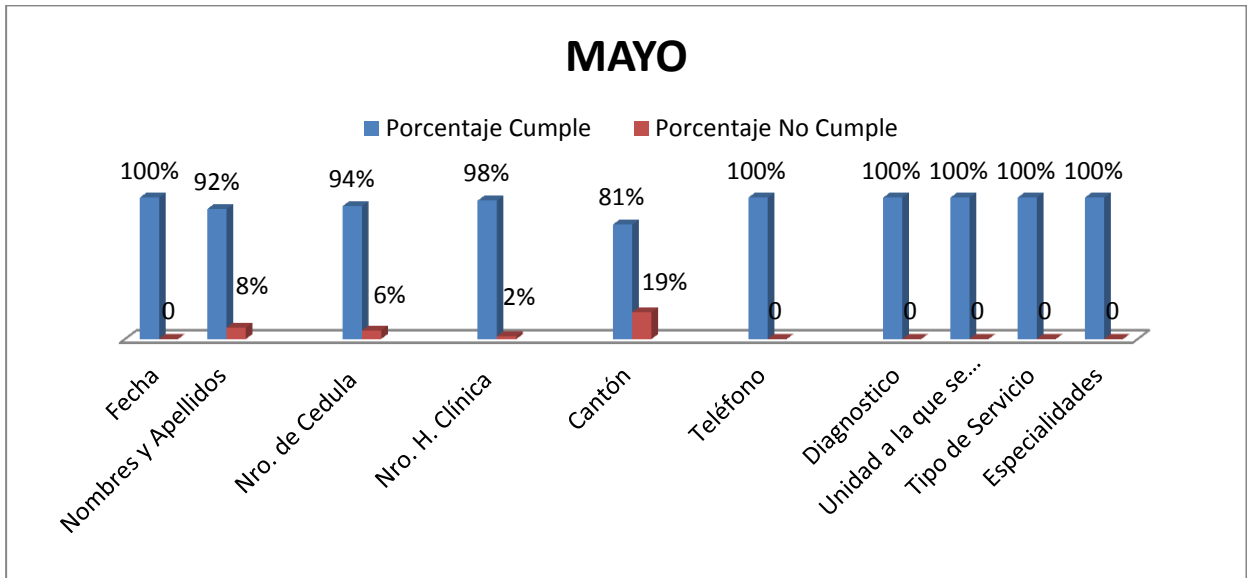
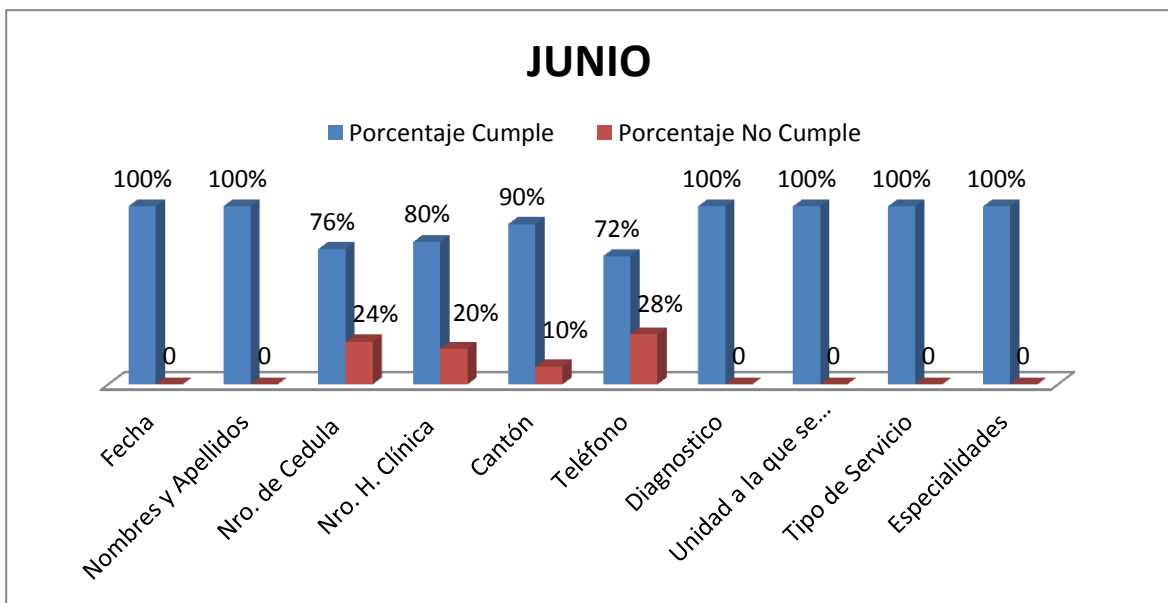


GRAFICO 18



3.2.3.1. ANÁLISIS DE LOS REQUISITOS QUE DEBEN CUMPLIR EN EL LLENADO DE LA MATRIZ PARA LLEVAR ACABO LA RED PÚBLICA INTEGRAL Y COMPLEMENTARIA DE SALUD

