

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Posgrados

Evaluación de la Atención Primaria de Salud en el Distrito 05D06

Salcedo con la aplicación del Instrumento PCAT

Giovany Raimondi Jácome Rodríguez

Bernardo Ejgenberg, MD., ESP-SP, Director del

Trabajo de Titulación

**Trabajo de Titulación presentado como requisito para la
obtención del Título de Especialista en Gerencia de Salud**

Quito, julio de 2014

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO
Colegio de Posgrados

HOJA DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Evaluación de la Atención Primaria de Salud en el Distrito 05D06
Salcedo con la aplicación del Instrumento PCAT

Giovany Raimondi Jácome Rodríguez

Bernardo Ejgenberg, MD., ESP-SP
Director Trabajo de Titulación

Bernardo Ejgenberg, MD., ESP-SP
Director Especialización en
Gerencia de Salud

Fernando Ortega Pérez, MD., MA., PhD.
Decano Escuela de Salud Pública

Gonzalo Mantilla, MD., M.Ed., F.A.A.P.
Decano Colegio de Ciencias de la Salud

Victor Viteri Breedy, Ph.D.
Decano Colegio de Posgrados

Quito, julio de 2014

DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito (USFQ) y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de éste trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma:

Nombre: Giovany Raimondi Jácome Rodríguez

C.I.: 050143603-4

Lugar: Quito Fecha: Julio de 2014

DEDICATORIA

A Ximena, mi esposa

Por su apoyo, cariño, y por su impulso

a que ingrese, desarrolle y concluya este proceso académico.

AGRADECIMIENTOS

Al Ministerio de Salud Pública, sus autoridades nacionales y locales, por permitirme participar y concluir los presentes estudios, que sin lugar a dudas han aportado con la obtención de mayores instrumentos para la administración de los servicios de salud.

A la Universidad San Francisco de Quito, sus autoridades, sus profesores, sus empleados, que durante el proceso académico no solo transmitieron conocimientos de un alto nivel académico sino también permitieron el desarrollo de amistades y camaradería entre todos los participantes.

RESUMEN

El Ministerio de Salud Pública (MSP), se encuentra aplicando a nivel nacional en todas sus unidades de salud un nuevo Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), que se basa o incorpora la estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada (APS-R).

En el año 2012 en el Distrito de Salud 05D06 Salcedo las 10 primeras causas de morbilidad son patologías que pueden y deben ser tratadas en el primer nivel de atención. Paralelamente a la implementación del MAIS es necesario su permanente monitoreo y evaluación de manera que permita identificar a las autoridades del MSP, si los objetivos planteados están cumpliéndose o en caso contrario establecer correctivos necesarios que permitan que los servicios de salud se oferten con características de: equidad, calidad, eficacia y eficiencia.

El proyecto de investigación propone el monitoreo y evaluación de la implementación del MAIS en el Distrito de Salud 05D06 Salcedo, mediante la aplicación del instrumento PCAT (Primary Care Assessment Tool) utilizado y homologado en la República de la Argentina, esto debido a que el instrumento aún no ha sido homologado en el Ecuador. La encuesta se trabajará con usuarios adultos que acudan a las unidades del primer nivel de atención y a los proveedores del sistema.

La metodología propuesta es de carácter mixto, cualitativo y cuantitativo en vista que se utilizará una encuesta predefinida que mide y evalúa la APS-R en base a parámetros internacionales

Palabras claves: Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), Atención Primaria de Salud (APS), Instrumento PCAT.

ABSTRACT

The Ministry of Public Health (MSP) applies a new Model of Integrated Health Care (MAIS) in all health units at national level, incorporating the strategy of Renewed Primary Health Care (PHC-R).

In 2012 the Salcedo Health District 05D06 showed the 10 leading causes of morbidity are diseases that can and should be treated in primary care. MAIS implementation requires monitoring and evaluation. The MSP authorities need to verify that the objectives are correct or otherwise establish necessary corrections in order to provide health services with the following characteristics: equity, quality, effectiveness and efficiency.

The research project proposes monitoring and evaluation of MAIS in Salcedo Health District 05D06, by using the PCAT (Primary Care Assessment Tool) instrument validated in the Republic of Argentina, because the instrument is not approved in Ecuador. The survey will work with adult users who come to the units of primary care and also to system providers.

The proposed methodology is mixed, qualitative and quantitative because it uses a predefined survey that measures and evaluates the R-PHC based on international standards.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	10
1.1. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI).....	10
1.2. Atención Primaria En Salud (APS).....	14
1.3. Distrito de Salud 05D06 Salcedo.....	16
Límites.....	17
Clima.....	17
Características demográficas.....	18
Servicios de Salud.....	20
Personal de Salud.....	21
Producción del Distrito.....	22
Morbilidad.....	23
1.4. Implementación del Control y Auditoría de los Servicios.....	24
2. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO.....	30
2.1. Planteamiento del Problema.....	30
2.2. Justificación.....	32
3. OBJETIVO GENERAL	34
4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	34
5. METODOLOGÍA Y DISEÑO DEL PROYECTO.....	34
6. BIBLIOGRAFIA.....	39
7. ANEXOS.....	41

EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL DISTRITO 05DO6 SALCEDO CON LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO PCAT.

1. INTRODUCCIÓN:

1.1. Modelo de Atención Integral del Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI).

Mediante Acuerdo Ministerial No. 00001162 de fecha 08 de diciembre de 2011, se aprueba el MANUAL DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD - MAIS, acuerdo que en su artículo 2, manifiesta: *“sea aplicado obligatoriamente en todas las DIRECCIONES ZONALES Y DISTRITOS DEL SECTOR SALUD.”* (Ministerio de Salud Pública, 2013), modelo de atención que se basa o incorpora la estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada (APS-R), como eje principal para la transformación del sector salud.

El MAIS, constituye *“el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad”* (Ministerio de Salud Pública, 2013). Se plantea los siguientes objetivos estratégicos:

1. Reorientación del enfoque curativo, centrado en la enfermedad y el individuo, hacia un enfoque de producción y cuidado de la salud sustentado en la estrategia de APS, fortaleciendo y articulando las acciones de

- promoción, prevención de la enfermedad, en sus dimensiones individual y colectiva; garantizando una respuesta oportuna, eficaz, efectiva y continuidad en el proceso....
2. Acercar los servicios de salud a la comunidad reduciendo las barreras de acceso, disminuyendo la inequidad, fortaleciendo la capacidad resolutive del primero y segundo nivel,....
 3. Fortalecer la organización territorial de los establecimientos de salud en Red Pública Integral y ampliación de la oferta estructurando redes zonales y distritales ...
 4. Excelencia en la prestación de los servicios en los tres niveles de atención....
 5. Implementación del Sistema Integrado de Telecomunicaciones y el Sistema único de Información
 6. Impulsar la participación plena de la comunidad y de los colectivos organizados...
 7. El fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica...
 8. Fortalecer la planificación e intervención intersectorial....

En respuesta al objetivo estratégico No.3 del MAIS, en Acuerdo Ministerial 00004521, de fecha 14 de noviembre de 2013, se expide los lineamientos para la organización de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública en Zonas y Distritos, conformándose en el Cantón Salcedo de la Provincia de Cotopaxi, el Distrito 05D06. Igualmente por disposiciones del nivel central las provincias de Cotopaxi y Tungurahua han sido declaradas como prioritarias para el fortalecimiento de los establecimientos de salud del primer nivel de atención. En

lo que corresponde al Distrito 05D06, se han construido y se encuentran en funcionamiento tres Centros de Salud tipo A: de Panzaleo, Cusubamba y Papahurco; y además, se encuentra en construcción y próximo a inaugurarse el Centro de Salud Tipo B de San Miguel de Salcedo.

