

REPÚBLICA DEL ECUADOR



**INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS NACIONALES
UNIVERSIDAD DE POSTGRADO DEL ESTADO**

ESPECIALIZACIÓN EN GESTIÓN PÚBLICA

TÍTULO:

“LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MEDIANTE LA
ARTICULACIÓN PÚBLICA – PRIVADA; ANÁLISIS DE LA RED
PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD (RPIS) EN LA PROVINCIA
DE SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS,
EN EL PERIODO 2014-2016”

Autor: Gabriel Antonio Macías Farías
Director: Dr. Paúl Walter Cisneros Alvarracín

Quito, abril 2018.

REPÚBLICA DEL ECUADOR



**INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS NACIONALES
UNIVERSIDAD DE POSTGRADO DEL ESTADO**

**TESINA PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
GESTIÓN PÚBLICA**

TÍTULO:

“LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MEDIANTE LA
ARTICULACIÓN PÚBLICA – PRIVADA; ANÁLISIS DE LA RED
PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD (RPIS) EN LA PROVINCIA
DE SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS,
EN EL PERIODO 2014-2016”

Autor: Gabriel Antonio Macías Farías
Director: Dr. Paúl Walter Cisneros Alvarracín

Quito, abril 2018.



INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS NACIONALES
LA UNIVERSIDAD DE POSGRADO DEL ESTADO

No.080- 2018

ACTA DE GRADO

En la ciudad de Quito, a los doce días del mes de julio del año dos mil dieciocho, **GABRIEL ANTONIO MACÍAS FARIÁS**, portador de la cédula: 1312948217, **EGRESADO DE LA ESPECIALIZACIÓN EN GESTIÓN PÚBLICA 2016-2017**, Aprobó el estudio de caso, con el tema: **“LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MEDIANTE LA ARTICULACIÓN PÚBLICA – PRIVADA; ANÁLISIS DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD (RPIS) EN LA PROVINCIA DE SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS, EN EL PERÍODO 2014-2016”**, dando así cumplimiento a los requisitos puntualizados en la Ley Orgánica de Educación Superior y la normativa institucional, previos a la obtención del título de: **ESPECIALISTA EN GESTIÓN PÚBLICA**.

Habiendo obtenido las siguientes notas:

Promedio Académico:	8.36
Estudio de caso:	9.25

Nota Final Promedio:	8.80
-----------------------------	-------------

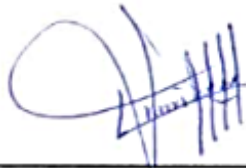
En consecuencia, **GABRIEL ANTONIO MACÍAS FARIÁS**, se ha hecho acreedor al título mencionado.

Para constancia firma:

Abg. Ximena Carvajal Chiriboga
Directora de Secretaría General

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yo, Macías Farías Gabriel Antonio, con C.C. 1312948217, declaro que las ideas, juicios, valoraciones, interpretaciones, consultas bibliográficas, definiciones y conceptualizaciones expuestas en el presente trabajo, así como los procedimientos y herramientas utilizadas en la investigación, son de absoluta responsabilidad de el/la autor/a del trabajo de titulación. Asimismo, me acojo a los reglamentos internos de la universidad correspondiente a los temas de honestidad académica.



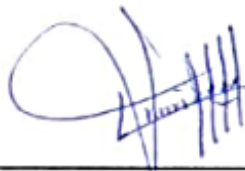
Firma:

Gabriel Antonio Macías Farías
C.C: 1312948217

AUTORIZACION DE PUBLICACIÓN

Autorizo al Instituto de Altos Estudios Nacionales (IAEN), la publicación de este plan de titulación , de su bibliografía y anexos, como artículo en publicaciones para lectura seleccionada o fuente de investigación, siempre dando a conocer el nombre del autor y respetando la propiedad intelectual del mismo.

Quito, abril, 2018



Firma:

GABRIEL ANTONIO MACÍAS FARÍAS
C.C: 1312948217

RESUMEN

En el presente trabajo se analizan los factores que contribuyen o limitan la articulación pública – privada, en la prestación de los servicios de salud por parte de las instituciones que conforman la Red Pública Integral de Salud (RPIS); instituciones públicas: Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL); instituciones privadas con o sin fines de lucro: ONG y SOLCA; en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas durante el periodo 2014-2016; mediante la utilización de entrevistas dirigidas a Directivos, Gerentes y Administradores. En el que se identifican aquellos factores favorables: mecanismos de control, procesos de auditorías, indicadores de evaluación, programas de atención dirigidos a grupos prioritarios y herramientas convencionales de relacionamiento de la información en la gestión y derivación de pacientes; y aquellos factores limitantes: poca coordinación entre actores, desconocimiento de la normativa, baja capacidad técnica y capacidad instalada, falta de recursos, alta influencia política y falta de sistemas integrados de información y comunicación entre los prestadores.

Palabras claves: Política Pública, Organización, Financiamiento, Articulación pública - privada y Provisión de servicios.

ABSTRACT

In this study we analyze the factors that contribute and limit public – private articulations for the provision of health services by the institutions that make up the Public Health Network (RPIS); these institutions are: the Ministry of Public Health (MSP), the Ecuadorian Institute of Social Security (IESS), the Social Security Institute of the Armed Forces (ISSFA), the Social Security Institute of the National Police (ISSPOL); and the Private or non-profit institutions: NGOs and SOLCA. The study tallest place in her province of Santo Domingo de los Tsáchilas during the 2014-2016 period through we use of interviews directed to Directors, Managers and Administrators; In which the favorable factors are identified: control mechanisms, auditing processes, evaluation indicators, attention programs directed to priority groups and conventional tools of information relationship in the management and referral of patients; and those limiting factors: poor coordination among actors, lack of knowledge of regulations, low technical capacity and installed capacity, lack of resources, high political influence and lack of integrated information and communication systems among providers.