Se obtuvo la información de los archivos del Hospital Alfredo Noboa Montenegro siguiendo la matriz de los requisitos más importantes que deben cumplir todos los pacientes que integran la red pública integral y complementaria de Salud, siendo los más indispensables:

- Fecha
- Nombres y apellidos
- Numero de Cedula
- Numero de Historia Clínica
- Cantón
- Teléfono
- Diagnostico
- Unidad a la que se refiere
- Tipo de servicio
- Especialidades

De los 360 pacientes atendidos en el periodo de Enero a Junio 2013, cumplen con todos los requisitos mencionados anteriormente 177 pacientes, mientras que el resto de pacientes no cumplen con los requisitos indispensables por lo que se les excluyo de este análisis.

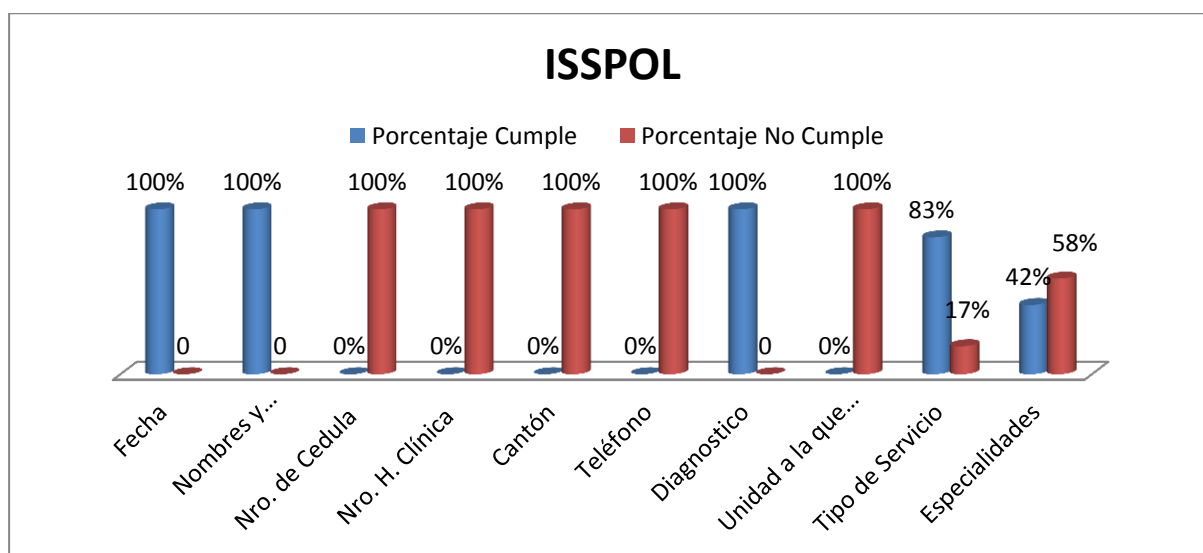
3.2.4. PACIENTES QUE SON DERIVADOS DEL ISSPOL AL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO EN EL PERIODO ENERO A JUNIO 2013

TABLA N° 1

NÚMERO DE PACIENTES QUE ACUDEN A DIFERENTE TIPO DE ATENCIÓN DEL ISSPOL AL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO

Tipo de Atención	NÚMERO DE PACIENTES	%
Emergencia	7	58.3%
Medicina Interna	1	8.3%
Consulta Externa	1	8.3%
Ambulatorio	1	8.3%
Radiología	1	8.3%
Laboratorio	1	8.3%
Total	12	100%