Así también, en concordancia a lo dispuesto en la Constitución de la República 2008, que en el artículo 32, manifiesta: *“la salud es un derecho que garantiza el Estado..... el derecho a la salud se rige por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, y enfoque de género y generacional”* (Asamblea Constituyente, 2008), el MAIS-FCI, establece para la ejecución de sus actividades los siguientes principios:

1. Garantía de los derechos de las y los ciudadanos
2. Universalidad, entendida como la garantía de acceso a los servicios de salud a iguales oportunidades a toda la población que habita en el territorio nacional.
3. Integralidad, desde una visión individual y colectiva, se actúa sobre los riesgos y condiciones que afectan la salud; identificando y potenciando los factores protectores de salud.
4. Equidad
5. Continuidad, que constituye el seguimiento al estado de salud de las personas y familias, desde la atención de cualquier episodio de enfermedad hasta su resolución o su rehabilitación.

6. Participativo, constituida por la participación de las personas y colectivos en la toma de decisiones de los procesos que se ejecutan en el sistema de salud.
7. Desconcentrado
8. Eficiente, eficaz y de calidad

La implementación del MAIS, como estrategia para cubrir la demanda de servicios que en salud tiene la población ecuatoriana, se enmarca además en la búsqueda del cumplimiento de los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir 2013 -2017, que en el objetivo No. 3. Mejorar la calidad de vida de la población, demanda: *“la universalización de derechos mediante la garantía de servicios de calidad”*. (Senplades, 2013). Entre las políticas y lineamientos, que se describen dentro de este objetivo, el 3.1. *“Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social”*, incluye entre sus literales: c) incentivar la implementación de procesos de desarrollo profesional, formación continua, certificación y recategorización laboral para los profesionales de la educación y salud.....; y, e) Implementar sistemas de calidad con estándares normalizados que faciliten la regulación, el control y la auditoría de los servicios que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

Igualmente se plantea como una necesidad, para la consecución de los objetivos, la **implementación de controles y auditorías de los servicios** que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, entre estos los servicios de salud, de manera que se permita garantizar que todas las acciones que se

realicen logren cumplir lo esperado en el tercer objetivo del Plan Nacional del Buen Vivir, que es mejorar la calidad de vida de la población.

Entre los cambios estructurales que el MSP ha implementado para el cumplimiento de los mandatos constitucionales se incluye “El reposicionamiento de la estrategia de Atención Primaria de Salud como eje articulador del Sistema Nacional de Salud” (Ministerio de Salud Pública, 2013), a continuación se realiza un análisis de la APS.

1.2. Atención Primaria en Salud (APS).

La nueva estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) reconoce que la salud es un requisito para que las personas puedan alcanzar su realización personal, un elemento fundamental en las sociedades democráticas y un derecho humano (Nervi, 2008).

Los cambios realizados en políticas de salud en nuestro país como la aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural - MAIS – FCI, se establecen como en la mayor parte de los países de las Américas, en donde se han aplicado reformas en el sector salud, debido a varias razones, “se destacan el aumento de los costos, la ineficiencia del sistema de salud, la baja calidad de los servicios, los insuficientes presupuestos públicos y la necesidad de aplicar las nuevas tecnologías y diversos cambios en la función del estado” (Macinko, 2007).

La Atención Primaria en Salud se define a la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el países puedan soportar, en todas y cada etapa de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. Sostiene como valores el derecho al mayor nivel de salud posible, la equidad y la solidaridad social. Se basa en principios de dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientar los servicios de calidad, la responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, la justicia social, la sostenibilidad y la intersectorialidad (Nervi, 2008), principios que similarmente se encuentran plasmados en nuestra constitución; y, exige entre sus enunciados la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria en salud.

Se manifiesta también que la APS: “se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas”; además, que la APS “se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina” (Declaración de Alma Ata, 1978).

En la Declaración de Montevideo, en donde se renovó la importancia de la APS, como estrategia para la aplicación de políticas de salud estatales, los estados que suscribieron la misma, establecieron compromisos a ejecutarse, entre estos una permanente evaluación de su aplicación, señalándose en el compromiso **IX**: “La

investigación en materia de sistemas sanitarios, la vigilancia y **evaluación continuas**, el intercambio de las prácticas óptimas y el desarrollo de tecnología son componentes fundamentales de una estrategia para renovar y fortalecer la atención primaria de salud.” (Organización Panamericana de la Salud, 2005).

1.3. Distrito de Salud 05D06 Salcedo

La Ley Orgánica de Salud en el Art.10 señala: “Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva.....” (Ministerio de Salud Pública, 2013); en cumplimiento del marco legal vigente el Distrito de Salud 05D06 Salcedo al formar parte del Sistema Nacional de Salud, se encuentra implementando el nuevo Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS, que mantiene a la APS como estrategia para brindar una atención integral de salud al individuo.

El Distrito de Salud 05D06, tiene como áreas de influencia al Cantón Salcedo, y la población vecina de la Provincia de Tungurahua y del Cantón Latacunga, áreas geográficas con las cuales limita.

El Cantón Salcedo se encuentra ubicado en el corazón del país al sur oriente de la Provincia de Cotopaxi, tiene la forma más o menos rectangular que se extiende desde la cima de la Cordillera Central hasta la cima de la Cordillera Occidental de los Andes.

Cabecera Cantonal: San Miguel de Salcedo tiene una superficie de 255 Km².

Límites: Al norte: los cantones de Pujilí y Latacunga, con su parroquia Belisario Quevedo (Provincia de Cotopaxi).

Al sur: los cantones de Ambato y Píllaro (Provincia de Tungurahua).

Al este: la Cordillera Central de los Andes (Provincia de Napo).

Al oeste: el Cantón Pujilí con su parroquia Angamarca (Provincia de Cotopaxi).

Altitud: Está a 2.683 m. sobre el nivel del mar.

Superficie: Tiene un área de 533 Km².

División Política: Se divide en 6 Parroquias

- Antonio José Holguín
- Cusubamba
- Mulalillo
- Mulliquindil
- Panzaleo
- San Miguel de Salcedo (Cabecera Parroquial)

Clima: Podemos clasificar en dos zonas Templada y Fría.

Zona templada: es notable en la parte baja y plana, tiene un clima agradable que oscila entre los 13 a 20 grados; como la encontrada en la Cabecera Parroquial y Mulliquindil

Zona Fría: a partir de los 3.000 metros de altura, se presenta el clima frío con vientos helados propios de estas regiones; característico de las parroquias de Cusubamba y Mulalillo.

En todo el cantón hay una temporada un tanto fría y ventosa entre los meses de Junio y Agosto, pero entre los meses de Febrero y Marzo la temporada es más

bien calurosa.

Historia

Tierra de Panzaleos, pueblo indomable que por muchos años detuvo la invasión de Túpac-Yupanqui hacia el Reino de Quito, dirigidos por Pillahuasu; a la vejez de éste los Incas lograron su objetivo dirigidos por Huina-Capac, que consolidan su dominio con una serie de matrimonios entre ellos el de Hati un familiar cercano del inca Huina-Capac con Shuasanguil hija del jefe Pillahuasu. El 29 de septiembre de 1574 fue fundada como San Miguel de Molleambato, en honor al Arcángel San Miguel, patrono de ese día; tuvieron que transcurrir 343 años para que se expida el Decreto de creación del Cantón el 19 de Septiembre de 1919 en la administración del Dr. Alfredo Baquerizo Moreno, con el nombre de San Miguel de Salcedo, con las parroquias San Miguel, que será la cabecera, Panzaleo, Cusubamba y Mulalillo. Se establece el nombre de San Miguel de Salcedo en honor al sacerdote agustino Manuel Antonio Salcedo y Ligurguro.

Características Demográficas

Según datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), obtenidos del último Censo de Población y Vivienda realizado en el país en el año 2010, la población del cantón Salcedo es de 58.216 habitantes, que representan el 14,2 por ciento de total de la Provincia de Cotopaxi, con una edad promedio de 30 años, es decir se tiene una población predominantemente joven, en edad económicamente activa.

En el área rural del cantón, se encuentra concentrado el 78,6% de su población. La población femenina alcanza el 52.1, el analfabetismo se presenta en el 11.6 por ciento de la población general (INEC, 2010).

TOTAL POBLACIÓN SALCEDO POR SEXO. CENSO POBLACIÓN Y VIVIENDA 2010.		
	POBLACIÓN	PORCENTAJE
HOMBRES	30.336	51,2 %
MUJERES	27.88	47,9 %
TOTAL	58.216	100,0 %
Fuente: INEC 2010.		