Keywords: Public Policy, Organization, Financing, public - private articulation and provision of services.

CONTENIDO

1. CAPÍTULO I – FUNDAMENTOS	6
1.1. Introducción.....	6
1.2. Tema de Investigación	9
1.3. Planteamiento del problema	9
1.4. Justificación.....	10
1.5. Estado del Arte	12
1.6. Objetivos	17
1.6.1. General	17
1.6.2. Específico	17
2. CAPÍTULO II– MARCO METODOLÓGICO.....	18
2.1. Tipo de estudio	18
2.2. Universo	18
2.3. Muestra.....	19
2.4. Recolección de la información	20
2.5. Análisis de la información.....	20
3. CAPÍTULO III – MARCO TEÓRICO.....	25
3.1. Políticas públicas	25
3.1.1. Normativa Legal.....	25
3.2. Organización.....	27
3.2.1. Control	28
3.2.2. Disponibilidad de recursos.....	28
3.3. Financiamiento	29
3.3.1. Entorno social.....	30
3.4. Articulación pública – privada	31
3.4.1. Fragmentación	33
3.4.2. Referencia y derivación	33
3.4.3. Sistemas de información	34
3.5. Provisión de servicios de salud.....	34
3.5.1. Cartera de servicios.....	35
4. CAPÍTULO IV – RESULTADOS	37

4.1. Contextualización de resultados.....	37
4.2. Discusión y Análisis.....	43
5. CONCLUSIONES.....	59
6. RECOMENDACIONES.....	63
7. BIBLIOGRAFÍA.....	65
ANEXOS.....	68

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 – Distribución de Unidad de análisis.....	19
Tabla 2 – Caracterización de variables.....	21
Tabla 3 – Distribución de participantes.....	37
Tabla 4 – Percepción de la Política Pública.....	38
Tabla 5 – Organización para los procesos de control.....	39
Tabla 6 – Organización para la disponibilidad de recursos.....	39
Tabla 7 – Entorno del financiamiento de los servicios.....	40
Tabla 8 – Elementos de Coordinación entre las instituciones de la RPIS.....	41
Tabla 9 – Elementos para la gestión de pacientes entre los prestadores.....	41
Tabla 10 – Elementos de la provisión de servicios.....	42
Tabla 11 – Perspectiva de conocimiento acerca de la organización territorial del SNS en la provincia Tsáchilas.....	44
Tabla 12 – Niveles administrativos de planificación para la coordinación y prestación de los servicios.....	44
Tabla 13 – Aspectos relacionados a la articulación de prestadores públicos y privados en la provincia.....	45
Tabla 14 – Supervisión al comportamiento de las instituciones por parte de la Autoridad sanitaria MSP.....	45
Tabla 15 – Conocimiento acerca de los procedimientos de control aplicados por el MSP.....	46
Tabla 16 – Controles a los procesos de atención, administración y prestación del servicio.....	47
Tabla 17 – Capacidad instalada en las instituciones públicas y privadas en la provincia.....	48

Tabla 18 – Capacidad técnica de las instituciones públicas y privadas en la provincia.	48
Tabla 19 – Nivel de Inversión para la prestación de los servicios de salud en la provincia.	49
Tabla 20 – Influencias de los cambios políticos en el financiamiento para la prestación de los servicios de salud.....	50
Tabla 21 – Medios de financiamiento de las atenciones que se brindan a la población beneficiaria de los servicios de salud.	50
Tabla 22 – Nivel de fragmentación de los servicios de salud en la provincia.	51
Tabla 23 – La articulación pública – privada para la mejora de la calidad de la prestación de los servicios de salud en la provincia.	51
Tabla 24 – Nivel de responsabilidad de la prestación de los servicios de salud por parte de las instituciones públicas y privadas.	52
Tabla 25 – Existencia de unidad o departamento configurado para la gestión, transferencia y derivación de pacientes hacia otros prestadores.	52
Tabla 26 – Nivel de capacitación del personal que gestiona los mecanismos, referencia, derivación y transferencias de pacientes.	53
Tabla 27 – Existencia de sistema de tecnología de información para gestión de pacientes	54
Tabla 28 – Relacionamiento de los sistema de información con otros prestadores.	54
Tabla 29 – Restricciones de la política pública a la oferta de servicios.....	55
Tabla 30 – Oferta o servicios preferenciales para grupos o individuos.	56
Tabla 31 – Atención a grupos prioritarios establecidos en el marco legal.....	56
Tabla 32 – Apoyo logístico y de capacitación.....	57
Tabla 33 – Eficiencia y eficacia de la RPIS en la provincia.	57
Tabla 34 – Prestación de servicios sin importar tipo de afiliación.....	58

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 – Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar, Comunitario e Intercultural.	8
Ilustración 2 – Organización del Sistema Nacional de Salud.....	11
Ilustración 3 – Componentes del Sistema de Salud Segmentado.....	14

1. CAPÍTULO I – FUNDAMENTOS

1.1. Introducción

El Ecuador instituyó en el año 2014 una nueva organización en el sector salud a través de nuevos modelos y reformas, buscando eliminar la fragmentación en la prestación de los servicios, mediante la introducción de instrumentos de alineación y reestructuración de las atribuciones del Ministerio de Salud Pública (MSP) como Autoridad Sanitaria Nacional.

Partiendo de los principios de Universalidad, Inclusión y Equidad Social, establecidos en la Constitución de la República del Ecuador del 2008, se generó el marco jurídico y legal para instaurar un Sistema Nacional de Salud que funcione mediante una Red Pública Integral y bajo la rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido un sistema de salud como “el conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recuperar y/o mejorar la salud” (World Health Organization, 2000), lo que involucra a los servicios de salud personales, los servicios de salud pública o el desempeño de una actividad intersectorial (Granados Toraño & Gómez Montoya , 2002).

