

Betty Espinosa y William Waters, editores

Transformaciones sociales y sistemas de salud en América Latina



FLACSO
ECUADOR

Índice

Presentación	9
Introducción	
Visiones comparativas de las transformaciones sociales y los sistemas de salud en América Latina	11
<i>William F. Waters</i>	
SECCIÓN 1	
SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD EN ECUADOR Y AMÉRICA LATINA	
Buen gobierno en salud: un desafío de todos	27
<i>Nilhda Villacrés</i>	
Los modelos de atención de salud en el Ecuador	49
<i>Fernando Ortega Pérez</i>	
Los servicios públicos de atención de salud del DMQ: cantidad, calidad y costos	65
<i>Ruth Lucio</i>	
Los contenidos de la agenda local de salud: heterogeneidades y problemas transversales en municipios del Conurbano Bonaerense, Buenos Aires, Argentina	85
<i>María Mercedes Di Virgilio y María Canel</i>	
Un acercamiento al pluralismo médico en los Andes	101
<i>Jos Demon</i>	

© De la presente edición:

FLACSO, Sede Ecuador
La Pradera E7-174 y Diego de Almagro
Quito-Ecuador
Telf.: (593-2) 323 8888
Fax: (593-2) 3237960
www.flacso.org.ec

ISBN:
Cuidado de la edición: Paulina Torres
Diseño de portada e interiores: Antonio Mena
Imprenta: Rispergraf
Quito, Ecuador, 2008
1ª. edición: junio, 2008

SECCIÓN 2

POLÍTICAS DE SALUD Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL ÁMBITO NACIONAL E INTERNACIONAL

Desde el diseño a la implementación de políticas públicas: el caso de la reforma de salud en Chile	123
<i>Óscar Arteaga</i>	
A política de saúde e o Programa Saúde da Família no debate da seguridade social no Brasil: o olhar do serviço social	145
<i>Laurita Wiese</i>	
Educación ciudadana y políticas públicas en salud	163
<i>Juan Camilo Salas Cardona</i>	
Ecuador offers an alternative option to international aid and health policies	177
<i>Jean-Pierre Unger, Nancy Vásconez y Pierre De Paepe</i>	
Salud familiar integral y Asamblea Constituyente	189
<i>Edgar Rodas Andrade</i>	

SECCIÓN 3:

PRÁCTICAS EN LAS PROFESIONES DE SALUD

Formas simbólicas y tránsitos identitarios: una aproximación teórico-metodológica a las percepciones, usos y apropiación de la noche entre los enfermeros y enfermeras nocturnos	207
<i>Andrés López Ojeda</i>	
De la identidad institucional a la figura de estatus en la profesión de enfermería: un estudio de caso con enfermeras del sector público en la Ciudad de México	227
<i>Hedaldid Tolentino Arellano</i>	
Medicalización e industria del nacimiento	249
<i>Raúl Mideros Morales</i>	

Los servicios públicos de atención de salud del DMQ: cantidad, calidad y costos

Ruth Lucio*

Introducción

En este documento interesa esbozar la configuración y características de la atención de salud en la capital de la República. El objetivo se vuelve necesario cuando la ciudad se encuentra a puertas de una de las intervenciones más importantes en los últimos años en el ámbito de salud: el aseguramiento en salud de la población quiteña, tema que con seguridad influirá para propiciar cambios sustantivos en dicha configuración inicial, tanto por la relación concertada e inédita entre el Gobierno nacional y subnacional, que establece la posibilidad de direccionar políticas públicas de salud de manera coherente y con mayor cercanía, cuanto por la sujeción del sistema en su conjunto a un ejercicio de provisión con efectivo apego a la normativa técnica y estándares nacionales, así como a la ampliación de cobertura imperativa.

El documento actual, aborda sucesivamente los temas de unidades de salud existentes, usos de los servicios, percepción de calidad de los usuarios, estándares de calidad técnica cumplidos por los servicios y costos de los servicios de atención de salud del Distrito Metropolitano de Quito (DMQ). Para su tratamiento, se recogen los elementos de volumen y estructura del sector de las encuestas regulares que realiza el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) sobre recursos y actividades en salud. Para trabajar el tema de usos, calidad y costos, en su mayoría se recu-

* Directora Nacional del Proyecto “Salud de Altura” Municipio de Quito y Cooperación del gobierno de Bélgica.

re a los datos proporcionados por investigaciones y encuestas levantadas por el Proyecto Salud de Altura¹ (PSA) durante el período 2006 y 2007, siendo las más relevantes aquellas que brindan información que permite realizar una comparación de datos entre la población del Distrito y la población pobre del Distrito Metropolitano de Quito en relación con la atención de su salud.

El documento brinda una panorámica aplicable a cualquier territorio y otorga elementos importantes para la definición de políticas a favor de la población quiteña.