A pesar de existir una gran concentración de la población en la cabecera cantonal, existe un 78,6 por ciento de la población asentada en el área rural, lo que indica a las autoridades de salud a no solo concentrar los cambios y mejoramientos de los servicios de salud en la zona urbana, sino también en los centros de salud rurales y puestos de salud que atienden a la mayor parte de la población del cantón.

TOTAL POBLACIÓN SALCEDO POR AREA. CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 2010.		
	POBLACIÓN	PORCENTAJE
URBANA	12448	21.4
RURAL	45728	78.6
TOTAL	58176	100,0
Fuente: INEC 2010.		

Servicios de Salud

El Distrito de Salud 05D06 Salcedo, cuenta con un Hospital Cantonal “Yerovi Mackuart”, 8 Centros de Salud Tipo A y 2 Puestos de Salud. El total de la población en el área de influencia es de 62.136 habitantes (datos del año 2014), según información proporcionada por la Coordinación del Distrito de Salud 05D06 Salcedo.

UNIDADES DE SALUD DEL DISTRITO 05D06 SALCEDO, POR POBLACIÓN ADSCRITA Y POR DISTANCIA AL HOSPITAL BÁSICO CANTONAL SALCEDO. AÑO 2014.*			
LOCALIDAD	U. OPERATIVA	POBLACIÓN	Km. A SALCEDO
Salcedo	Hospital Básico Cantonal	20.636	0
Mulliquindil	Centro de Salud Tipo A	7.944	4
Mulalillo	Centro de Salud Tipo A	7.009	10
Papahurco	Centro de Salud Tipo A	6.668	8
Cusubamba	Centro de Salud Tipo A	6.476	28
Panzaleo	Centro de Salud Tipo A	3.15	3
A.J.Holguin	Centro de Salud Tipo A	2.908	8
Anchiliví	Centro de Salud Tipo A	2.677	3
Yanayacu	Centro de Salud Tipo A	2.341	5
Cobos	Puesto de Salud	2.125	14
Pataín	Puesto de Salud	202	5
TOTAL POBLACIÓN		62.136*	

NOTA: Datos proporcionados por la Coordinación Distrital, basados en censos realizados por el personal de cada Unidad Operativa al año 2014.

Personal de Salud

Personal de Salud del Hospital Cantonal Salcedo.

El Hospital Cantonal “Yerovi Mackuar” Salcedo, constituye la principal unidad con que cuenta el Distrito de Salud 05D06 Salcedo, su población de influencia a nivel de la parroquia San Miguel de Salcedo es de 20.636 habitantes, sin embargo constituye la unidad médica de referencia cantonal, es decir la real población beneficiaria constituyen los 62.136 habitantes de Salcedo.

Al ubicarse el Hospital Salcedo a nivel de la Carretera Panamericana, se constituye en una unidad médica de referencia para pacientes de Latacunga, como de la vecina provincia de Tungurahua.

El Hospital actualmente cuenta con una capacidad de internación de 15 camas, un quirófano, un área de imagenología, laboratorio clínico, una clínica odontológica y un área de Consulta Externa.

Existe 3 médicos de planta y con nombramiento, un pediatra, un médico general y un salubrista, oferta médica que se complementa con la contratación de un ginecólogo y un cirujano y médicos generales.

En lo que respecta a médicos residentes, el hospital posee 3 plazas, no logrando cubrir los turnos de 24 horas de estos profesionales, por lo cual en desmedro de los programas ambulatorios, se ha vuelto necesario y obligatorio el traslado de médicos rurales desde los centros de salud del área rural hacia la cabecera del área.

El déficit de personal es más evidente aún en lo que respecta a enfermeras, existiendo apenas 2 partidas de enfermeras para la unidad.

Personal de salud del Área Rural - Unidades Ambulatorias

Con el aumento de centros de estudios superiores de medicina, los últimos años, el área de salud ha contado con la presencia de un adecuado número de profesionales de la salud rural, personal que ha permitido incluso cubrir las deficiencias existentes a nivel del Hospital Cantonal Salcedo.

En el ANEXO 1, se detalla el total del personal por tipo de servidor público y/o trabajador, y el total del personal por tipo de relación laboral.

Producción del Distrito de Salud 05D06 Salcedo.

Con la aplicación del mandato constitucional de ofertar servicios de salud gratuitos en las unidades del MSP, la producción observada en el Distrito de Salud 05D06 mantiene un constante aumento en el número de actividades que se ejecutan, existiendo incluso una sobrecarga de acciones. El promedio de atención de pacientes por hora y por médico se mantiene en 4 por hora en los años 2012 y 2013. A nivel hospitalario se presenta un elevado porcentaje de ocupación de camas, alcanzándose 88 y 91 por ciento en los años 2012 y 2013 respectivamente. Otras variables e indicadores se señalan en el ANEXO 2.

Morbilidad presentada en el Distrito de Salud 05D06.

En el año 2012, dentro de las diez primeras causas de morbilidad que se presentaron en el Distrito de Salud 05D06 Salcedo, se observan patologías que pueden ser tratadas en su mayoría en el primer nivel de atención y que corresponden a las condiciones de infraestructura sanitaria propia del cantón Salcedo, como son las limitaciones de alcantarillado y agua potable. Es preocupante que en el cuarto lugar se presente enfermedades de transmisión sexual y que únicamente se detecte en el sexo femenino, al respecto se ha profundizado un mayor trabajo en actividades de promoción y prevención orientadas a un proceso de concientización en la población sobre la salud sexual y reproductiva, así como también eliminar prácticas de machismo existentes tanto en el hombre como en la mujer.

La presencia de enfermedades como traumatismos, heridos, ansiedad dentro de las 10 primeras causas de morbilidad, nos pueden indicar que la población de Salcedo se encuentra inmerso dentro de este nuevo estilo de vida que promueve el consumo, la ingestión de bebidas alcohólicas, el individualismo, la agresión; además, se debe tener en cuenta que Salcedo es atravesado por la carretera panamericana, lo que conlleva a un alto tráfico vehicular. Por lo anotado, es necesario establecer en forma inmediata a través de actividades de información, educación y capacitación (IEC), procesos que orienten a la población, el cambio hacia un estilo de vida saludable, que permita buscar “el buen vivir, la vida plena o Sumak Kawsay”, que lo establece la Constitución República del Ecuador y el Plan Nacional del Buen Vivir.

10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL				
DISTRITO DE SALUD 05D06 SALCEDO, AÑO 2012.				
No	CAUSA	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
1	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	1699	1601	3300
2	PARASITOSIS	1001	1734	2735
3	GASTROENTERITIS BACTERIANA A.	350	1181	1531
4	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL		1289	1289
5	TRAUMATISMOS	987	145	1132
6	INFECC. VIAS URINARIAS	7	1115	1122
7	HERIDOS	979	21	1000
8	GASTRITIS	523	413	936
9	ANSIEDAD	132	121	253
10	HIPERTENSION ARTERIAL	162	82	244
	OTROS	58	36	94

Elaborado: Estadística

1.4. Implementación del control y auditoría de los servicios.

El análisis de la situación de salud (ASIS) es una actividad necesaria en la APS, que tiene como propósito identificar las características sociales, psicológicas, económicas, históricas, geográficas, culturales y ambientales que inciden en la salud de la población, así como los problemas de salud que presentan los individuos, las familias, los grupos y la comunidad en su conjunto, para desarrollar acciones que contribuyan a su solución (Barros, 2006).

No existen dudas acerca de que el ASIS con enfoque poblacional se debe aplicar por parte de todos los niveles del sistema de salud y de sus servicios de atención, ya que el análisis y vigilancia de la situación de salud identifica los problemas de salud en cualquier territorio-población y esto permite establecer sus tendencias, con especial énfasis en la identificación de desigualdades en los riesgos, en los daños y sus determinantes y de evaluar los efectos de las estrategias elaboradas para la solución de los problemas de salud (Ramos, 2006).