En el marco legal relacionado a la garantía del derecho a la salud, el Ecuador ha suscrito Acuerdos Internacionales que se orientan a garantizar el cuidado integral de la salud a la población a través de un modelo de atención integral e integrado en salud, en virtud de promover servicios que generen prestaciones de calidad, cálidas y oportunas, mediante una red plural de servicios de salud (Organización Panamericana de la Salud., 2008).

Es preciso considerar que la Constitución Ecuatoriana de 2008, desde una visión integral de la salud (Capítulo segundo, Art. 32) reconoce a la salud como un derecho fundamental que tiene que ser garantizado por el Estado y cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos que sustentan el Buen Vivir.

Es así que mediante la creación del Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), publicado mediante Acuerdo Ministerial 725-1162 el 03 de mayo de 2012, se incorporó políticas, objetivos y normas, con el fin de normar la prestación de servicios, su funcionamiento en red, asegurar la articulación e

intercambio entre instituciones y/o personas prestadoras y financiadoras, para complementar sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes (Ministerio de Salud Pública, 2014).

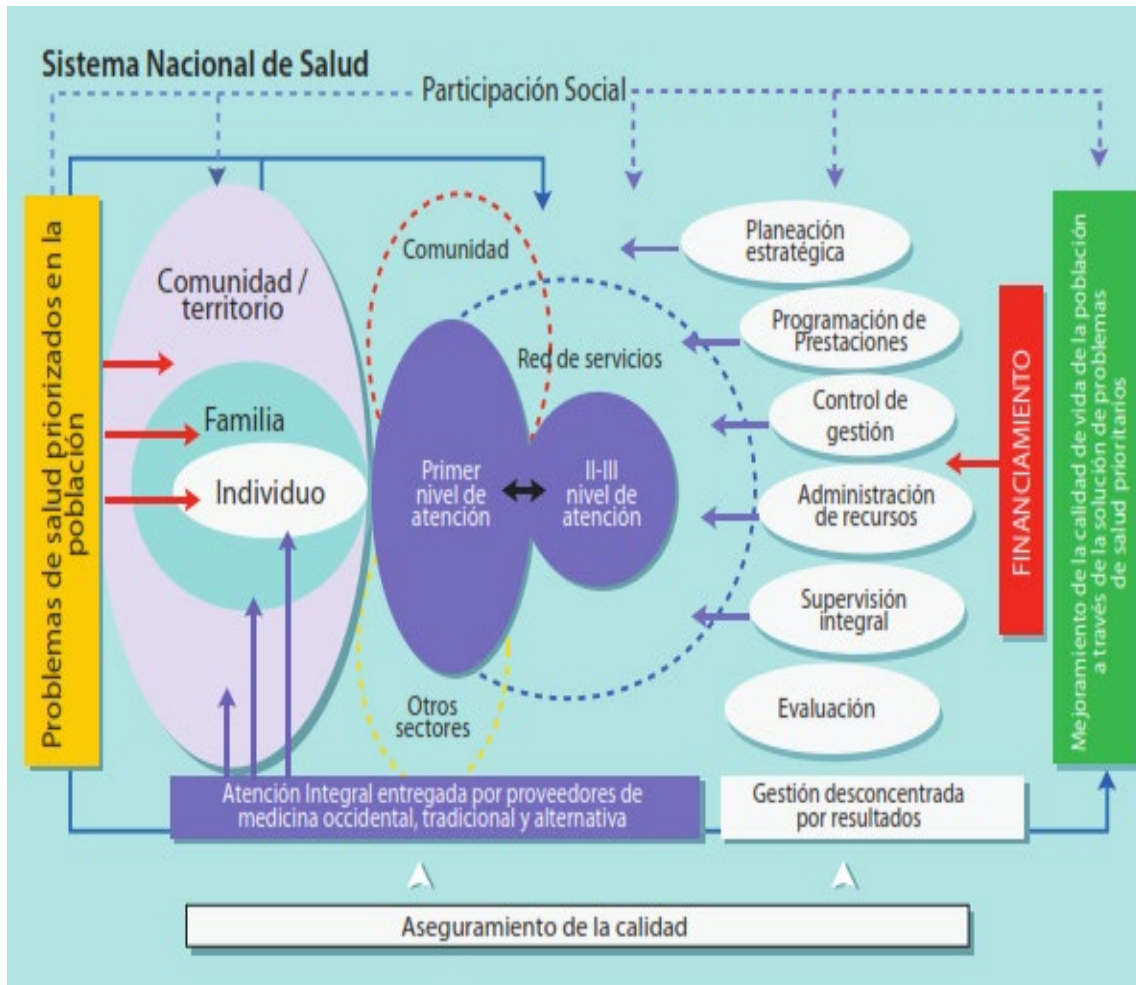
La RPIS está conformada por establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS que incluye al Seguro Social Campesino-SSC), las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional como lo dispone el artículo 360 de la Constitución de la República. A esta red deben articularse otros establecimientos de salud públicos; así como también los proveedores privados, con o sin fines de lucro, que conforman la Red Privada Complementaria. La RPIS desde el nivel nacional como en los niveles desconcentrados del territorio nacional está liderada por el MSP, en sus diferentes instancias (Ministerio de Salud Pública, 2014).

Este enfoque integrador respalda la creación de espacios de gestión y autogestión, donde los conjuntos sociales y los trabajadores de la salud concierten sobre los procesos de identificación de problemas, el establecimiento de prioridades y la búsqueda de soluciones (Ministerio de Salud Pública, 2013); esto desde una visión multidimensional y biopsicosocial de la salud individual y colectiva, a través de la articulación de acciones de interrelacionamiento de las actividades sectoriales, ciudadanas y más que todo de los diversos sistemas médicos, siendo categorizados como: medicina formal; medicinas ancestrales y medicinas alternativas.