GRAFICO 19

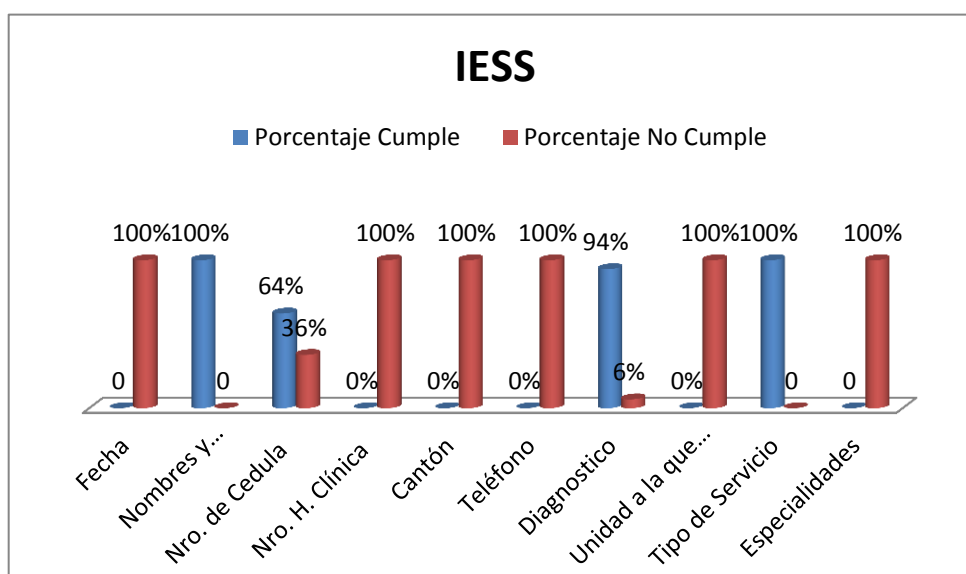


3.2.4.1 PACIENTES QUE SON DERIVADOS DEL IESS AL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO EN EL PERIODO ENERO A JUNIO 2013

TABLA N° 20

NÚMERO DE PACIENTES QUE ACUDEN A DIFERENTE TIPO DE ATENCIÓN DEL IESS AL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO		
Servicio a los que son referidos	NÚMERO DE PACIENTES	%
Emergencia	101	55%
Imagenología	72	39%
Oftalmología	4	2%
M. Interna	2	1%
Cirugía	2	1%
Radiología	2	1%
Gineco Obstetricia	1	1%
Total	184	100%

GRAFICO N° 20



3.2.4. 2 ANÁLISIS DE PACIENTES QUE PERTENECEN AL IEES E ISSPOL QUE SON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO

Para este tipo de pacientes se aplica otro análisis documental, porque cada uno de ellos debe tener después de su atención un código de validación, el mismo que permite la entrega de la fecha de facturación del Hospital Alfredo Noboa Montenegro a las Instituciones.

En la Guía de Observación realizada desde los archivos del Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el periodo de Enero a Junio 2013, se puede apreciar que 12 pacientes pertenecen al ISSPOL, y 184 pacientes al IEES; los mismos que acuden por diferente tipo de atención.

De los 184 usuarios que acudieron del IEES al Hospital Alfredo Noboa Montenegro, cumplen con los requisitos más importantes solo 144 pacientes, y de los 12 usuarios que acudieron del ISSPOL al H.A.N.M cumplen con los requisitos más importantes solo 3 pacientes.

3.3. CONCLUSIONES

1. En relación al nivel de conocimiento del personal de salud el 46% indican no conocer sobre la Red Pública Integral y complementaria, debido a que es un sistema de reciente gestión hospitalaria.
2. El personal encuestado del Hospital Alfredo Noboa Montenegro no lleva un adecuado manejo de la Red Pública Integral y Complementaria de salud, en lo que se refiere al llenado correcto de los formularios; y también de las instituciones prestadoras.
3. El personal encargado de la Red Pública Integral y Complementaria de salud en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro no lleva una apropiada coordinación para actualizar los conocimientos del personal de salud, del mencionado tema, y así ofrecer a los usuarios sus derechos de seguridad y oportunidad en sus tratamientos.
4. La realización de este trabajo investigativo ha constituido un gran desafío y una grata experiencia para las autoras al involucrarse con las autoridades del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, y también con el resto del personal que labora en esta casa de salud.

3.4. RECOMENDACIONES

1. Que el Ministerio de Salud Pública a través de sus autoridades difunda la Red Pública Integral y Complementaria que oferta el mismo, ya que con esto se beneficiaría el personal de salud y todos los usuarios que acuden a esta casa de salud.
2. Las autoridades del MSP que se encuentran como representantes de esta unidad de salud deberían realizar gestiones ante organismos gubernamentales para que estos les proporcionen materiales de información para dar a conocer los documentos indispensables que deben tener y así beneficiarse de la Red.
3. El Hospital Alfredo Noboa Montenegro, debe llevar un plan de capacitación trimestral sobre la Red Pública Integral de salud, hasta completar este proceso al 100%, ya que deben estar en constante educación.
4. Se debe promover en el personal mayor interés y participación en el trabajo de la Red Pública Integral y Complementaria de Salud, ya que ayuda a brindar una atención de calidad y calidez al usuario, familia y comunidad.
5. Se debe insistir y coordinar con los demás prestadores de salud, en el correcto llenado de los documentos habilitantes para la atención en la red pública integral de atención de salud.

CAPITULO IV: PROPUESTA

4.1. INTRODUCCIÓN

El Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda de la provincia Bolívar, es un Hospital de 2do nivel que brinda atención general en las cuatro especialidades básicas: Cirugía, Clínica, Pediatría y Gineco-Obstetricia; acuden usuarios de diferentes cantones de la Provincia Bolívar acogiendo prestaciones efectivas en salud.

Cumple acciones coordinadas multisectoriales de recuperación y rehabilitación de la salud con la participación de la comunidad organizada. Colabora con la formación y capacitación permanente del personal y desarrolla actividades de investigación científica y operativa.