Instituciones de salud y recursos humanos en el Distrito Metropolitano de Quito

En el Distrito Metropolitano de Quito las instituciones proveedoras de salud crecieron de 484 en el 2002², a 503 en el 2005. Pertenecen a diferentes subsistemas institucionales coexistentes en el sector, y están organizadas bajo distintos procesos administrativos y territoriales.

Tipo de Unidad Operativa	Privados	Cías. Autónomas	Misionales, universidad, etc.	SOLCA	Anexos al IESS	IESS	SSC	MBS	MEC	Ministerio de Defensa	Ministerio de Gobierno	MSP	Municipio	TOTAL
Centro de Salud			1									13		14
Clínica P.	94													94
Dispensario Médico	14	3	4		139	8	8	9	32	13	6	2	7	245
H. Cantonal												2		2
H. dermatológico												1		1

1 El Proyecto Salud de Altura "Fortalecimiento de servicios públicos de atención de salud del DMQ" es producto de la Cooperación para el Desarrollo del Reino de Bélgica al Ecuador, se ejecuta a través del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito con un monto de 4 millones de euros. Inició sus actividades en el año 2005 y está previsto que termine en el 2009.

2 INEC. Encuesta Recursos y Actividades, Salud 2002 y 2005.

H. General	4					1				1	1	3	2	12
H. Geriátrico											1		1	
H. Gineco-Obstétrico												1		1
H. Oncológico					1									1
H. Pediátrico													1	1
H. Psiquiátrico													3	3
Otros			13										1	14
Puesto de Salud													2	2
Subcentro de Salud													112	112
Total general	112	3	18	1	139	9	8	9	32	14	7	142	9	503

Fuente: INEC.

Elaboración: Proyecto Salud de Altura: Daniela Oleas.

El sector público de atención de salud³ conformado por el MSP y Municipio del DMQ, para 2005 cuenta con 151 instituciones, de las cuales 94 por ciento pertenecen al MSP y 6 por ciento al MDMQ (Cuadro 1).

Estas unidades atienden muchas veces a las mismas poblaciones de manera superpuesta, y, paradójicamente también, dejan fuera del acceso a poblaciones que no son captadas por ningún otro subsistema de salud. Ello se debe fundamentalmente a la carencia de un registro y planificación global de los servicios de atención de salud, que permita una distribución racionalizada para cubrir a la mayor cantidad de población, con eficiencia, calidad, sin duplicación de cobertura ni desperdicio de recursos.

3 Para el análisis en este documento consideraremos como servicios públicos de atención de salud en el DMQ, únicamente a las unidades proveedoras del MSP localizadas en el territorio distrital, así como a las denominadas Unidades de Salud Municipal (USM) del MDMQ (ó ex patronatos), dejando de lado las otras unidades de atención existentes vinculadas a otros subsistemas públicos de salud, debido a que están dirigidos a demandas complementarias y acotadas de manera corporativa, por lo cual dan servicio a personal de instituciones y organizaciones específicas, o pertenecen al Seguro Social Ecuatoriano, que tiene una lógica de financiamiento contributiva diferente, basada en aportes de patronos y trabajadores.

Es importante señalar que en la última década se observa una tendencia a nivel nacional creciente de las unidades del sector privado, mientras el sector público se mantiene prácticamente constante. Así entre 1996 y 2005 el sector privado crece en 69,8 por ciento, mientras el público lo hace en 4,46 por ciento.

Esta misma tendencia se observa en el MDMQ, donde además se tiene un crecimiento importante de consultorios privados, que no se encuentran registrados en conjunto con las demás instituciones. Este constituye el antecedente para analizar el uso predominante por parte de los quiteños de servicios privados, como se verifica en el acápite pertinente.

En lo que respecta a recursos humanos, en las instituciones públicas y privadas de salud del DMQ laboran para el año 2005, aproximadamente 5 350 médicos de un total nacional de 22 695⁴, esto representa el 24 por ciento del total nacional y alrededor del 87 por ciento del total provincial (Cuadro 2).

La mayor cantidad de médicos en el sector salud del Distrito, laboran en entidades privadas 27 por ciento del total nacional, mientras en el ámbito público lo hace el 22 por ciento. Si se analiza el dato con relación a la provincia de Pichincha, la cifra representa 89 por ciento de recursos del ámbito público y 85 por ciento en el sector privado.

El sector no gubernamental, conocido como privado sin fines de lucro tiene en representatividad una baja incidencia, sin embargo el DMQ concentra también el mayor porcentaje de recursos humanos que laboran en instituciones de este tipo. Respecto a la provincia, el Distrito concentra el 86,93 por ciento de los médicos y el 12,3 por ciento, respecto al país.