Al respecto Londoño y Frenk, consideran que en un sistema sanitario basado en el modelo segmentado aproximadamente una tercera parte de la población en América Latina se encuentra afiliada a algún instituto de seguridad social, otra tercera parte recibe casi toda la atención en las instalaciones del sector público y la tercera parte restante acude casi siempre al sector privado (Londoño & Frenk, 1997).

El MAIS-FCI establece para el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud una clasificación y distribución que articula la participación de los diferentes actores en la prestación de los servicios de salud de la siguiente manera:

Ilustración 1 – Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar, Comunitario e Intercultural.



Fuente: Ministerio de Salud Pública (2012), pág. 53.

Para el MSP la prestación de los servicios de salud en red permite la articulación estructurada de vínculos y expresiones a nivel funcional y administrativa; desarrollando

capacidades de comunicación, gestión de la información y coordinación; mediante el licenciamiento otorgado por la Autoridad Sanitaria Nacional MSP a las instituciones que conforman la RPIS, a fin de brindar mayor capacidad resolutive en la prestación de los servicios enmarcados en la normativa legal, incrementando la cobertura poblacional y garantizando el acceso universal a una calidad de atención en salud.

Este modelo busca además fortalecer la organización territorial de los establecimientos de salud en la red pública integral y la ampliación de la oferta estructurando redes zonales y distritales conforme la nueva estructura desconcentrada de gestión del sector social y la articulación requerida en los diferentes niveles de atención, fortaleciendo el sistema de referencia y contrareferencia para garantizar la continuidad en las prestaciones (Ministerio de Salud Pública, 2013).

Es importante destacar que la articulación de los establecimientos de salud tiene como misión la ejecución y cumplimiento de la normativa sectorial y territorial, ya que paralelamente se han establecido organizaciones encargadas de evaluar la aplicación y la ejecución del modelo de salud, a través de veedurías relacionadas a la calidad de prestación de los servicios de salud y más aún al correcto funcionamiento de la articulación en red de los establecimientos.

1.2. Tema de Investigación

La prestación de los servicios de salud mediante la articulación pública – privada. Análisis de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, en el periodo 2014-2016.

1.3. Planteamiento del problema

La participación y articulación en la prestación de los servicios de salud por parte de los diferentes actores contribuye a garantizar y mejorar la calidad de vida de la población en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, teniendo en cuenta que la integración de las unidades de salud en los tres niveles de atención debe dar como resultado una atención continua a las usuarias (os) por medio de una red con organización y tecnología apropiada,

jerarquizada para prestar atención racionalizada a los pacientes, de acuerdo al grado de complejidad médica y tecnológica instalada (Ministerio de Salud Pública, 2013).

La Norma Técnica del Subsistema de referencia derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud, creada mediante Acuerdo Ministerial N° 00004431, en el mes de abril del 2014; busca dar soporte al Modelo de Atención Integral en salud, Familiar, comunitarios e Intercultural (MAIS-FCI), además de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las personas (Ministerio de Salud Pública, 2013).

En el mes de mayo del 2014, se publica bajo Acuerdo Ministerial N° 00005169, el instrumento denominado “Lineamientos Operativos para la implementación del MAIS-FCI y RPIS” para dar respuesta a los problemas encontrados en torno a la gestión que realizan las instituciones públicas y privadas respecto a la provisión de la atención y al uso de sus recursos con el enfoque de reducir los riesgos y los factores determinantes de la salud, mediante la articulación de las acciones basada en las experiencias y conocimientos de los diferentes actores (Ministerio de Salud Pública, 2014). Es por ello que a través de esta investigación se busca dar respuesta a: ¿Cuáles son los factores que contribuyen o limitan la articulación de Red Pública Integral de Salud en la que intervienen actores públicos y privados?