Mediante la aplicación de encuestas al equipo de salud del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, hemos podido determinar que la mayor parte del personal tiene la necesidad de adquirir mayor conocimiento en lo que se refiere a la Red Pública Integral y Complementaria.

Por tal motivo hemos creído conveniente realizar una capacitación en lo que se refiere Red Pública Integral y Complementaria.

Por todo esto, como Internas Rotativas de Enfermería, queremos aportar conocimientos sobre temas mencionados anteriormente al personal de salud que labora en esta Unidad, que servirá para enriquecer los conocimientos y mejorar la atención que brinda a los usuarios/as.

4.2. JUSTIFICACIÓN

La presente capacitación va dirigida al personal de salud que labora en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, con la finalidad de educar y dar a conocer lo más relevante del tema, que puede repercutir en la atención del paciente.

Una vez analizada las encuestas y obtenidos los resultados del proceso de investigación hemos llegado a las conclusiones entre las cuales se destaca principalmente que existe un mal manejo por falta de conocimiento del llenado de los formularios que se llevan a cabo dentro de la Red Pública y Complementaria de Salud.

Es por ello que con un conocimiento Teórico – Científico nos proponemos presentar al equipo de salud del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, objeto de nuestro campo de investigación, una capacitación en donde se orientara acerca de la Red Pública Integral y Complementaria.

De esta manera, estamos dando un aporte que repercutirá en el personal de salud, en la atención que brinda esta casa de salud para el bienestar del paciente y familia.

4.3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Capacitar sobre el manejo de la Red Pública Integral y Complementaria de salud dirigido al personal de salud del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desarrollar un plan de capacitación del manejo de la RPIS dirigido al personal de salud del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

- Identificar la importancia y beneficios que tiene la Red Pública Integral y Complementaria de Salud.

- Socializar el uso correcto del Instructivo que lleva la Red Pública Integral y Complementaria de Salud.

4.4. SUSTENTACIÓN DE LA PROPUESTA

El rol del equipo de salud se basa en una serie de acciones coordinadas de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación por medio de las cuales brinda cuidados a los pacientes ayudándolos a satisfacer sus necesidades.

Esta investigación nos permite conocer que el personal encuestado tiene desconocimiento acerca de los formularios que se llevan a cabo dentro de la Red Pública y Complementaria de Salud.

4.5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

TEMA: Red Pública Integral y Complementaria de Salud.

LUGAR: Salón Auditorium del HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO.

DIRIGIDO: Personal de salud (médicos, enfermeras y administrativos).

PARTICIPANTES:

1ER GRUPO: 26/09/2013 10h00-12h00 – Médicos Tratantes, Residentes e Internos

2DO GRUPO: 03/10/2013 10h00-12h00- Líderes de Enfermería

3ER GRUPO: 10/10/2013 10h00- 12h00- Personal Administrativo, Trabajo Social.

HORA	TEMA	RESPONSABLES	METODOLOGÍA
10H00-10H05	Registro de asistencia	IRE: Viviana Sánchez IRE: Shirley Pilamunga	Inscripción
10h10-10h20	Bienvenida a los participantes	Dr. Guillermo Lombeida	Expositiva
10h20-11h00	Introducción y Antecedentes de la Red Pública Integral de Salud	Dr. Adrián Noboa	Expositiva y participativa
11h00-11h30	Normativa según el instructivo para la atención de pacientes de la red por emergencia programadas o para exámenes o procedimientos ambulatorios.	Lic. Blanca Llumiguano	Expositiva y participativa
11h30-11h45	Video Motivacional	IRE Autoras del Plan de capacitación.	Visual
11h45-12h00	Refrigerio	IRE Autoras del Plan de capacitación.	
12h00-12h10	Clausura	Dr. Lombeida	Expositiva

4.6. RECURSOS Y PRESUPUESTO

RECURSOS HUMANOS

Director de Tesis: Dr. Guillermo Lombeida.

Dr.: Adrián Noboa (Auditor del HANM).

Lic.: Blanca Llumiguano (Responsable de la RPIS del HANM)

Internas Rotativas de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar: Viviana Sánchez.

Shirley Pilamunga.

RECURSOS MATERIALES

- Infocus.
- Marcadores.
- Computadora.
- Cámara.
- Esferos.
- Carpetas.
- Parlantes.
- Puntero.
- Micrófono.
- Pilas.
- Hojas de papel bond.

4.7.PRESUPUESTO

MATERIALES	CANTIDAD	V. UNITARIO	TOTAL
Internet	----	----	6.00
Papel Bond	162	0.03	4.86
Marcadores	2	0.60	1.20
Oficios	4	1.00	4.00
Lapiceros	81	0.25	20.25
Computadora	----	----
Infocus	----	----
Carpetas	81	0.20	16.20
Transporte	4	1.00	4.00
Refrigerios	81	1.25	101.25
Aguas	9	0.35	3.15
TOTAL			160.91

4.8. SOSTENIBILIDAD

El Hospital Alfredo Noboa Montenegro se encuentra sensibilizado y concienciado para mantener en el tiempo un proceso de capacitación sobre el nuevo modelo de gestión hospitalaria y una parte de este es la Red Pública Integral de Salud.