⁴ Para el análisis en este documento consideraremos como servicios públicos de atención de salud en el DMQ, únicamente a las unidades proveedoras del MSP localizadas en el territorio distrital, así como a las denominadas Unidades de Salud Municipal (USM) del MDMQ (o ex patronatos), dejando de lado las otras unidades de atención existentes vinculadas a otros subsistemas públicos de salud, debido a que están dirigidos a demandas complementarias y acotadas de manera corporativa, por lo cual dan servicio a personal de instituciones y organizaciones específicas, o pertenecen al Seguro Social Ecuatoriano, que tiene una lógica de financiamiento contributiva diferente, basada en aportes de patronos y trabajadores.

Cuadro No. 2
Recursos médicos que laboran en el DMQ en el año 2005

	Médicos 8 horas	Médicos 1/2 tiempo 4 a 7 horas	Menos de 4 horas	Llamada ocasionales	Total médicos
Sector público	387	1904	63	49	2403
Sector privado	597	188	350	1639	2774
Sector privado sin fines lucro	16	90	29	38	173
Total sector salud	1000	2182	442	1726	5350

Fuente: Encuesta de Recursos y Actividades en Salud 2005 (ERAS – 2005).
Elaboración: Proyecto Salud de Altura.

De lo visto resalta el hecho de que los profesionales médicos del sector privado son en su mayoría de llamada ocasional, así su tipo de contratación propicia flexibilidad e incertidumbre, lo cual favorece su vinculación con diferentes instituciones, debilitándose el sentido de pertenencia o exclusividad, así como la posibilidad de constituirse en un ente con posibilidad real de ser capitalizado por su entidad al constituirse un activo institucional en el cual invertir.

Adicionalmente es importante anotar que para 2006, la vigencia de una norma legal avalizada por la Federación y gremios de profesionales médicos, que contempló pasar a trabajar una jornada de cuatro horas en lugar de ocho al día, como una reivindicación salarial, presenta resultados muy diferentes comparando el 2005 y el 2006, puesto que tal medida incide al menos en una menor producción, consiguientemente en menor productividad en el sector público, pero sobre todo una pérdida de confianza en el mismo y favorece el desplazamiento de la población hacia el sector privado, tendencia que analizaremos más adelante.

Usos, preferencias y tiempos de espera de los quiteños de los servicios de salud en el DMQ

La población quiteña acudió en mayor número a provisión privada que pública, 70 por ciento a 30 por ciento. El sitio más concurrido fue el consultorio particular con alrededor del 27 por ciento⁵.

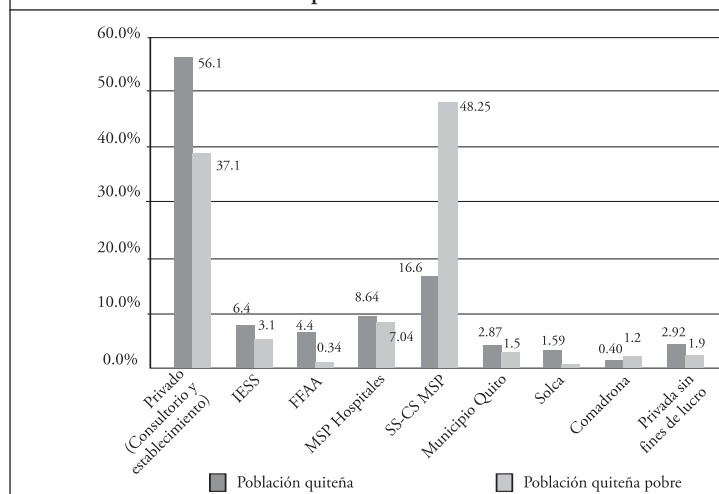
La población pobre de Quito buscó también en mayor número atención privada (52 por ciento), mientras que el 49 por ciento acudió a un lugar público. El sitio más concurrido fue la farmacia con 21 por ciento, seguido por el consultorio particular en 20 por ciento.

Si se analiza de manera más específica, el lugar utilizado por los usuarios para atenderse ambulatoriamente, el 56,11 por ciento de la ciudadanía quiteña acudió a consultorios médicos particulares y a establecimientos del sector privado, mientras las personas pobres y en extrema pobreza lo hicieron en el 37,12 por ciento.

A instituciones de primer nivel, centros y subcentros de salud públicos, asistieron 17 de cada 100 quiteños y 48,25 de cada 100 quiteños pobres. A hospitales públicos acudió el 8,68 por ciento de los quiteños y el 7,04 por ciento de los pobres quiteños. No se encontró ningún pobre que haya acudido a la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador (SOLCA) aunque el 1,59 por ciento de los quiteños declaró haberse hecho atender allí; y 1,22 por ciento de los pobres acudió a un agente de salud tradicional.

5 Tomado del Proyecto de Fortalecimiento de servicios públicos de atención de salud en el DMQ "La Salud en Quito: Línea de base del proyecto salud de altura" Julio 2007. Quito –Ecuador en Prensa.