En la administración de los servicios de salud, se plantean 5 funciones: Planificación, Organización, Dirección, Coordinación y Control. Al referirse a la planificación, se indica que esta es la función principal de la administración, y se señala: “En esencia, planificar significa decidir anticipadamente lo que se desea hacer, determinar un curso de acción para el futuro” (Dever, 1991). Para la realización de una adecuada planificación es necesario conocer perfectamente las condiciones de salud de la población que demandan los servicios de la unidad médica, las condiciones y capacidades del sistema de salud vigente, la percepción de los usuarios del sistema de salud que recibe, siendo necesario para el efecto realizar un diagnóstico de salud de la población o análisis de situación de salud.

El conocimiento epidemiológico de la población adscrita a una zona, distrito de salud o circuito de salud, permitirá a los administradores y al personal de salud, la implementación adecuada de las actividades y tareas que se formulan en el Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario e Intercultural – MAIS-FCI.

Para la implementación adecuada de los servicios de salud hacia un enfoque de producción y cuidado de la salud sustentado en la estrategia de APS, el equipo de salud de la unidad médica deberá disponer de un conocimiento claro de la percepción que el usuario externo tiene de las acciones que el sistema de salud implementa en el territorio

La Prof. Bárbara Starfield, referente mundial en análisis y evaluación de sistemas de salud, desarrolló desde su espacio de trabajo en John Hopkins University, una herramienta para la evaluación del Primer Nivel de Atención, la Primary Care Assessment Tool, conocida como PCAT, disponible desde la última década del

siglo XX. La herramienta ha extendido su aplicación en diversos continentes y se ha confirmado como un recurso potente y valioso para la evaluación de servicios y sistemas de salud (Pizzanelli, 2011).

El instrumento PCAT permite evaluar las funciones fundamentales de la APS con la ventaja de poder obtener información desde distintas perspectivas. El modelo que subyace a la evaluación de la APS con el conjunto PCAT se estructura en cuatro funciones principales (Berra, 2011).

La información que aporta un instrumento de estas características permite identificar aquellos problemas y dificultades en la organización del sistema que produzcan mayor impacto en la salud poblacional tanto como promover iniciativas que involucren acciones de promoción de salud, prevención y manejo de las enfermedades, de manera resolutiva y de calidad, de modo que propicien cambios en el nivel de salud de la población (Audisio, 2012).

Los instrumentos del PCAT, y la aplicación de la respectiva encuesta ha permitido “conocer el desempeño de la APS a partir de las opiniones de los diferentes actores involucrados en los servicios, con el objetivo de evaluar su rol en el reordenamiento del sistema de salud” (Rodríguez, 2011). Este cuestionario recoge información sobre la experiencia de los usuarios respecto a cada una de las características (funciones) de la APS a partir de la identificación de un proveedor, la aplicación del PCAT, se orienta en la evaluación de las siguientes funciones esenciales y secundarias de la APS.

Funciones esenciales de la atención primaria en salud (Berra, 2013):

1. Primer contacto.

Evalúa la actitud que tiene la población, cuando se presenta un nuevo problema de salud, a donde acude, a qué centro de salud o profesional se dirige, comprende también una evaluación al primer nivel de atención, de ser la puerta de entrada al sistema de salud. Se compone de dos subdimensiones:

1.1. La accesibilidad. Es el elemento estructural necesario para el primer contacto

1.2. La utilización de los servicios como primer contacto. Si el centro de salud o unidad médica del sistema de salud es visitado ante un problema o enfermedad nueva.

2. Continuidad:

Evalúa la relación personal a largo plazo entre el usuario o centro de salud, basada en la confianza y en el conocimiento de la persona y su familia. Se compone de dos subdimensiones:

2.1. Grado de afiliación. Medida en la que el usuario o paciente identifica una fuente habitual en donde demanda el servicio de salud, y a la vez la unidad médica o centro de salud identifica la población a la cual debe ofertar los servicios de salud.

2.2. Continuidad interpersonal. Constituye la atención longitudinal y focalizada en la persona (no en la enfermedad).

3. Coordinación:

Se evalúa el enlace entre los servicios de atención, de tal modo que el usuario o paciente reciba un cuidado apropiado de todos sus problemas de

salud bajo la responsabilidad del sistema de salud. La coordinación permite el reconocimiento de problemas anteriores y nuevos, e incluye también el análisis del sistema de referencia y contrareferencia. Se compone de dos subdimensiones:

3.1. Sistemas de información. Consiste en la disponibilidad de instrumentos de registro de la información y de incorporación de esa información al plan de atención de la persona.

3.2. Integración de la información. Mecanismos de transferencia de la información y de recepción de otras fuentes que pueden estar involucradas en la atención del paciente.

4. Integralidad o globalidad:

Se evalúa si el sistema de salud puede ofrecer una lista integral de servicios que los usuarios necesitan de acuerdo al nivel de complejidad de la unidad médica. Comprende dos dimensiones:

4.1. Servicios disponibles. Aquellos servicios que la unidad médica cuenta para ser provistos cuando sean necesarios.

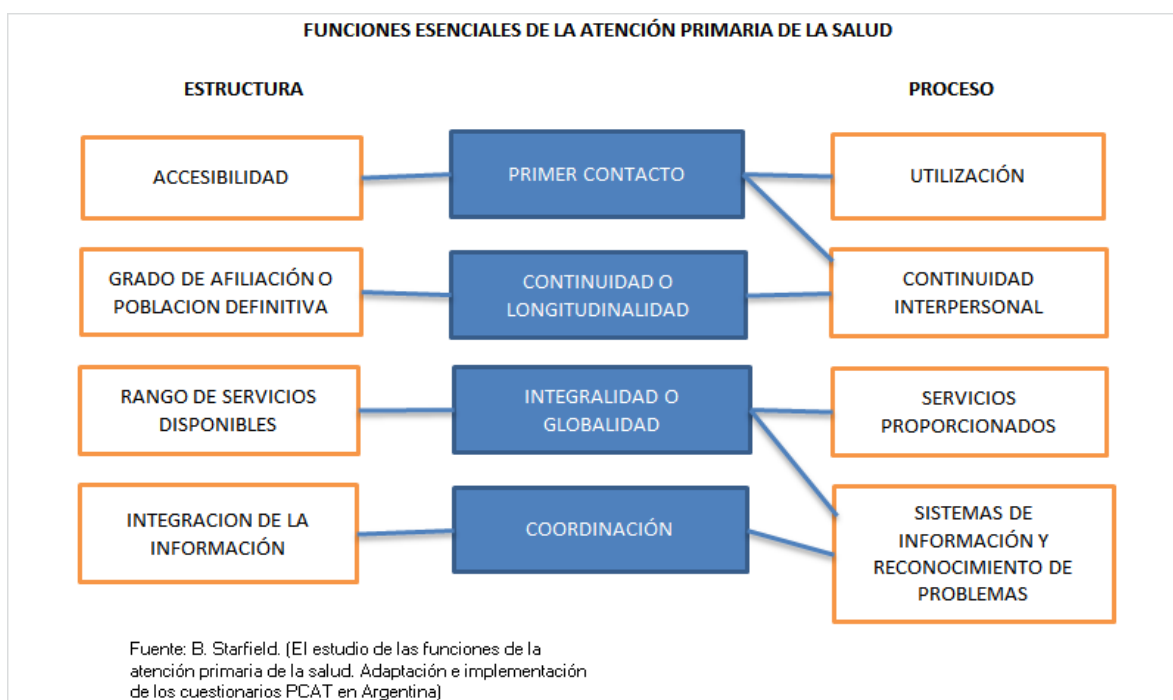
4.2. Servicios Proporcionados. Servicios que la unidad médica realmente provee.

Funciones secundarias de la atención primaria en salud.

1. Enfoque familiar. Ajustar la atención del usuario en su entorno social más cercano.

2. Orientación comunitaria. Evalúa la capacidad del sistema de establecer programas de atención basados en el conocimiento de las necesidades particulares de una población definida.
3. Competencia cultural. Capacidad del sistema de salud de atender problemas de salud en los usuarios de diferentes grupos sociales de la población asignada.