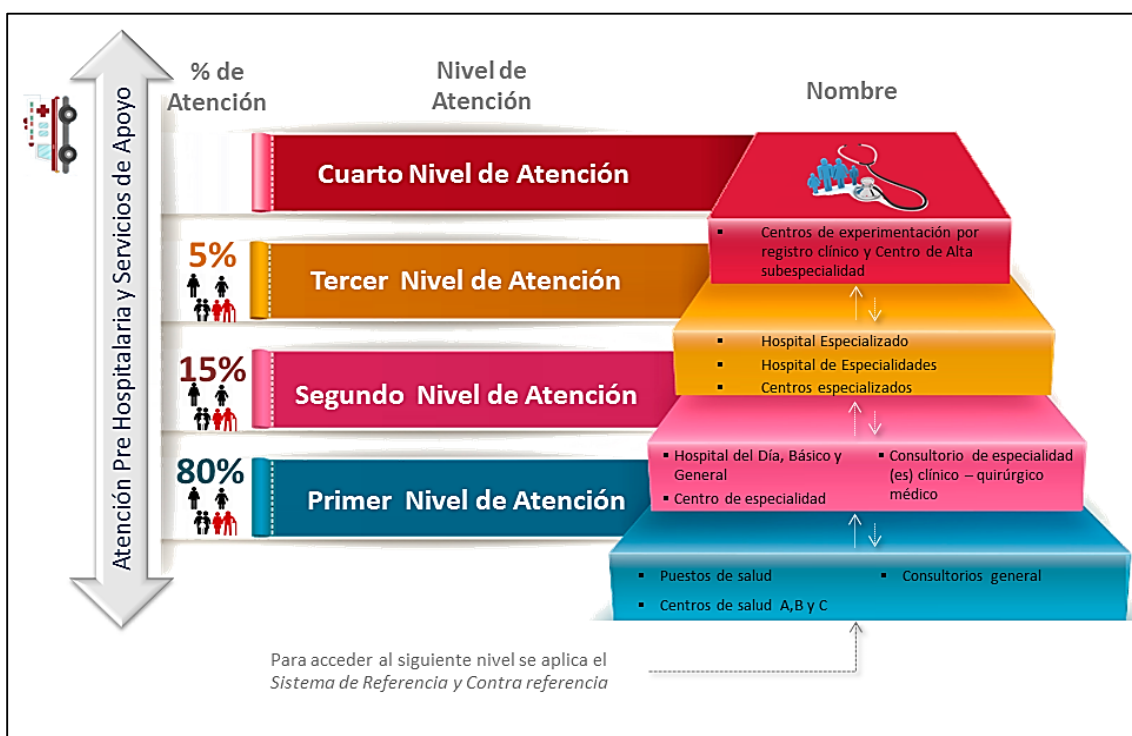
1.4. Justificación

El Sistema Sanitario en Ecuador ha sido reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), por sus logros alcanzado especialmente por el trabajo en equipo, la administración, construcción, repotenciación y acreditación de hospitales a nivel nacional; incluso ha sido galardonado con el primer premio por innovación y excelencia en la provisión de los servicios de salud por la iniciativa del trabajo en Redes Integradas de salud, referido específicamente a la creación de la Red Pública Integral de Salud (RPIS), mismo que fuere otorgado por las Naciones Unidas al Servicio Público (UNPSA), además de lo expresado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), misma que ha catalogado al Ecuador un ejemplo para América Latina.

Es así que el 11 de abril del 2016, la OPS a través de la Directora Regional Carissa Etienne se le entrega un reconocimiento al Ecuador por sus logros alcanzados por su protagonismo en la transformación en salud, resaltando los cambios importantes y beneficiosos para la ciudadanía, tanto en infraestructura como en atención de calidad, calidez y seguridad. Configurando al Ecuador como un ejemplo a seguir en materia de política pública debido a sus avances en temas como el etiquetado de alimentos, discapacidad y el reconocimiento de la salud como un derecho, incluyendo la garantía del acceso universal a servicios de salud (Ministerio de Salud Pública, 2016).

Es así que el Sistema Nacional de Salud (SNS), se encuentra constituido a través de la integración y consolidación de estrategias por parte de los cuatro niveles de atención, que participan en el fortaleciendo de las capacidades de cada uno de los actores dentro del sistema, tal como se ilustra a continuación.

Ilustración 2 – Organización del Sistema Nacional de Salud.



Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2013)

El Modelo de Atención Integral se orienta a promover la promoción, prevención y atención primaria, evitando la duplicación de actividades entre los principales prestadores

y garantizando la eficiencia del sistema. Considerando que la equidad y la eficiencia, tienen particular relevancia ya que son factores de conexión que permiten la articulación y la integración de mecanismos, experiencias y políticas que pueden concertarse entre los distintos sectores que participan en los servicios de salud (Organización Panamericana de la Salud., 2008).

Nuestra investigación se justifica porque hasta ahora no se ha realizado un estudio referente al modelo de gestión sanitaria específicamente basado en articulación de prestadores de servicios de salud públicos y privados en el país. Más aun por la importancia que representa el análisis de los sistemas integrados para la prestación de los servicios especialmente salud, ya que éstos se encuentran complementando esfuerzos, experiencias y conocimiento, buscando alcanzar y cumplir con los objetivos y metas establecidos en la política pública de salud a nivel local y nacional.

Esta investigación desarrollada en base a una metodología retrospectiva en la que se recogen criterios de gerentes, directivos y responsables de la administración de las instituciones públicas y privadas, en cumplimiento a los lineamientos establecidos por el MAIS-FCI y RPIS. La presente investigación se centra en el análisis de los factores que contribuyen o limitan la implementación de la política pública de salud en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, a través del estudio de los factores relacionados a organización, financiamiento, articulación y prestación de servicios; por parte de las instituciones que integran la Red Pública Integral de Salud en la provincia.

1.5. Estado del Arte

Los sistemas sanitarios a nivel de Latino América y el Caribe enfrentan problemas relacionados a los desafíos resultantes de las nuevas expectativas y exigencias de la calidad de atención por parte de la población usuaria de estos sistemas, es así que la OPS, resalta que los establecimientos de mayor capacidad resolutive (hospitales) forman parte de aquellos sistemas fragmentados y segmentados en cuyos modelo de atención se relacionan a la concentración de gastos económicos, la atención comunicacional de la ciudadanía y la preocupación de los actores políticos (Organización Panamericana de la Salud, 2011) .

Sin duda que es rol clave de los hospitales lograr eficacia en el quehacer asistencial ya que la ciudadanía da por supuesto una base de calidad técnica. Dicha misión pierde efectividad para contribuir a la salud de las poblaciones cuando los sistemas sanitarios, entre otros aspectos, están mal organizados, insuficientemente financiados, y no estructurados desde un primer nivel de atención de amplia cobertura y alta capacidad de resolución (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

Gómez Camelo, sostiene que la organización de estos sistemas se dirige hacia el aseguramiento universal de un conjunto de prestaciones básicas, una provisión mixta (público - privada), administración pública del financiamiento, regulación y rectoría estatal. Por otra parte, como un sistema divergente de estas directrices se encuentra Cuba, donde el Sistema Nacional de Salud es público y el Estado regula, financia y presta servicios de salud, sumado al hecho de que la salud se configura como un derecho social (Gómez Camelo, 2005).

Londoño y Frenk, consideran que las instituciones que conforman dichos sistemas también se encuentran sujetas a la dualidad de retos acumulados y emergentes. De este modo, la mayoría de los países en la región no han terminado de resolver los viejos problemas característicos de los sistemas menos desarrollados, tales como cobertura insuficiente, pobre calidad técnica, ineficiencia en la asignación de recursos, inadecuado funcionamiento de la referencia de pacientes, baja capacidad resolutoria y administración deficiente de organizaciones específicas (Londoño & Frenk, 1997).