Este trabajo investigativo podemos decir que se sustenta en el marco legal, político, técnico, económico que hasta la actualidad se encuentra vigente.

La Red Pública Integral de Salud está conformada por: el Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y Seguro Social Campesino, Fuerzas Armadas y Policía Nacional como lo dispone el artículo 360 de la Constitución, a esta red debe articularse las Unidades de Atención de la Dirección de Rehabilitación Social.

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Dicho artículo pone de manifiesto lo siguiente:

Art. 360.- El sistema 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.

El plan propuesto nos permitirá capacitar sobre la Red Pública Integral y Complementaria de Salud, para dar a conocer y mejorar el mismo, mediante esto podemos satisfacer las necesidades de cada individuo y brindar una atención con calidad y calidez.

La sostenibilidad se promoverá con la participación del personal de salud del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

4.9. FACTIBILIDAD

FACTIBILIDAD SOCIAL

Existe una predisposición del personal de salud para la ejecución del plan de capacitación y así mejorar el manejo de la Red Pública Integral y Complementaria de salud.

FACTIBILIDAD TÉCNICA

En este sentido nosotras como Internas Rotativas de Enfermería con la guía de nuestro Tutor de tesis Dr. Guillermo Lombeida, la Lic. Blanca Llumiguano, seleccionaremos la información y realizaremos la elaboración minuciosa y precisa del material para dicha capacitación.

FACTIBILIDAD ECONÓMICA

Por ser de bajo costo el plan puede ser financiado por las Internas Rotativas de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar.

Además por ser parte de la política Nacional de salud tiene oportunidad de garantizar el derecho a la salud por mucho más tiempo.

4.10. RESULTADOS ESPERADOS

- Afianzar los conocimientos sobre la Red Pública Integral y Complementaria de salud en un 80% al personal del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

- Asistencia del 90% del personal convocada a la capacitación brindada por las Internas de Enfermería.












BIBLIOGRAFÍA

1. Asamblea Constituyente 2008. Constitución de la República del Ecuador 2008.
2. ASE, Iván y BURIJOVICH, Jacinta. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? vol.5, n.1 [citado 2013-10-06], pp. 27-47.
3. Ase I. La descentralización de servicios de salud en Córdoba (Argentina): Entre la confianza democrática y el desencanto neoliberal. Salud Colectiva. 2006; 2(2):199-218.
4. Bolis, M. (2001). “Marco jurídico para la regulación del financiamiento y aseguramiento del sector de la salud”. Taller Regulación del sector salud. Santiago: OPS/OMS.
5. Bolívar, Kalindy. “Construyamos Salud”. Sistematización de la Experiencia “Fortalecimiento del Modelo de Atención en Salud y Calidad de Vida en Poblaciones Rurales de las Provincias de Pichincha y Esmeraldas” Corporación Utopía, Quito, 2011, en edición.
6. Bloch C. Atención Primaria de Salud en Argentina, desarrollo y situación actual. [Mesa Redonda]. En: Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires: Grupo Editor de las Jornadas; 1988. p.13-47.
7. Constitución Política de la República artículos: 323, 32, 52, 54, 66(25), 100 (2), 227, 276 (3), 340, 362, 363 (2), 366.
8. Debabar B. Atención Primaria de la Salud: ¿selectiva o integral? Foro Mundial de la Salud. 1984; 5(4):347-350.
9. De Kadt E, Tasca R. Promover la equidad. Un nuevo enfoque desde el sector salud. Washington: OPS; 1993. (Serie Salud en el Desarrollo).
10. Echeverría R. (2007). Las políticas de salud y el sueño de la reforma. En la equidad en la mira. Quito: OPS/OMS-CONASA.
11. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, capítulo II, De la Autoridad Sanitaria Nacional: Art: 4, 6,9.

12. La Serna C, Ase I, Buriyovich J. La reforma del sector salud en la provincia de Córdoba. En: Políticas de Atención Primaria de la Salud. Córdoba: Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública, Universidad Nacional de Córdoba; 2007.
13. Manual del Modelo de atención integral de salud. Familiar, comunitario e intercultural MAIS-FCI. MSP2009
14. Manual operativo red nacional integrada de servicios de salud red pública integral de salud- red privada complementaria versión preliminar final 1.3
15. Ministerio de Salud Pública (MSP).
16. Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud. Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural. Documento original. 2008.
17. (Montenegro, H. Presentación “Organización de sistemas de servicios de salud en redes”. Foro
18. internacional de redes de servicios y ordenamiento territorial en salud. Bogotá, Colombia, 11-13 de junio del 2003).
19. Norma Modelo de Atención Integral en Salud SEPSS - MSP 2010.
20. Norma técnica para el procedimiento de evaluación, selección, calificación y adquisición de servicios de salud de la red pública integral de salud y de la red privada complementaria.
21. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata. Kazajstán: OMS; 1978.
22. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud. 49 consejo directivo 61.a sesión del comité regional Washington DC: 2.009.
23. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Renovación de la Atención primaria de salud. OPM/OMS/ Washington D: C: 2007.
24. (Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2007. Vol. I, p. 319. Washington, DC: OPS; 2007).

25. Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Temas de discusión. Washington: OPS; 1993. (Serie HSS/SILOS 17).
26. Villalobos, L. (1997) El concepto de salud en la reforma implicaciones operativas para una atención integral, en Costa Rica, las políticas de salud en el umbral en la reforma. San José, Costa Rica: UNICEF.

WEBGRAFIA

-  <http://www.msp.gob.ec>.
-  <http://new.paho.org/hq/>
-  <http://www.salud.gob.ec>.
-  <http://construyamossalud.grupofaro.org>.
-  <http://www.salud.gob.ec>.
-  <http://instituciones.msp.gob.ec/INSTRUCTIVO0001.pdf>
-  <http://www.paho.org>
-  <http://direccion.blogs.hospitalelcruce.org/>
-  <http://www2.paho.org/>
-  <http://acmoti.com>
-  <http://www.buenastareas.com/ensayos/Instituciones-Prestadoras-De-Salud>

ANEXOS

ANEXO N°1
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
ENCUESTAS REALIZADAS AL PERSONAL DEL HOSPITAL ALFREDO
NOBOA MONTENEGRO
UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERÍA

La aplicación de este instrumento solo tiene el objetivo científico y académico y sus resultados no podrán ser difundidos por ningún medio.

1.- ¿Qué función desempeña dentro de esta casa de Salud?

Médico ()

Enfermera ()

Otros ()

2.- ¿Conoce usted acerca de la Red Pública Integral y Complementaria de salud?

Si ()

No ()

3.-Ha recibido alguna capacitación acerca de la Red Pública Integral y Complementaria de salud

Si ()

No ()

Hace que tiempo:

+ 3 meses ()

-3 meses ()

4.- ¿Cuál fue el tipo de Capacitación que recibió?

Taller ()

Charla ()

Curso ()

5.- ¿Conoce usted cuáles son los documentos que se utiliza en la Red Pública Integral y Complementaria de Salud.

Si ()

No ()

Cuales:

.....
.....
.....

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO N°2



MATRIZ DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD- BASADA EN LA GUÍA DE OBSERVACIÓN

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Elaborado por: Econ. Ana Lucía Mendoza - Unidad de Planificación - Información, seguimiento y control de la Gestión

BASE MATRIZ 1 - CUADERNO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

MES											Unidad Operativa						VERDADERO								
Total de Consultas											Totales	-					-	-	-	-	-				
REFERENCIA														AGENDAMIENTO HOSPITAL				CUMPLIMIENTO CONTRA REFERENCIA							
N°	Fecha	Nombres y Apellidos	Nro Cédula	N° Historia Clínica	Cantón	Parroquia	Sector-Comunidad	Dirección	Teléfono	Médico que refiere	Diagnóstico	Unidad a la que se refiere	Tipo de Servicio Ambulatorio	Especialidad	Fecha y Hora de la Cita	Médico al que se refiere	Número de Turno	Nombre Persona de Estadística	CUMPLIMIENTO	Efectivas	CUMPLIMIENTO	Bien llenadas SI/NO	Referencia Justificada	OBSERVACIONES	
1																									
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									

ANEXO N° 3

GLOSARIO

ACCESIBILIDAD: Se habla de accesibilidad de la atención cuando es fácil de iniciarse y de mantenerse. Esta depende de los proveedores que la hacen más o menos fácil de alcanzar y de usar, de la mayor o menor dificultad de alcanzar y de usar los servicios brindados por un prestador, pero también depende de la habilidad de los clientes potenciales para vencer los obstáculos financieros, espaciales, sociales y psicológicos que se interponen entre ellos y la recepción de la atención.

ASEGURAMIENTO: Consiste en la garantía de cobertura de los servicios de salud y el acceso a los mismos.

CONVENIO: Pacto escrito entre las partes que se obligan sobre materia o cosa determinada, y a cuyo cumplimiento pueden ser compelidas.

EMERGENCIA: Es la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad calificados a través de un sistema estandarizado de triaje, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.

EQUIDAD EN SALUD: se refiere a la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud y a los ambientes saludables, y en el trato que se recibe en el sistema de salud y en otros servicios sociales.