La figura siguiente presenta un esquema de las funciones esenciales junto a los ocho aspectos de estructura y de proceso que las componen:



Es de señalar además, que la aplicación de los instrumentos PCAT, permitirá la comparación de diferentes servicios y áreas geográficas en un mismo momento, o la comparación de un servicio consigo mismo en diferentes momentos de su

historia. También se abre la posibilidad de comparación internacional (Pizzanelli, 2011).

2. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

2.1. Planteamiento del problema.

El Distrito de Salud 05D06 Salcedo, desde el año 2013, se encuentra implementando el MAIS –FCI, el mismo que se inició con la adscripción de la población a las unidades de salud cercanas, según su lugar de residencia. Paralelamente y como una estrategia que permita garantizar la atención integral de los pacientes se ha implementado en el distrito al igual que a nivel nacional el sistema de referencia y contrareferencia.

En la práctica, la implementación del MAIS, ha presentado ciertos problemas tanto a nivel de los usuarios como de los proveedores del sistema de salud. En los usuarios existe al momento la restricción de su atención únicamente a su sitio de adscripción, norma que recientemente fue implementada en las unidades de salud y a lo cual el usuario no estaba acostumbrado. En los proveedores del sistema, se observa un desconocimiento de las normas y protocolos del MAIS y de la Atención Primaria en Salud en relación a la atención integral del paciente, lo que provoca incumplimientos de los objetivos del nuevo modelo de atención MAIS.

Según datos proporcionados por el departamento de estadística, al igual que el resto de las unidades del MSP a nivel nacional, el Distrito de Salud 05D06 ha

presentado un aumento de su producción, podemos señalar: el total de consultas realizadas en el año 2011 fueron 130.077, mientras que en el año 2012 se efectuaron 140.430, es decir un aumento del 8 por ciento; el total de consultas odontológicas pasaron de 30.228 en el 2011 a 39.914 en el año 2012, un aumento del 32 por ciento; en lo que respecta a egresos hospitalarios en el año 2011 fueron 996, y para el año 2012 se efectuaron 1.432, es decir un aumento del 48 por ciento.

Si bien la producción de los servicios ha aumentado, probablemente debido a la gratuidad total de los servicios, mejorado la accesibilidad de los usuarios a las unidades de salud del MSP, es necesario luego de haber establecido cambios objetivos en el modelo de atención, que incidieron en el acceso a los servicios de salud y que afectaron tanto al usuario interno como el externo, realizar una auditoría - evaluación de la atención de los servicios de salud que brinda el Distrito de Salud 05D06 Salcedo.

Análisis y evaluación enmarcadas en los compromisos suscritos en la declaración de Montevideo, manifestándose en el compromiso IX, como componente fundamental de la APS, la vigilancia y evaluación continuas (Organización Panamericana de la Salud, 2005).

A nivel regional (Región de las Américas), se plantean como una de las líneas de acción estratégicas para desarrollar y fortalecer los sistemas de salud basados en APS la evaluación de los sistemas basados en APS, identificar y divulgar la información sobre las mejores prácticas con miras a perfeccionar su aplicación (Macinko, 2007).

Igualmente el Plan Nacional del Buen Vivir 2013 -2017, indica la necesidad de implementar sistemas de calidad con estándares normalizados que faciliten la regulación, el control y la auditoría de los servicios que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social. Las 10 primeras causas de morbilidad presentada en el Distrito de Salud 05D06 y que se señaló anteriormente, nos indican patologías que pueden ser atendidas en el primer nivel de atención y la necesidad que tanto los usuarios como los proveedores del sistema apliquen adecuadamente las normas y protocolos de la APS que promueve el MAIS; siendo necesario identificar los nudos críticos que impiden la atención integral del paciente en las unidades de salud del distrito.

El presente estudio, establecerá una evaluación de la intervención ejecutada por el MSP en el Distrito de Salud 05D06 Salcedo, el grado en que la estrategia de la APS ha logrado cubrir la demanda de servicios en salud de la población del Cantón Salcedo. Determinar mediante la aplicación de los instrumentos PCAT, el punto de vista, la percepción que la población, los usuarios externos y los proveedores de los servicios de salud del MSP tienen al respecto de las funciones esenciales y secundarias de la APS, instrumento que previamente deberá ser validado a partir de la versión del PCAT Argentino a una versión culturalmente comprensible en nuestro medio.

2.2. Justificación.

Como se analizó anteriormente, en la morbilidad presentada en el Distrito de Salud Salcedo durante el año 2012, las diez primeras patologías presentadas corresponden a enfermedades que pueden y deben ser tratadas a nivel del primer

nivel de atención. A su vez en base a este conocimiento epidemiológico las unidades de salud del distrito, deberían en parte adecuarse para responder a las necesidades de la población beneficiaria, siendo necesario el permanente monitoreo y evaluación de las actividades que ejecutan con el fin de adecuar constantemente la oferta de servicios a las demandas de necesidades y cumplir con lo dispuesto en la Constitución de la República 2008, que en su artículo 32, señala: *“La salud es un derecho que garantiza el Estado....”*

Con la evaluación de la aplicación del nuevo modelo de atención en salud MAIS, las autoridades, los profesionales y los usuarios del Distrito de Salud 05D06, determinaran si las acciones implementadas cumplen con lo planificado, identificar las falencias existentes, las dificultades para la implementación del MAIS, y especialmente que permita a los involucrados priorizar decisiones que permitan fortalecer las funciones de la APS que lo requieran y la adecuada ejecución de los cambios estructurales que propone el MAIS.

La evaluación del MAIS permitirá a quienes dirigen la institución obtener *“información para reforzar o corregir las medidas implementadas, así como identificar centros o equipos que requieran más o diferentes recursos en el logro de las funciones de la APS y en la satisfacción de las necesidades específicas de poblaciones en servicios locales de salud”* (Berra, 2013).

3. OBJETIVO GENERAL

Evaluar el nuevo Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS –FCI), basado en la APS, en el Distrito de Salud 05D06, mediante la herramienta Primary Care Assessment Tool (PCAT).

4. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 4.1. Adaptar a nuestro medio cultural y lingüístico los contenidos del instrumento PCAT a partir de la versión argentina, con la participación de expertos en Salud Pública y población local.
- 4.2. Validar la herramienta Primary Care Assessment Tool (PCAT) adaptada de la versión argentina, en una población culturalmente equivalente a aquella a ser evaluada.
- 4.3. Identificar mediante las encuestas PCAT, los nudos críticos que impiden la correcta aplicación del MAIS y la APS en el Distrito de Salud 05D06 Salcedo.

5. MÉTODOLOGÍA Y DISEÑO DEL PROYECTO

Tipo de estudio.

El diseño de la investigación será de un estudio descriptivo de corte transversal, se utilizarán variables cualitativas y cuantitativas, que permitan describir la realidad del sistema de salud.

Se plantea un tipo de estudio cuantitativo porque se realizarán operaciones aritméticas de variables cuantitativas y se establecerán proporciones en ambos tipos de variables: cualitativas y cuantitativas. A la par se utilizará indicadores de calidad para medir los servicios de salud del Distrito de Salcedo

Universo y muestra.

El estudio se aplicara a los pacientes atendidos en los Centros de Salud tipo A y B (primer nivel atención), y los pacientes atendidos en el servicio de consulta externa del Hospital Básico Salcedo. El universo será el 100 por ciento de pacientes atendidos durante un mes y los médicos de los servicios de consulta externa como proveedores del sistema de salud.

La muestra se establecerá a partir de un promedio mensual de los pacientes atendidos durante el año 2012 y el primer semestre del 2013, que acudieron a las unidades de salud para atención de morbilidad no urgente y por consultas de prevención (materno infantil y adolescente) (ANEXO 2). De acuerdo al cálculo descrito tenemos 7551 pacientes promedio por mes.