Gráfico No. 1
Establecimiento donde acudió para consulta morbilidad



Fuente: La Salud en Quito: Línea base del Proyecto Salud de Altura. En prensa. 2007.
Elaboración: Proyecto Salud de Altura.

Respecto de los otros subsistemas, 6,4 de cada 100 quiteños acudió a establecimientos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), y de manera similar tan solo el 3,11 por ciento en el caso de hogares pobres. Alrededor del 3 por ciento de la población quiteña declara haber acudido a unidades municipales, situación igual en el 1.6 por ciento de los quiteños pobres.

En cuanto a instituciones privadas sin fines de lucro como Vista para Todos, Tierra Nueva, Cemoplaf, APROFE, Cruz Roja, e Innfa, casi 3 por ciento de los quiteños declara haber acudido a estos lugares, al igual que el 1.4 por ciento de los quiteños pobres.

Entre las causas más importantes para entender las preferencias hacia lo privado tanto la población en general del DMQ, cuanto los grupos pobres responden en primer lugar, la buena calidad (32 a 39 por ciento), luego la ubicación cercana (entre 17 y 18 por ciento).

Quienes fueron al sector público, indican, en el caso de los hogares pobres, que lo hicieron por cercanía el 41 por ciento y por precios bajos, el

23,4 por ciento. En tanto, los hogares quiteños que prefieren los establecimientos públicos manifestaron que usaron el servicio porque “está cerca” en un 26 por ciento y “por costumbre”, el 12,8 por ciento.

De los quiteños que fueron atendidos, el 77 por ciento manifestó que lo hizo un médico, el porcentaje baja a 72 por ciento, en el caso de quiteños pobres.

Un tema que evidencia maltrato e inequidad para todos, pero con mayor énfasis en el sector pobre, es el tiempo de espera promedio para ser atendido. En general en un establecimiento público se registró 1 hora 43 minutos, y en los privados, 22 minutos.

Para el caso de los hogares pobres del DMQ, el tiempo de espera promedio fue en establecimiento público de 2 horas con 7 minutos, y en privado de 38 minutos.

Siendo la barrera económica una de las razones considerada importante para acceder a los servicios de salud, es interesante observar las principales razones de la no asistencia a servicios públicos de salud donde la atención es gratuita para la población vulnerable.

Cuadro No. 3 Razones por las que no acuden a los establecimientos públicos cerca de la vivienda		
Hogares DMQ	General %	Q1 y Q2 %
No registra	5,5	16,93
Está lejos	1,2	3,01
Mala calidad de atención	46,15	45,7
No pasa abierto	5,21	5,37
No hay quien atienda	4,32	7,86
No hay medicina	0,79	1,79
Cobran por la atención	1,4	5,42
Otra	35,44	13,92
Total	100	100
Fuente: Encuestas Línea Base. Elaboración: Proyecto Salud de Altura.		

Agrupando las razones más importantes para no acudir a establecimientos públicos ubicados cerca de la vivienda se encuentran los temas relacionados con calidad deficiente de la atención. Esto se observa en un 58 por ciento y 64 por ciento, respectivamente en hogares quiteños y hogares quiteños pobres.

La percepción de mala atención en los servicios de salud es igual en los hogares generales y en hogares pobres

Calidad percibida de la población quiteña sobre los seguros y servicios de salud de la ciudad⁶

Analizada la percepción sobre la información de beneficios y derechos que reciben los usuarios de los seguros a los cuales se adscriben, en el caso del IEISS, la población declaró mayoritariamente una opinión de mala calidad, mientras para el caso del Seguro Social Campesino (SSC), la opinión mayoritaria está entre buena y muy buena calidad de la información otorgada. La opinión respecto a la información del Instituto de Seguridad Social de Fuerzas Armadas es excepcional, ya que el 100 por ciento declara que es muy buena. En cuanto al Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL), la opinión se divide exactamente entre mala y muy buena; respecto al Seguro Metropolitano de Salud, la percepción es mayoritariamente buena y en el caso de los seguros privados y empresas de medicina prepagada existe una percepción mayoritaria de muy buena calidad de la información brindada sobre beneficios y derechos (Cuadro 4).

6 Los datos se desprenden de una encuesta de usuarios posterior a su atención en los subsistemas de salud de la ciudad, con significancia estadística representativa. Se levantó por el Proyecto Salud de Altura para efectos de construir su línea basal.