FINANCIAMIENTO: Función de un sistema de la salud responsable de la movilización, la acumulación y la asignación de recursos para cubrir las necesidades de la salud de la población, ya sea individualmente o colectivamente, en el sistema de la salud.

FRAGMENTACIÓN (DE SERVICIOS DE SALUD): coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial. Otras definiciones abarcan: a) servicios que no cubren toda la gama de servicios de fomento, prevención, diagnóstico y tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo; b) servicios de distintos

niveles de atención que no se coordinan entre sí; c) servicios que no se continúan a lo largo del tiempo; yd) servicios que no se ajustan a las necesidades de las personas.

INSTRUCTIVO PARA LA VIABILIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN UNIDADES DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD Y EN LA RED PRIVADA (COMPLEMENTARIA) DE PRESTADORES SERVICIOS DE SALUD:

Es el documento técnico que tiene por finalidad establecer, unificar y normar los procedimientos administrativos, a fin de cumplir lo expresamente dispuesto en las leyes vigentes sobre el tema, y facilitar el acceso de los usuarios a los servicios de salud que requieran por atención emergente o programada, mediante derivación, referencia y contra referencia entre unidades calificadas/acreditadas de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria.

PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD: Es todo establecimiento organizado para la prestación de los servicios de salud.

RED DE SERVICIOS: se refiere fundamentalmente a: a) articulación funcional de unidades prestadoras de distinta naturaleza; b) organización jerárquica según niveles de complejidad; c) un referente geográfico común; d) el comando de un operador único; e) normas operacionales, sistemas de información y otros recursos logísticos compartidos; y f) un propósito común.

REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD: una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve.

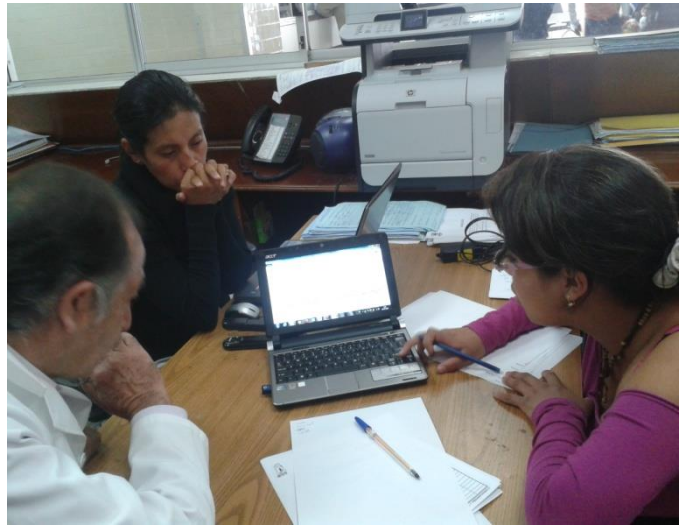
SERVICIOS DE SALUD: Es el conjunto de actividades y procesos que están destinados ofertar prestaciones de salud, de promoción, de prevención, de recuperación y/o rehabilitación en forma ambulatoria, domiciliaria o internamiento, son clasificados de acuerdo a la capacidad resolutoria, niveles de atención y complejidad.

SISTEMA DE SALUD: Conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordiales promover, recuperar y/o mejorar la salud.

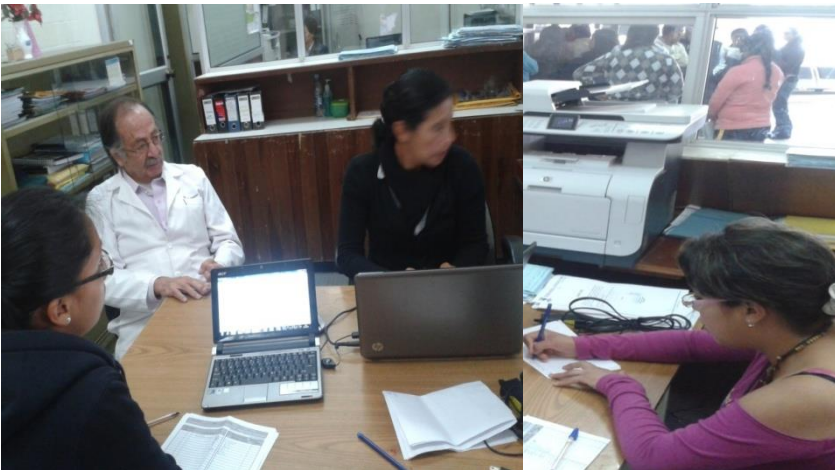
TUTORIAS

ANEXO N° 4

TUTORÍAS CON DIRECTOR DE TESIS DR. GUILLERMO LOMBEIDA



COORDINACIÓN PARA PLAN DE CAPACITACIÓN DR. GUILLERMO LOMBEIDA, LIC. BLANCA LLUMIGUANO E INTERNAS DE ENFERMERÍA



ANEXO N° 5

FOTOGRAFÍAS

ENCUESTAS APLICADAS EN EL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO

PEDIATRÍA



CIRUGÍA



GINECOLOGÍA



NEONATOLOGÍA



MEDICINA INTERNA



EMERGENCIA



MEDICOS RESIDENTES



MÉDICOS TRATANTES



DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL



PLAN DE CAPACITACIÓN



**INTERVENCION DE LA DRA. LUISA LOMBEIDA. TRABAJADORA SOCIAL
DEL
HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO**