Para la obtención de la muestra se aplicara la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times P \times q}{\delta^2 (N - 1) + Z \times P \times q}$$

n = Tamaño de la muestra

N = Universo

Z = Nivel de confianza

δ = Error 0.05%

P = Prevalencia

q = (1- P)

$$n = \frac{7551 \times 3.8416 \times 0.5 \times 0.5}{0.0025 \times 7550 + (3.8416 \times 0.5 \times 0.5)}$$

$$n = \frac{7251}{18.875 + 0.9604}$$

$$n = \mathbf{366}$$

Para la aplicación de la herramienta PCAT, el total de la muestra se distribuirá en la unidades de salud de la siguiente manera: el 50 por ciento es decir 183 encuestas en el Hospital Básico Salcedo y el 50 por ciento en las 3 unidades de mayor afluencia o demanda de servicios: Mulliquindil (61), Mulalillo (61) y Cusubamba (61).

Los criterios de inclusión para participar en el estudio son: ser mayor de edad, con patología no urgente y haber previamente recibido la atención en consulta externa, en el caso de pacientes infantiles se abordara al padre, madre o acompañante adulto que acuda junto al niño.

Recolección de datos.

El contacto con los pacientes para la recolección de la información la realizaran los estudiantes de medicina del internado rotativo que realizan su pasantía prerural en las unidades de salud del Distrito 05D06.

Herramienta a utilizar.

Sera una encuesta elaborada a partir de las preguntas establecidas en la encuesta PCAT aplicada en la Republica de la Argentina (Berra, 2013), para lo cual y previa coordinación y aprobación por parte de la dirección del Distrito de Salud, se conformara un grupo de trabajo con la participación de expertos en salud pública y población local, quienes se encargarán de adaptar el instrumento a una versión culturalmente comprensible para las personas de nuestro medio. En el ANEXO 3 se detallan la totalidad de las preguntas utilizadas en Argentina.

Cronograma

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES		
N°	ASUNTO	TIEMPO
1	Adaptación a nuestro medio cultural y lingüístico los contenidos del instrumento PCAT a partir de la versión argentina, con la participación de expertos en Salud Pública y población local.	1mes
2	Validación de la herramienta Primary Care Assessment Tool (PCAT) adaptada de la versión argentina, en una población culturalmente equivalente a aquella a ser evaluada.	15 días
3	Preparación del instrumento y de los encuestadores	15 días
4	Aplicación de la encuesta	1 mes
5	Análisis de los resultados, conclusiones y recomendaciones	2 mes

Presupuesto.

En base a recursos institucionales, tanto en los gastos de talento humano, materiales y movilización de los investigadores.

Giovany Jácome R.

6. BIBLIOGRAFÍA:

- Asamblea Constituyente.* (2008). Constitución de la República del Ecuador 2008. Recuperado el 25 de mayo del 2014 desde: <http://biblioteca.espe.edu.ec/upload/2008.pdf>
- Audisio, Y. (2012). Adaptación de instrumentos para la evaluación de la Atención Primaria de Salud en Argentina: Versiones para usuarios y para pacientes con trastornos mentales. *Maestría en Salud Pública*. Recuperado el 2 de junio de 2014 desde: http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Audisio_yanina.pdf
- Barros, M. et al. (2006). Guía para el análisis de la situación de salud en la atención primaria. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Recuperado el 25 de junio de 2014 desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252006000300002&script=sci_arttext
- Berra, S. et al. (8 de Septiembre del 2011). Adaptación Cultural y al Sistema de salud Argentino del Conjunto de Instrumentos para la Evaluación de la Atención Primaria de la Salud. *Revista Argentina Salud Pública*, 2(8), 6-14. Recuperado desde: http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications_PDFs/A258.pdf
- Berra, S. (5 de septiembre del 2013). El Estudio de las Funciones de la Atención Primaria de la Salud: *Adaptación e Implementación de los Cuestionarios PCAT en Argentina*. Centro de Investigaciones Epidemiológicas y en Servicios de Salud. Recuperado el 25 de mayo del 2014 desde: http://ciess.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2012/05/2012_FuncionesAPS_AR-PCAT_CIESS-UNC.pdf
- Dever, A. (1991). *Epidemiología y Administración de Servicios de Salud*. Aspen Publishers, Inc.: Maryland.
- Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos.* (2010). Sistema Integrado de Consultas. Recuperado el 25 de mayo del 2014 desde: <http://redatam.inec.gob.ec/cgi-bin/RpWebEngine.exe/PortalAction>
- Macinko J, Montenegro H, Nebot C, Etienne C y Grupo de Trabajo de Atención primaria de Salud de la Organización panamericana de la Salud. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Revista Panamericana Salud Pública*, 21(2/3), 73–84. Recuperado desde <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/03.pdf>
- Ministerio de Salud Pública.* (2013). Manual del Modelo de Atención integral de Salud – MAIS. Ecuador.

- Navas, O. (1985). El Cantón Salcedo: Síntesis de sus valores espirituales y físicos. Editorial Nacional – SENDIP. Quito
- Nervi, L. (noviembre 21 del 2008). Alma Ata y la Renovación de la atención primaria en Salud. *Centro de Información y Servicios de Asesoría en Salud*. Recuperado el 25 de mayo del 2014 desde: http://www.cisas.org.ni/files/El_Salvador/dia_1/Renovaci%C3%B3n%20de%20la%20Atenci%C3%B3n%20Primaria%20de%20la%20Salud.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (Septiembre del 2005). Declaración Regional Sobre las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria de Salud (Declaración de Montevideo). Recuperado el 25 de mayo del 2014 desde: <http://www.smu.org.uy/sindicales/info/dec-mvd.pdf>
- Pan American Health Organization. (1978). Declaración de Alma Ata. Recuperado el 25 de mayo del 2014 desde: http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- Pardo de Vélez, G & Cedeño, M. (1997). Investigación en salud, Factores Sociales. McGRAW-HILL INTERAMERICANA, S.A. : Santafé de Bogotá, D.C.
- Pizarrín, MI. et al. (2007). Un Instrumento para la Evaluación de la Atención Primaria de Salud desde la Perspectiva de la Población. *Atención Primaria*, 39(8), 395-403. Recuperado desde: http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications_PDFs/A224.pdf
- Pizzanelli, M. et al. (2011). Validación de Primary Care Assessment Tool (PCAT) en Uruguay. *Revista Médica del Uruguay*. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0303-32952011000300009&script=sci_arttext
- Ramos, B. (2006). Enfoque conceptual y de procedimiento para el diagnóstico o análisis de la situación de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(2). Recuperado desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662006000200011&script=sci_arttext&lng=pt
- Rodríguez, MI. et al. (Septiembre del 2012). Evaluación de la Atención Primaria de Salud en un contexto urbano: percepción de actores involucrados – Bañado Sur – Paraguay, 2011. *Saúde em Debate*. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042012000300016&script=sci_arttext
- SENPLADES. (2013). Objetivo 3: Mejorar la calidad de vida de la población. Recuperado el 25 de mayo del 2014 desde: <http://www.buenvivir.gob.ec/33>

7. ANEXOS

7.1 Anexo 1.

Talento Humano del Distrito de Salud 05D06 Salcedo

TALENTO HUMANO DEL DISTRITO DE SALUD 05D06, POR TIPO DE SERVIDOR PÚBLICO Y/O TRABAJADOR. AÑO 2013	
PERSONAL	No.
Médicos	40
Enfermeras	20
Odontólogo	21
Psicólogo	1
Obstetrix	4
Bioquímica	1
Auxiliar de enfermería	23
Auxiliar de Odontología	1
Auxiliar Farmacia	2
Tecnólogo Rx	1
Tecnólogo / Lic. Laboratorio	3
Paramédico	1
Auxiliar Administrativo de salud	16
Inspector Sanitario	3
Estadística	3
Administrativo	7
Choferes	4
Mantenimiento	1
Atención al Usuario / Call Center	3
TOTAL	155

Elaborado por: Gestión Talento Humano. Datos a 11/2013

TOTAL TALENTO HUMANO DEL DISTRITO DE SALUD 05D06, POR TIPO DE RELACIÓN LABORAL. AÑO 2013.		
PERSONAL	TOTAL	PORCENTAJE
NOMBRAMIENTO	45	29,0
NOMBRAMIENTO PROVISIONAL	19	12,3
CONTRATO	18	11,6
RURAL	50	32,3
CONTRATO COLECTIVO	23	14,8
TOTAL	155	100,0

Elaborado por: Gestión Talento Humano. Datos a 11/2013

7.2. Anexo 2.

Producción del Distrito de Salud 05D06 Salcedo, durante el año 2012 y primer semestre del 2013.