Cuadro No. 4 Opinión respecto a la calidad: en información sobre los beneficios y derechos (porcentajes)							
Cobertura de seguro	No informa	Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena	Total
IESS, Seguro general	10	14	32	24	14	6	100
IESS, Seguro campesino	33	0	0	0	33	33	100
Seguro ISSFA	0	0	0	0	0	100	100
Seguro ISSPOL	0	0	50	0	0	50	100
Seguro metropolitano	6	6	0	29	59	0	100
Seguro salud privado	0	0	14	0	29	57	100
Otro	0	0	0	0	0	100	100

Fuente: Encuestas de Línea de Base Proyecto Salud de Altura.
Elaboración: Proyecto Salud de Altura.

A los requerimientos sobre la opinión de la calidad de la atención de la red de proveedores con que operan los mismos subsistemas de seguros analizados anteriormente, la población quiteña expresa una opinión de calidad ligada a su experiencia concreta vivida, mostrada en los datos que se encuentran esbozados en el cuadro No. 5, expuesto a continuación.

En este ítem destaca la opinión mayoritariamente buena del 100 por ciento de los usuarios de la red con la cual trabaja el ISSPOL, así como del 33 por ciento de los usuarios del SSC y del 47 por ciento de los usuarios de la red de Seguro Metropolitano. Un dato sumamente importante se refiere a que el 57 por ciento de los aseguradores a seguros de salud privado refiere una opinión muy buena sobre la red de proveedores con las cuales estos operan, también en su amplia mayoría privados.

Cuadro No. 5 Opinión respecto a la calidad: la red de proveedores (porcentajes)							
Cobertura de seguro	No informa	Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena	Total
IESS, Seguro general	21	8	32	25	11	3	100
IESS, Seguro campesino	33	0	33	0	33	0	100
Seguro ISSFA	0	50	0	50	0	0	100
Seguro ISSPOL	0	0	0	0	100	0	100
Seguro metropolitano	12	0	24	6	47	12	100
Seguro salud privado	14	0	14	14	0	57	100
Otro	0	50	0	0	0	50	100

Fuente: Encuestas de Línea de Base Proyecto Salud de Altura.
Elaboración: Proyecto Salud de Altura.

Un tema importante adicionalmente, para identificar elementos de calidad, tiene que ver con la implementación de procedimientos de quejas y reclamos por parte de los aseguradores, figura representante del usuario frente al proveedor. Estos procedimientos permiten captar las quejas y reclamos, fortaleciendo su representatividad y compromiso con sus afiliados. La institución en donde se observa una calificación positiva en procedimientos de reclamos y quejas mayoritaria es en el ISSFA.

Cuadro No. 6 Opinión respecto a la calidad: procedimiento para quejas y reclamos (porcentaje)							
Cobertura de seguro	No informa	Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena	Total
IESS, Seguro general	32	14	25	19	8	2	100
IESS, Seguro campesino	33	0	0	67	0	0	100
Seguro ISSFA	0	0	0	0	50	50	100
Seguro ISSPOL	0	0	50	0	50	0	100
Seguro metropolitano	35	6	6	18	35	0	100
Seguro salud privado	29	14	14	0	14	29	100
Otro	50	0	0	0	0	50	100

Fuente: Encuestas de Línea de Base Proyecto Salud de Altura.
Elaboración: Proyecto Salud de Altura.

De lo visto en este acápite podemos colegir entre los elementos más importantes, que la población logra identificar con claridad el rol distinto de la red de proveedores y el de los distintos aseguradores; esto se refleja de las opiniones disímiles que expresan respecto al funcionamiento de cada uno de ellos. Así, por ejemplo, están satisfechos con la información que reciben del seguro en cuanto a beneficios y derechos, sin embargo, muestran inconformidad en cuanto a la atención recibida en salud por parte de sus proveedores.

Calidad percibida en la atención de salud⁷

El perfil de atención en las unidades públicas de salud, detectado en los estudios realizados corresponde plenamente con el observado en las otras investigaciones, así más del 56 por ciento de atenciones son materno infantiles, característica del modelo de atención imperante en el país, quedando por lejos las atenciones a otros grupos étnicos y programáticos.

Analizado el funcionamiento de los servicios públicos de atención de salud en el DMQ se obtuvo que la atención médica se realizó fundamentalmente de 8h00 a 12h00 a.m. de lunes a viernes.

La duración de la consulta fue de 10 minutos en la mayoría de casos, (32 por ciento), seguidas por consultas de 5 minutos (19 por ciento), de 15 minutos (18 por ciento) y de 20 minutos (13 por ciento). Esto da cuenta que en al menos el 50 por ciento de las consultas no se cumple con la norma promedio establecida de 15 minutos.

7 La información proporcionada aquí deviene de una encuesta censal que realizó el Proyecto Salud de Altura para todos los servicios del MSP, MDMQ y ONG sin fines de lucro en el DMQ, sobre aspectos de calidad, producción y financiamiento. Un informe completo de la información se puede encontrar en "La Salud en Quito: Línea base del proyecto salud de Altura" En prensa.