Al mismo tiempo, América Latina enfrenta ya muchos de los problemas que descontrolan a los sistemas más desarrollados, tales como: la escalada de costos, la existencia de incentivos inadecuados, la inseguridad financiera, la insatisfacción de los consumidores, la expansión tecnológica y, en general, los muchos problemas asociados con la gerencia del sistema en su conjunto por encima de sus organizaciones específicas, incluyendo los retos que plantea el pluralismo creciente, que exigiría una mejor estructuración mediante la integración de redes de proveedores y la definición de reglas claras (Londoño & Frenk, 1997). Sin mencionar el reto de la interculturalidad.

En los sistemas de salud bajo el modelo segmentado según Londoño y Frenk, se configuran cuatro funciones importantes (ver ilustración 3); en este caso el ministerio de salud, las instituciones de seguridad social y el sector privado, desempeñan las funciones de modulación, financiamiento, articulación (cuando existe) y prestación de servicios, pero cada uno lo hace para un grupo específico. El modelo segmentado segrega a los diferentes grupos sociales en sus nichos institucionales respectivos. De hecho, este modelo puede describirse como un sistema de integración vertical con segregación horizontal. (Londoño & Frenk, 1997).

Ilustración 3 – Componentes del Sistema de Salud Segmentado.

FUNCIONES	GRUPOS SOCIALES		
	Con capacidad de pago		Pobres
	Con seguro social	Con seguro privado No asegurados	
Modulación	↓	↓	↓
Financiamiento	↓	↓	↓
Articulación	↓	↓	↓
Prestación	↓	↓	↓
	Instituto(s) de seguridad social	Sector privado	Ministerio de salud

Fuente: (Londoño & Frenk, 1997).

En este modelo podemos observar las cuatro funciones cruciales de los sistemas de salud segmentado¹; Primero “Modulación” el cual define el establecimiento, regulación, implantación y monitoreo de las reglas de juego para el sistema de salud, así como; imprimir en el mismo una dirección estratégica, lo cual busca equilibrar los intereses de los diversos actores; mientras que “Articulación” busca reunir y dar coherencia a los diversos componentes de la atención en salud, ya que esta función se encuentra en un

¹ Segmentación es la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, “especializadas” de acuerdo a los diferentes segmentos de la población, que están determinados por su ingreso y posición económica. La segmentación se manifiesta, tanto para la provisión como para el aseguramiento, en un subsistema público orientado a los pobres; en el subsistema de seguridad social, especializado en los trabajadores formales y sus dependientes; y en un subsistema privado con fines de lucro, concentrado en los segmentos más ricos de la población.

punto intermedio entre el “Financiamiento” y la “Prestación”, tal como lo define Londoño y Frenk.

Los actores, señalan que la “Articulación” abarca actividades clave que permiten que los recursos financieros fluyan a la producción y el consumo de la atención a la salud. Algunos ejemplos de sus funciones incluyen la afiliación de grupos a planes de salud, la especificación de paquetes explícitos de beneficios o intervenciones, la organización de redes de proveedores de forma que se estructuren las posibilidades de elección por parte del consumidor, el diseño y la instrumentación de incentivos a los proveedores a través de mecanismos de pago y la gestión de la calidad de la atención (Londoño & Frenk, 1997).

Esta configuración en el sistema de salud representan tres grandes problemas tales como: duplicidad de funciones y desperdicios de recursos especialmente en los servicios de alta tecnología, diferenciales importantes de calidad de prestación entre los segmentos, escasez crónica de recursos (Londoño & Frenk, 1997).

El problema más importante que presenta el diseño del modelo segmentado es que no refleja el comportamiento real de la población. De hecho, la gente no necesariamente respeta las divisiones artificiales entre los tres segmentos. En efecto, existe un traslape considerable de la demanda, en el que una elevada proporción de los beneficiarios de la seguridad social utiliza los servicios que ofrece el sector privado o el ministerio de salud (Londoño & Frenk, 1997).

En este aspecto hacemos mención al traslape de la demanda, como el resultado de una forma característica de organización política de los servicios de salud, donde los usuarios construyen espacios de poder que les permiten acceder diferencialmente a otras instituciones públicas o privadas como forma de compensar las limitaciones que encuentran en las propias (González Block, 1988).

Uno de los modelos tomado como referencia a nivel mundial es el sistema de salud cubano el cual cuenta con tres niveles administrativos (nacional, provincial y municipal) y cuatro de servicios (nacional, provincial, municipal y de sector). Las direcciones provinciales y municipales de salud se subordinan administrativamente a las asambleas provinciales y municipales de los organismos de los gobiernos locales, de los que reciben

el presupuesto, los abastecimientos, la fuerza laboral y el mantenimiento (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2004). Este Sistema Nacional de Salud cuenta con una red de instituciones de fácil acceso que brinda cobertura al 100% de la población.

Por otro lado, en el modelo canadiense de salud la administración es pública, universal, donde el sector privado es pequeño. El sistema de salud es en los hechos un programa nacional consistente en 10 planes de seguros de salud provinciales y 3 territoriales, en efecto la organización y administración de este modelo de salud, se basa en la administración provincial local de la salud. Las políticas de planificación residen principalmente en las provincias y participan con poder de decisión los consejos sectoriales provinciales, formados por instituciones de la comunidad (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2004).

En el modelo canadiense la atención médica es de financiamiento público, pero de prestación privada. Tiene una fuerte base en los médicos de atención primaria, quienes constituyen el primer contacto formal de los usuarios con el sistema. El 60 % de los médicos en activo en el país son médicos de atención primaria. Usualmente trabajan en consultorios privados en las comunidades y tienen un alto grado de autonomía (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2004).

En un análisis de los Sistemas de Salud de la Región Andina y El Caribe; Gómez Camelo, sostiene que el Ecuador en reformas sanitarias es la nación que normativamente ha introducido mayores cambios que obedecen a las tendencias internacionales, sostienen además que las propuestas actuales de los sistemas sanitarios se dirigen hacia la adopción del aseguramiento de un paquete básico de servicios y el fortalecimiento de la competencia en la prestación con la participación de la mezcla pública y privada (Gómez Camelo, 2005).