INDICADORES DE PRODUCCION Y PRODUCTIVIDAD AÑO 2012 Y PRIMER SEMESTRE AÑO 2013			
NOMBRE DE LA UNIDAD: TOTAL DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD 05D06 SALCEDO			
N°	VARIABLES	AÑO 2012	PRIMER SEMESTRE AÑO 2013
1	Primeras Consultas Morbilidad (C.E.)	39672	24177
2	Consultas Subsecuentes Morb. (C.E.)	14545	6270
3	Total Consultas Morbilidad (C.E.)	54217	30447
4	Total Consultas Emergencia	10940	6180
5	Total Consultas Odontología	39914	12085
6	Total Consultas de morbilidad Adolescentes	7167	4029
7	Total Consultas de Prevención (Materno-Infantil-Adolescentes)	35359	15896
8	Total Consultas (3,4,5,7)	140430	64608
9	Egresos	1432	645
10	Cirugías	328	111
11	Exámenes laboratorio	61484	32464
12	Exámenes imagen Rx	2050	1473
13	Exámenes imagen: ecosonogramas	1337	667
14	Raciones Dietéticas servidas	18004	9134
15	Recetas despachadas	103500	58074
16	Consultas Trabajo Social	3848	2425

Elaborado: Estadística – Coordinación

NOMBRE DE LA UNIDAD: TOTAL DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD 05D06 SALCEDO, AÑO 2012 Y PRIMER SEMESTRE DE 2013			
MATERNIDAD GRATUITA			
N°	VARIABLES	AÑO 2012	PRIMER SEMESTRE AÑO 2013
17	Primeras Consultas: Planificación Familiar	2056	934
18	Subsecuentes de Planificación Familiar	9034	2916
19	Total Consultas Primeras y Subs. de Planificación Familiar	11090	3850
20	Primeras consultas: Control prenatal	1151	1415
21	Primeras consultas odontológicas en embarazo	642	213
22	Primeras consultas: doc.	1178	304
23	Partos	334	159
24	Cesáreas	26	19
25	Colocación de DIU	86	16
26	Control Postparto	396	109
27	Exámenes VIH	863	459
28	Detección y tratamiento de ITS	432	
29	Atención al maltrato a mujeres	69	20

Elaborado: Estadística – Coordinación

NOMBRE DE LA UNIDAD: TOTAL DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD 05D06 SALCEDO, AÑO 2012 Y PRIMER SEMESTRE DE 2013			
Niños menores de 5 años			
N°	VARIABLES	AÑO 2012	PRIMER SEMESTRE AÑO 2013
30	Control de crecimiento y desarrollo en < 1 año (fomento y protección) PRIMERAS CONSULTAS	1830	1745
31	Control de crecimiento y desarrollo en < 1 año (fomento y protección) CONSULTAS SUBSECUENTES	5326	110
32	Control de crecimiento y desarrollo en < 5 años (fomento y protección) PRIMERAS CONSULTAS	1508	1457
33	Control de crecimiento y desarrollo en < 5 años (fomento y protección) CONSULTAS SUBSECUENTES	5368	135
34	TOTAL DE CONSULTAS CONTROL Y CRECIMIENTO DE MENOR DE 5 A.	14032	1592
35	Atención a las enfermedades con la estrategia AIEPI	6263	3188
36	Total Consultas men. 5 años (prevención y morbilidad)	17659	27912
37	Atención odontológica a < 5años	2955	3118
38	Atención al maltrato en menores de 5 años	48	21

Elaborado: Estadística – Coordinación

NOMBRE DE LA UNIDAD: TOTAL DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD 05D06 SALCEDO, AÑO 2012 Y PRIMER SEMESTRE DE 2013			
N°	VARIABLES	AÑO 2012	PRIMER SEMESTRE AÑO 2013
36	Promedio diario de consultas (C.E.)	217	244
37	Promedio diario de consultas Emergencia	30	34
38	Promedio diario de consultas Odontología	175	101
39	Concentración de consulta de morbilidad	1	1
40	Concentración de consulta de planificación familiar	6	4
41	Concentración de consulta de control prenatal	4	2
42	Cobertura de morbilidad	27	63
43	Cobertura de planificación familiar	101	14
44	Cobertura de control prenatal	81	78
45	Cobertura de control en menor de 1 año	130	124
46	Cobertura de parto institucional	48	51
47	Promedio consulta por hora médico	4	4
48	Promedio consulta por hora odontólogo	2	2
49	# atenciones de emergencias por 100 consultas externas	14	14
50	Receta por consulta	3	3
51	% Ocupación camas	88	91
52	Giro de cama	5	8
53	Intervalo de giro	2	1
54	Promedio días estada	2	3
55	Promedio diario de camas disponibles	15	15
56	Promedio intervenciones quirúrgica por día	1	
57	Promedio exámenes laboratorio por día	247	250
58	Promedio exámenes imagen por día	8	8
60	Pacientes transferidos	1185	1136

Elaborado: Estadística – Coordinación

7.3. Anexo 3.

Preguntas utilizadas en el instrumento PCAT aplicado en la República de la Argentina (Berra, 2013).

PCAT - AE (USUARIOS ADULTOS)	PCAT - PE (PROVEEDORES)
A. IDENTIFICACIÓN DE UN CENTRO DE SALUD O MÉDICO DE CABECERA	No se incluyen preguntas en esta versión
<p>A continuación, le realizaré preguntas sobre los servicios y la atención de salud que usted recibe. Con las siguientes tres preguntas usted identificará cuál es el centro o profesional que tiene como fuente principal de atención primaria para su salud, ya sea públicos, de su obra social o de su plan de salud.</p> <p>A1. ¿Hay algún médico/a o lugar al que Ud. vaya habitualmente cuando está enfermo/a o necesita indicaciones acerca de su salud?</p> <p>A2. ¿Hay un médico/a o lugar donde lo/la conozcan mejor a usted como persona?</p> <p>A3. ¿Hay un médico/a o lugar que tenga mayor responsabilidad por la atención de su salud?</p>	
B. PRIMER CONTACTO – UTILIZACIÓN	No se incluyen preguntas en esta versión
<p>B1. Cuando Ud. necesita hacerse un control de salud de rutina, ¿va a su Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS) antes de asistir a otro lado?</p> <p>B2. Cuando tiene un nuevo problema de salud, ¿va a su CAPS antes de asistir a otro lado?</p>	
C. C. PRIMER CONTACTO – ACCESO	B. PRIMER CONTACTO – UTILIZACIÓN
<p>C2. ¿Está abierto su CAPS, por lo menos, algunas tardes durante la semana hasta las 20 hs.?</p> <p>C3. Si su CAPS está abierto y Ud. se enferma, ¿alguien de allí lo atendería ese mismo día?</p> <p>C5. Cuando su CAPS está cerrado, ¿puede recibir un número de teléfono al que sus usuarios puedan llamar si se enferman?</p> <p>C6 Si su CAPS está cerrado durante los sábados y domingos y Ud. se enferma, ¿alguien de allí lo atendería ese mismo día? Si está siempre abierto, marque 4.</p> <p>C10 ¿Tiene que esperar mucho tiempo o hablar con muchas personas para sacar un turno en su CAPS?</p>	<p>C2. ¿Su consultorio está abierto al menos un día de la semana hasta las 20 horas?</p> <p>C3. Cuando sus usuarios se enferman, ¿alguien de su consultorio lo vería ese mismo día si está abierto?</p> <p>C5. Cuando el consultorio está cerrado, ¿usted tiene atención médica telefónica cuando Ud. se enferme? Si está siempre abierto, marque 4.</p> <p>C6 Cuando sus usuarios se enferman y su consultorio está cerrado los sábados y domingos, ¿podría alguien del consultorio ver a sus usuarios en el mismo día?</p> <p>No se incluye en esta versión</p>