Cuadro No. 7

Horario atención	Minutos que se tomó el Doctor en atender a los pacientes																				Total		
	0	2	3	4	5	7	8	10	12	14	15	18	20	25	30	40	45	60	65	70		90	110
AM																							
1:00					2						2											4	
5:00								1			1		1									3	
6:00											1											1	
7:00								7			4		3		3					1		19	
8:00			3		17		1	35	1		22		13	3	5	1	2	1				104	
9:00	1	6	2	1	48	1	1	64			42		29		19	1		3			2	220	
10:00	1	9	1		23		3	57			34	1	16		11			3				159	
11:00	1	3	2		23			26		1	13		9		7			1				86	
12:00 PM		1			6			12			9		3	1	5			1				38	
13					1			9			4		3		1							18	
14			1		2			5			3				1							12	
15											4											4	
16					1			1			4											6	
17								1			2		1									4	
18								1											1			2	
24											1											1	
Total	3	19	9	1	123	1	5	219	1	1	146	1	78	4	52	2	2	9	1	1	2	681	
%	0,4	2,8	1,3	0,1	18,1	0,1	0,7	32,2	0,1	0,1	21,4	0,1	11,5	0,6	7,6	0,3	0,3	1,3	0,1	0,1	0,3	0,1	100

Fuente: Encuestas de Línea de Base Proyecto Salud e Altura.
Elaboración: Proyecto Salud de Altura.

Respecto a la percepción del usuario sobre el trato de los profesionales de la salud y de apoyo en el subsistema de atención público, plantea para el caso del médico, que la mayor parte califica de "buen y muy buen trato", aunque es también el profesional que recibe el porcentaje más elevado en "muy mal servicio".

Es notorio también una fuerte opinión en "no informa", resultado que tiene que ver con que la población no recibió el servicio del profesional en cuestión, esto es claro en el caso de psicólogo, trabajador social, obstetrix, estudiantes de medicina y áreas de apoyo.

Es notorio, por tanto, que cuando el usuario quiteño logra acceder y recibir el servicio se encuentra muy agradecido con los profesionales que lo atendieron.

Calificación del trato recibido por el personal profesional y de servicios que le prestó atención									
	Médico	Enfermera	Psicólogo	Trabaj. social	Obstetriz	Estudiantes medicina	Personal administrat.	Personal de apoyo	Enfermería
No informa	20,41	17,18	99,12	98,83	88,11	95,01	87,08	96,62	87,08
Muy malo	9,1	7,93		0,15	0,29	0,15	1,91	0,29	0,29
Malo	0,73	1,62				0,15	0,59	0,44	0,15
Regular	3,96	9,25				0,88	2,2	0,73	1,47
Bueno	23,94	30,54	0,44	0,44	2,5	2,94	3,23	0,59	7,64
Muy bueno	41,85	33,48	0,44	0,59	9,1	0,88	4,99	1,32	3,38
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Encuestas de Línea de Base Proyecto Salud de Altura.
Elaboración: Proyecto Salud de Altura.

En lo referente a la calidad del servicio en general para toda la unidad, la calificación mayoritaria es entre “buena y muy buena”, aunque existen áreas como Información y Admisión y Estadística que presentan inercias frente a la población usuaria. (Cuadro No. 9).

Usted diría que la atención que recibió por parte del personal de cada servicio, fue:									
Calificación de 1 a 5 (5 la mejor)	Información	Admisión y estadística	Preparación o preconsulta	Consulta	Farmacia	Laboratorio o RX	Pos Consulta	Personal de apoyo (servicio)	En general (toda la unidad)
No informa	49,49	15,57	32,6	8,81	75,04	77,68	97,94	96,48	3,38
1	2,35	4,41	1,32	0,29	2,06	0,59	0,15		0,15
2	3,38	5,43	1,91	1,91	1,76	0,15			1,03
3	10,57	13,22	5,43	3,38	5,29	1,47	0,15	0,29	9,54
4	14,54	27,9	24,08	24,38	7,93	8,08	0,73	0,59	43,32
5	19,68	33,48	34,65	61,23	7,93	12,04	1,03	2,64	42,58
Total	100	100	681	100	100	100	100	100	100

Fuente: Encuestas de Línea de Base Proyecto Salud de Altura.
Elaboración: Proyecto Salud de Altura.

Un dato muy interesante, en cuanto a la fidelidad del usuario al establecimiento, se obtiene que al menos el 55 por ciento de los usuarios volverían al centro de salud que los atendió, mientras que el 45 por ciento buscaría otras opciones de atención.

Respecto a los temas relacionados con calidad de la atención directa del profesional, el 5 por ciento y el 8 por ciento de los usuarios expresó inconformidad e insatisfacción por algún factor clave (Cuadro No. 10).