La articulación pública – privada en nuestras palabras se orienta al aseguramiento del conjunto de prestaciones de productos y servicios que busca incrementar la calidad técnica, solucionando la insuficiencia en la gestión de los recursos, especialmente a la transferencia y referencia de pacientes desde cada prestador público y/o privado especialmente en los sistema sanitarios; todo esto bajo la función de modulación a través

del establecimiento, implantación y monitoreo de las regulaciones previstas para el financiamiento, articulación y prestación de los servicios dentro de los equilibrados intereses de los actores que participan en la ejecución del plan o programa. Es importante mencionar que no se facilitan actualmente las herramientas explícitas de medición de la calidad en la articulación de actores en la prestación de servicios, especialmente en el sector salud.

1.6. Objetivos

1.6.1. General

Analizar los factores que contribuyen o limitan la implementación de la política pública en salud a través de la articulación pública – privada, en la Red Pública Integral de Salud (RPIS), de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, durante el periodo 2014-2016.

1.6.2. Específicos

- 1) Analizar cómo el nivel de comprensión de la política pública en la prestación de los servicios de salud en la RPIS afecta la articulación pública – privada.
- 2) Analizar cómo los factores de organización en las instituciones respecto a la disponibilidad de recursos y control de la gestión en las instituciones prestadoras de los servicios de salud afecta la articulación pública – privada.
- 3) Analizar cómo los factores que limitan las oportunidades de financiamiento y nivel de inversión en los establecimientos de salud afecta la articulación pública – privada.
- 4) Analizar cómo los elementos de coordinación entre las instituciones públicas y privadas.
- 5) Analizar los factores relacionados a la oferta dentro de la provisión de los servicios de salud en los establecimientos de la RPIS.

Los resultados de cada uno de los objetivos investigados se encuentran respaldados mediante el conjunto de bases teóricas de implementación de políticas públicas especialmente en el sector salud y modelos sanitarios; situadas en el capítulo III del presente trabajo, todo esto relacionado a nuestras variables de investigación.

2. CAPÍTULO II– MARCO METODOLÓGICO.

Este capítulo se encuentra compuesto principalmente por la descripción del tipo de estudio al que corresponde el presente trabajo, narración a la unidad de análisis o muestra seleccionada, universo al que pertenece la muestra, fuente de información y finalmente la explicación sobre el proceso de análisis de la información recolectada a través de los instrumentos de investigación.

2.1. Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo cualitativo, en el que se utilizó la entrevista como técnica de investigación, formulada mediante un cuestionario de preguntas con respuestas en escalas ordinales y nominales. El cuestionario fue aplicado a gerentes, directivos y administradores de los establecimientos que conforman la RPIS en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, sobre aspectos fundamentales como la política pública, organización, financiamiento, articulación pública – privada y provisión de servicios de salud.

2.2. Universo

La implementación de la prestación de servicios del MSP, se enmarca en el MAIS-FCI, siendo este 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, familiar y la comunidad – el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud pública a nivel nacional (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2014).

El SNS cuenta con un total de 4411 establecimientos de salud a nivel nacional, mismos que se encuentran distribuidos dentro de la RPIS, en un 85% para instituciones pública (MSP, IESS, ISSFA, ISSPOL²) y con un 15% para la red complementaria de salud (Instituciones Privada con o sin fines de lucro). Es preciso aclarar que la red

² MSP – Ministerio de Salud Pública IESS – Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
ISSFA – Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
ISSPOL – Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional

complementaria se constituye de instituciones fiscomisionales, juntas de beneficencias, municipios, Organizaciones No Gubernamentales (ONG), Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) y universidades (Ministerio de Salud Pública, 2017).

2.3. Muestra

Dentro del marco jurídico todas las unidades que prestan servicios de salud forman parte del SNS desde los diferentes niveles administrativos de planificación mismos que coordinan, planifican y prestan los servicios de salud, a través de zonas, distritos y circuitos administrativos en territorio. El enfoque de desconcentración del MSP, a nivel zonal es una medida administrativa para llevar la política pública a las localidades de una manera organizada y coordinada (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2014).

En este contexto nuestra investigación se desarrolló en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, misma que se encuentra distribuida en tres distritos de salud en sus dos cantones territoriales; dentro de la cual coexisten todas las entidades inmersas en el cumplimiento del MAIS-FCI, en el marco de la articulación pública – privada para la prestación del servicio de salud. Se trabajó con un total de 11 establecimientos de salud en la provincia, los cuales fueron elegidos dentro del conjunto de entidades de la RPIS, misma que se diferencia de otras provincias en las que no se cuenta con la participación de todas las instituciones del sistema es decir: públicas, privadas y con o sin fines de lucro; por tanto nuestra unidad de análisis se compone de la siguiente manera:

Tabla 1 – Distribución de Unidad de análisis

INSTITUCIÓN	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	CANTIDAD
ISSFA	Consultorio general	1
IESS	Hospital Ambulatorio	1
	Hospital General IESS	1
MSP	Hospital Santo Domingo	1
	Hospital Gustavo Domínguez	1
ISSPOL	Consultorio General	1
ONG	Fundación CEMOPLAF	1
	Fundación salud y desarrollo andino	1
PRESTADORES PRIVADOS	Hospital Clínica Santa Anita	1
	Hospital Medical Cuba Center	1
SOLCA	Unidad oncológica	1
Total General		11

Elaborado: Autor

2.4. Recolección de la información

Es preciso referir que se aplicó la misma entrevista al conjunto de gerentes, directores y administradores de los establecimientos en este orden, en función de obtener el mismo resultado en todos los entrevistados, a través de la lectura progresiva de las interrogantes y su correspondiente transcripción manuscrita de cada respuesta, además de la argumentación brindada durante aproximadamente 25 minutos utilizados en la aplicación de la entrevista, esto con el fin de conocer desde las experiencias y perspectivas de los participantes, información concerniente a nuestras variables de investigación.