PCAT - AE (USUARIOS ADULTOS)		PCAT - PE (PROVEEDORES)	
D	D. CONTINUIDAD	D	D. CONTINUIDAD
D1	Cuando Ud. va a su CAPS, ¿siempre lo/la atiende el mismo profesional de salud?	D1	¿En su consultorio los usuarios ven al mismo médico cada vez que hacen una consulta?
D4	Si Ud. tiene una pregunta, ¿puede llamar y hablar c/el médico/a o enfermera que lo/la conoce más?	D4	¿Si sus usuarios tienen una duda, pueden llamar y hablar con el médico o la enfermera que los conoce mejor?
D5	Su médico/a o profesionales de su CAPS ¿le dan suficiente tiempo para hablar sobre sus preocupaciones o problemas?	D5	¿Cree que usted les da a sus usuarios suficiente tiempo para hablar de sus preocupaciones o problemas?
D6.	¿Se siente cómodo/a hablando de sus preocupaciones o problemas con el médico/a o profesionales de su CAPS?	D6	¿Cree usted que sus usuarios se sienten bien hablando con usted sobre sus preocupaciones o problemas?
D9	Su médico/a o profesionales de su CAPS ¿conocen cuáles son los problemas más importantes para Ud. y su familia?	D9	¿Cree usted que comprende qué problemas son más importantes para los usuarios que usted ve?
D10	Su médico / a o profesionales de su CAPS ¿conocen su historia clínica completa?	D10	¿Conoce usted la historia médica completa de cada paciente?
D13	Su médico/a o profesionales de su CAPS ¿conocen los medicamentos que usted está tomando?	D13	¿Cree usted que conoce todos los medicamentos que sus usuarios están consumiendo?
E.	COORDINACIÓN	E	COORDINACIÓN
E7	¿Su médico/a o profesional de su CAPS sabe que usted fue al especialista o servicio de especialidad médica?	E7	¿Cree que usted sabe sobre todas las visitas que sus usuarios hacen a especialistas?
E8	¿Algún profesional de su CAPS hablo con usted acerca de los diferentes lugares donde podría haber ido para que le ayudaran con ese problema?	E8	Cuando los usuarios necesitan una derivación ¿Usted comenta los lugares en los que la familia podría ir a buscar ayuda para su problema?
E10	¿Su médico/a o profesional de su CAPS le dio alguna información por escrito acerca del motivo de consulta para el especialista?	E10	Cuando los usuarios son derivados ¿usted les da información por escrito para el especialista o servicios especializados?
F	COORDINACIÓN (SISTEMAS DE INFORMACIÓN)	F	COORDINACIÓN (SISTEMAS DE INFORMACIÓN)
F1	Cuando Ud. va a su CAPS, ¿lleva algún registro médico, como calendarios de vacunación o informes médicos previos?	F1	¿Se espera que los usuarios traigan registros como carné de vacunas o notas de atención médica recibida en el pasado?
F3	Cuando va a su CAPS, ¿su historia clínica está siempre disponible?	F3	¿Las historias clínicas están disponibles cuando usted ve a sus usuarios? ¿Usted utiliza alguno de los siguientes métodos para asegurar que sus usuarios reciben los servicios indicados?
		F4	Diagramas de flujo de los resultados de laboratorio en la historia clínica.

PCAT - AE (USUARIOS ADULTOS)		PCAT - PE (PROVEEDORES)	
G	GLOBALIDAD (SERVICIOS DISPONIBLES)	G	GLOBALIDAD (SERVICIOS DISPONIBLES)
	A continuación se presenta una lista de servicios que usted o su familia pueden necesitar en cualquier momento. ¿Cuál de estos servicios se encuentra disponible en su CAPS?		Si sus usuarios necesitan algunos de los siguientes servicios, ¿podrían tenerlos en el mismo lugar que su consultorio?
G1	Atención a consultas sobre nutrición o dieta	G1	Asesoramiento nutricional por un/a nutricionista
G2	Colocación de vacunas	G2	Vacunas
G7	Asesoramiento sobre adicciones	G7	Asesoramiento o tratamiento por consumo de alcohol o sustancias tóxicas
G8	Asesoramiento sobre problemas de salud mental	G8	Asesoramiento sobre problemas de conducta o salud mental
G11	Asesoramiento y pruebas para VIH/SIDA	G11	Asesoramiento y pruebas para VIH/SIDA
G12	Examen de audición	G12	Timpanocentesis
G15	Inmovilización de un tobillo esguinzado	G15	Inmovilización de un tobillo esguinzado
G17	Pruebas de Papanicolaou (PAP) para detectar cáncer de cuello de útero	G17	Citología vaginal (PAP)
G20	Control del embarazo	G20	Atención prenatal
H	GLOBALIDAD (SERVICIOS RECIBIDOS)	H	GLOBALIDAD (SERVICIOS PROPORCIONADOS)
	Durante las consultas a su CAPS, ¿hablan con usted sobre los siguientes temas?		¿Habla de los siguientes temas con los usuarios?
H1	Hábitos saludables, como alimentación y descanso	H1	Hábitos saludables, como alimentación y el descanso
H2	Seguridad del hogar; por ejemplo, almacenar de manera segura los medicamentos y las sustancias tóxicas (art. de limpieza, solventes industriales)	H2	Seguridad del hogar; por ejemplo, almacenar de manera segura los medicamentos y las sustancias tóxicas (art. de limpieza, solventes industriales)
H6	Control de niveles de colesterol en la sangre	H6	Niveles de colesterol
H7	Control y asesoramiento sobre los medicamentos que consume	H7	Medicamentos que están siendo consumidos
H10	Prevención de quemaduras con agua caliente y braseros o de accidentes con la electricidad	H10	Prevención de quemaduras con agua caliente
H11	Prevención de caídas	H11	Prevención de caídas
		H15	Cambios en el crecimiento y en la conducta que los padres y madres pueden esperar a diferentes edades

PCAT - AE (USUARIOS ADULTOS)		PCAT - PE (PROVEEDORES)	
I	ENFOQUE FAMILIAR	I	ENFOQUE FAMILIAR
I2	¿Su médico o profesionales de su CAPS conocen las enfermedades o problemas que pueden existir en su familia?	I2	¿En su consultorio se pregunta a sus usuarios sobre las enfermedades o problemas que pueden haber en su familia?
I3	¿Su médico o profesionales de su CAPS se reunirían con alguien de su familia para ayudar a su tratamiento?	I3	¿En su consultorio están dispuestos y pueden reunirse con el grupo familiar para hablar de salud o de problemas familiares?
		I4	Se utilizan familiogramas o el cuestionario de APGAR familiar
		I13	Se evalúa el impacto de la salud de los usuarios en el funcionamiento familiar
ORIENTACIÓN COMUNITARIA		J	ORIENTACIÓN COMUNITARIA
J2	¿Su médico/a o profesionales de su CAPS conocen los problemas de salud más importantes de su barrio?	J2	¿Considera que en su consultorio se tiene un adecuado conocimiento de los problemas de las comunidades que atiende?
	¿Su médico/a o profesionales de su CAPS realizan alguna de las siguientes acciones?		¿En su consultorio se utilizan algunos de los siguientes datos para determinar que programas o servicios son necesarios en la comunidad que atiende?
J12	Encuestas a la comunidad para conocer sus problemas de salud	J12	Encuestas comunitarias
		J7	Tasas de vacunación
		J8	Datos de salud pública sobre salud laboral
COMPETENCIA CULTURAL		K	COMPETENCIA CULTURAL
K2	¿Le recomendaría su CAPS a una persona que no sepa hablar bien castellano o que viene de otro país?	K2	¿En su consultorio pueden comunicarse con personas que no hablen bien en castellano?
K3	¿Le recomendaría su CAPS a una persona que utiliza hierbas o medicamentos caseros o asiste al curandero?	K3	Si es necesario, ¿usted tiene una cuenta de creencias especiales de la familia acerca de la atención médica o el uso de medicinas tradicionales (curanderos, medicinas caseras)?
			En su consultorio se usa alguno de los siguientes métodos para atender a la diversidad cultural de los usuarios.
		K7	Uso de materiales o folletos culturalmente adecuados (lengua, imágenes, costumbres religiosas)
		K8	La composición del equipo de salud del consultorio refleja la diversidad cultural de la población atendida.