	Ha podido decir al médico/obstetriz lo que quería	El médico/obstetriz le escuchó y le entendió	Siente que le han examinado bien	Ha recibido una explicación completa y entendible sobre lo que le pasa	Ahora sabe lo que tiene que hacer	Está satisfecho con esta consulta	Regresaría donde este mismo profesional
No informa	7,64	7,64	7,93	7,64	7,64	7,49	7,64
Si	84,88	86,78	84,14	84,88	86,78	85,61	85,46
No	7,49	5,58	7,93	7,49	5,58	6,9	6,9
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Encuestas de Línea de Base Proyecto Salud de Altura.
Elaboración: Proyecto Salud de Altura.

En lo que se refiere a la atención por condiciones de emergencia, los establecimientos más visitados son prioritariamente públicos, privados y municipales con un mayor nivel de complejidad técnica.

Calidad en cumplimiento de estándares por profesionales y establecimientos⁸

Los aspectos de calidad, constatados desde la oferta, es decir desde el servicio de atención de salud confrontado con la norma de cumplimiento,

8 Los elementos de calidad valorados contra estándares para profesionales y establecimientos, se extraen de una serie de estudios sistemáticos que realiza el proyecto salud de altura para verificar correspondencia entre capacitación, llenado de historia clínica, pertinencia del diagnóstico con tratamiento, pertinencia de solicitud de exámenes con diagnóstico y otros temas de calidad valorados contra estándares, de los cuales básicamente hemos tomado las principales conclusiones.

para la mayoría de establecimientos de salud públicos de Quito señalaron entre las principales las siguientes conclusiones:

- Alrededor del 11 por ciento de las historias clínicas no tienen diagnóstico y en el caso de aquellas que tienen consignado uno, el 20 por ciento de la argumentación no tiene coherencia con los diagnósticos registrados.
- Existe incoherencia entre la sintomatología y el diagnóstico en al menos el 23 por ciento de los establecimientos públicos del DMQ.
- Existe en todos los casos un porcentaje elevado de falta de coherencia entre diagnóstico, argumento y tratamiento.
- Para el estudio de Infecciones respiratorias agudas (IRA) los resultados obtenidos demuestran la tendencia al uso injustificado de antibióticos, broncodilatador y antitusígenos, lo que afecta a la pertinencia del tratamiento frente a la necesidad de resolver adecuadamente los problemas de la salud de la población. No existe diferencia en la prescripción de broncodilatador, según la presencia o ausencia de sibilancias.
- El estudio señala en general, tanto para las IRA como para las Enfermedades diarreicas agudas (EDA), también la falta de protocolos y su aplicación.

Financiamiento de los servicios de salud

El financiamiento de la salud de los quiteños se encuentra cubierto en 48 por ciento por el Estado ecuatoriano a través del MSP, existe un pago de bolsillo de la población quiteña que cubre el 24,5 por ciento del financiamiento, el aporte presupuestario del Gobierno local que alcanza el 22,5 por ciento y la Ley de maternidad gratuita con el 5 por ciento.

En el año 2006, el MSP destinó en el DMQ un monto de 51.4 millones de dólares a los hospitales, mientras en 2007 está presupuestado 59.3

millones, aunque hay que considerar que los hospitales en Quito son normalmente de una referencia mayor a la cantonal, no deja de destacar por su magnitud, la existencia de una política financiera que apoya mucho más al sistema medicalizado y hospitalario en perjuicio del modelo de atención primaria en salud que recibió para 2006, 15 millones y para 2007, 17.6 millones de dólares.

Los datos anteriores arrojan un per cápita⁹ para atención primaria de salud en el DMQ que está entre US \$7 y \$ 9 pudiendo llegar hasta US \$12 si se integran todas las fuentes de financiamiento como el aporte de los hogares y la Ley de maternidad gratuita.

Costos

El gasto promedio al mes destinado a reparar la salud de los hogares quiteños es de US \$74,28, que constituye el 45 por ciento del ingreso promedio declarado al mes de dichos hogares (US \$164,73).

Si analizamos el tema para los hogares pobres quiteños, y tomamos en cuenta el ingreso promedio mensual declarado (US \$56,61), observamos que el gasto promedio mensual en salud (US \$36,13) representa el 63,8 por ciento del mismo.

Por otro lado es importante anotar que la Ley de maternidad gratuita que implica gratuidad no evita que las mujeres quiteñas en general gasten US \$252 por su parto, y las mujeres pobres, US \$ 79.

Es importante señalar, si tomamos como referencia el gasto en salud curativa de un mes de los hogares quiteños, estimado en la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil 2004 (Endemain-Informe de la provincia de Pichincha), donde tenemos que la media hogar fue de US \$51; que en dos años, el gasto promedio del hogar quiteño por mes se incrementó en casi un 46 por ciento; lo cual quiere decir que, además, de recibir el mismo tipo de servicio y encontrarse en condición vulnerable, la población quiteña destinó mucho más de sus ingresos del hogar para ello.