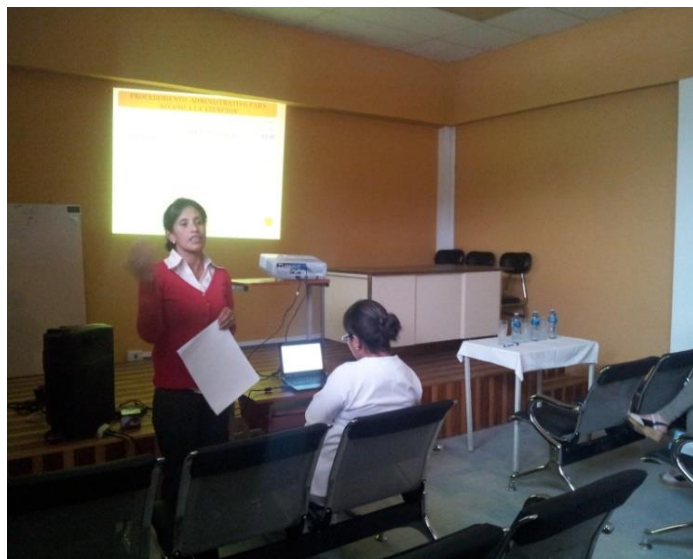


REFRIGERIO POR PARTE DE LAS INTERNAS DE ENFERMERÍA



CAPACITACIÓN A MÉDICOS TRATANTES





REFRIGERIO POR PARTE DE LAS INTERNAS DE ENFERMERIA



GRUPO RESPONSABLE DEL PLAN DE CAPACITACIÓN



ANEXO N° 6

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DURANTE EL DESARROLLO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN INTERNAS ROTATIVAS PERIODO 2013-2014

ITEMS	ACTIVIDADES	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	
1	DIAGNOSTICO SITUACIONAL Y PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS	→														
2	DEFINICIÓN DE TEMA A INVESTIGAR EN BASE A LA NECESIDAD INSTITUCIONAL	→														
3	PRESENTACIÓN Y APROBACIÓN DE DENUNCIA DE TEMA			→												
4	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DURANTE TODO EL TRABAJO DE TESIS	→														
5	CONSTRUCCIÓN PRIMERA PARTE: TEMA, JUSTIFICACIÓN, PROBLEMA, HIPÓTESIS, VARIABLES, OPERACIONALIZACION DE VARIABLES				→											
6	CONSTRUCCIÓN SEGUNDA PARTE: RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS							→								
7	CONSTRUCCIÓN TERCERA PARTE: ORGANIZACIÓN DE TRABAJO DE TESIS SEGÚN FORMATO, MARCO TEÓRICO, PROPUESTA, DATOS ADMINISTRATIVOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES										→					

8	PRESENTACIÓN DEL PRIMER BORRADOR CORREGIDO POR DIRECTORES AL CIE																		→
9	ASIGNACIÓN DE PARES ACADÉMICOS																		→
10	PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS DE TESIS A PARES ACADÉMICOS PARA CORRECCIONES Y CALIFICACIONES																		→
11	CORRECCIÓN CON LOS TRABAJOS CON DIRECTORES																		→
12	PRESENTACIÓN DE BORRADOR FINAL AL CIE																		→
13	DEFENSA DE TRABAJO DE TESIS																		→

Responsables:

Tutor de Tesis: Dr. Guillermo Lombeida.

Internas Rotativas: Viviana Soledad Sánchez Ochoa- Shirley Estefanía Pilamunga Jiménez

ANEXO N°7

PRESUPUESTO DE LA TESIS

DETALLE	CANTIDAD	V. UNITARIO	TOTAL
Horas de Internet	60h	1.00	60.00
Resmas de papel	5	4.50	22.50
Carpetas	5	0.25	1.25
Impresiones a blanco y negro	1440	0.10	144.00
Impresiones a color	300	0.25	75.00
Oficios en especie valorada	8	2.30	18.40
Copias	150	0.03	4.50
Anillados	8	2.00	16.00
Empastados	4	20.00	80.00
Esferográfico	10	0.25	2.50
Lápices	5	0.30	1.50
Casette AA	2	1.50	3.00
Propuesta	----	----	160.91
Llamadas	----	----	20.00
Transporte	30	1.00	20.00
TOTAL			629.56

ANEXOS

COMPLEMENTARIOS

DE LA

INVESTIGACION