⁹ Per cápita es el monto total asignado por año y persona, en este caso por el MSP.

Conclusiones y recomendaciones

- En el DMQ se vive una privatización del sector de la salud debido entre otros factores a la predominancia en el crecimiento del número de establecimientos de atención de salud y recursos humanos que trabajan para el sector privado. Adicionalmente, la población quiteña está utilizando mayoritariamente servicios privados de salud y cuando utiliza los servicios públicos, incluso tiene que realizar un gasto de bolsillo –denominado copago– para temas como consultas de especialidad, laboratorios, apoyo diagnóstico como rayos X y ecsonografía entre los más usuales, medicamentos, e incluso insumos para la atención de su salud.
- La tendencia mencionada en el punto anterior puede revertirse con un real fortalecimiento del sector público que implica organizar el ingreso de recursos al presupuesto estatal tradicional pero bajo condiciones moduladas por el aseguramiento de salud, que implican incrementos adicionales de recursos versus incrementos de producción y productividad bajo estándares nacionales.
- El país tiene que plantear una política de contratación laboral que sea acorde con los objetivos de política pública, buscar el beneficio de los usuarios y el bienestar de la colectividad, para ello debe fortalecer lo público frente a una lógica de mercado que pudiese afectar la calidad del servicio.
- Es necesario que los profesionales de la salud se certifiquen y recertifiquen, como sucede en todos los sistemas de salud del mundo, ello implica pasar pruebas de aptitud y actualización por lo menos cada quinquenio, a efectos de garantizar probidad profesional en la atención de la población usuaria.
- En cuanto a calidad de los servicios públicos de salud se evidencia que más allá de que la inversión en salud sea baja o alta, los problemas fundamentales pasan por la ausencia de una gestión monitoreada y audi-

- tada que permita obtener coherencia entre sintomatología, diagnóstico y tratamiento, así como incentivar el apego a la aplicación de protocolos y normas. La evidencia encontrada implica la urgente necesidad de intervenir en la práctica clínica con procesos de auditoría y sistema de incentivos y desincentivos.
- Los resultados sugieren la necesidad de profundizar en soluciones a los problemas detectados en las investigaciones referidas a la continuidad de la atención para la resolución de cada caso, visita a otros profesionales por la misma causa, uso de prácticas alternativas de curación y uso indiscriminado de farmacias.
 - El tema, entonces, no se reduce únicamente a un incremento de fondos, se requiere una intervención en la que prime el establecimiento de estándares nacionales y una mirada que contemple el Sistema Nacional de Salud contemplado en la Ley orgánica del sistema de salud.
 - Un tema importante en el financiamiento de la salud se refiere a la re-sustitución del financiamiento privado por público, puesto que actualmente es notorio que el financiamiento de las familias es más alto que el asignado desde los gobiernos seccionales, por ello un sistema acostumbrado al financiamiento privado ve problemas en su sustitución, sin encontrar un flujo seguro y oportuno de financiamiento alternativo.
 - En el caso de Quito, la intervención del Municipio es muy importante para complementar recursos, pero la falta de monitoreo y de regulación implica que no existe mejoras importantes. Puesto que el porcentaje del financiamiento municipal es muy alto en relación al financiamiento público total, podemos afirmar que es necesario captar en todo el país recursos adicionales proporcionados por otros gobiernos locales y direccionarlos para complementar y obtener excelentes servicios de salud locales.

- Es importante destacar que el rol asumido por las ONG en lugar de ser complementario se ha constituido en uno de sustitución del rol proveedor del sistema público.
- Dado el fuerte monto destinado a hospitales ubicados en el DMQ, con referencia nacional y provincial, es necesario analizar cuanto del presupuesto se ejecuta para la población del DMQ y relacionarla con el presupuesto destinado en el primer nivel versus niveles hospitalarios, ello proveerá elementos para mirar hacia donde se direcciona el presupuesto en mayor medida, en relación al modelo de atención normado.
- En caso de existir recursos adicionales extrapresupuestarios, estos deberían reforzar la capacidad resolutive normada y la operacionalización eficaz del modelo de atención centrado en un enfoque renovado de la atención primaria de salud.
- En lo visto se muestra que el gasto en salud en el DMQ, es un indicador que demuestra inequidad, para resolver esto se necesita intervenciones que disminuyan el gasto y el impacto catastrófico y pensar en temas de aseguramiento universal de salud como una estrategia de protección social a la población, que contribuirá a mejorar el acceso y calidad de la atención

Bibliografía

- CEPAR- ENDEMAIN (2004). Informe de la Provincia de Pichincha. Quito
- Proyecto Salud de Altura (2007). *La Salud en Quito: Línea de Base del Proyecto Salud de Altura*. Quito – Ecuador, En prensa.