2.5. Análisis de la información

Para el análisis de la información producto de las entrevistas se elaboró una base de datos en Microsoft Excel versión 2012. A partir de esto se crearon tablas y gráficos para la representación y análisis de la información, a través de la ponderación en medidas porcentuales.

Luego de la agrupación de los datos se describe brevemente a continuación de cada gráfico, los criterios referidos por los entrevistados en los que explica por qué escogieron cada categoría, se detallan los principales argumentos que se relacionan en alguna categoría a los factores que limitan y en otras categorías que contribuyen la articulación público – privada, objeto de la investigación.

2.6. Descripción de la variables analizadas

La descripción de nuestras variables de investigación según su distribución se encuentra alineadas a cada objetivo específico tal como se expresa en la tabla 2 descrita a continuación.

Dentro de lo cual se establece la operacionalización de las variables y sub-variables independientes, indicador para la medición, las preguntas formuladas en función de los criterios a investigar y finalmente la categorización y sus niveles de comprobación de cada respuesta brindada por los participantes.

Tabla 2 – Operacionalización de variables

Objetivos Específicos	V. Independiente	Sub-Variable Independiente	Indicador	Preguntas	Nivel de Medición	Categorías
1) Analizar cómo el nivel de comprensión de la política pública en la prestación de los servicios de salud en la RPIS.	Política Pública	Normativa Legal	Nivel de conocimiento de la normativa y regulación de la RPIS	¿De acuerdo a la política del SNS, la articulación territorial, dentro de las atribuciones y competencias en el marco de la prestación de servicios de salud, corresponde a una?	Nominal	1. Organización Territorial Concentrada () 2. Organización Territorial Desconcentrada ()
				¿De acuerdo a la política del SNS, los niveles administrativos de planificación para la coordinación y prestación de servicios son?	Nominal	1. Plata central - MSP - Distritos () 2. Nivel Nacional- Zonal - Distrital - Circuitos () 3. Provinciales - Cantonales - Parroquiales ()
				¿Cree Usted que la RPIS se encuentra conformada por la articulación de establecimientos públicos y privados con o sin fines de lucro?	Ordinal	• Absolutamente () • Medianamente () • Poco () • Nada () • No sabe / No responde ()
				¿Cree Usted que de acuerdo a la política del SNS, el marco normativo y regulatorio, corresponde la supervisión al comportamiento de las instituciones de salud al MSP?.	Ordinal	• Absolutamente () • Medianamente () • Poco () • Nada () • No sabe / No responde ()
2) Analizar cómo los factores de organización en las instituciones respecto a la disponibilidad de recursos y control de la gestión en las	Organización	Control	Procesos de control de la articulación	¿Conoce Usted los procedimientos de control que aplica la autoridad sanitaria nacional para vigilar el cumplimiento de las metas y objetivos por parte de las instituciones públicas y privadas que conforman la RPIS en la provincia?	Nominal	• Si () • No () Como cuales: _____
				Está usted de acuerdo, que se realicen controles respecto a los procesos de atención, administración y prestación de los servicios a las instituciones públicas y privadas que conforman la RPIS.	Ordinal	• Totalmente de acuerdo () • Parcialmente de acuerdo () • Totalmente en desacuerdo () • No sabe / No responde ()

instituciones prestadoras de los servicios de salud afecta la articulación pública – privada.		Disponibilidad de Recursos	Capacidad instalada	¿Según su criterio la capacidad instalada (entiéndase a: infraestructura, equipamiento, insumos y materiales) que disponen las instituciones públicas y privadas en la provincia, puede considerarse?	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Alta () • Mediana () • Baja () • Muy Baja ()
			Capacidad técnica	¿Según su criterio, el nivel de conocimiento y/o formación técnica que mantienen las instituciones públicas y privadas en la provincia es?	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Alta () • Mediana () • Baja () • Poco () • Nada ()
			Calidad de atención	¿La calidad de atención que brindan las instituciones a través de la integración de los recursos públicos y privados, para lograr la adhesión y satisfacción a los usuarios que acceden a los servicios es?	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente de acuerdo () • Parcialmente de acuerdo () • Totalmente en desacuerdo () • No sabe / No responde ()
3) Analizar cómo los factores que limitan las oportunidades de financiamiento y nivel de inversión en los establecimientos de salud afecta la articulación pública – privada.	Financiamiento	Entorno Social	Nivel de inversión	¿Considera Usted que la asignación o inversión de recursos para la provisión de los servicios en red a través de la articulación pública – privada es:?	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Muy buena () • Buena () • Regular () • Mala () • No sabe / No responde ()
			Cambios político	¿En qué medida considera usted que los cambios políticos influyen en el financiamiento de la prestación de los servicios en red a través de la articulación pública – privada? Porque: _____	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Alta () • Mediana () • Baja () • Poco () • Nada ()
			Medios de financiamiento	El costo de las atenciones que se brindan a través de la articulación públicas y privadas son mayormente asumidas por:	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Alta () • Mediana () • Baja () • Poco () • Nada ()

4) Analizar los elementos de coordinación entre las instituciones públicas y privadas.	Articulación Pública – Privada	Fragmentación	Nivel de fragmentación	La fragmentación de los servicios de salud entendida como la "falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios y la infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado" es:	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. La aseguradora () 2. El Estado () 3. El ciudadano () 4. Por el establecimiento ()
			Integración	Está usted de acuerdo que la articulación pública – privada ha permitido lograr una mayor y mejor prestación de servicios a través de la cooperación y administración de los recursos entre las instituciones.	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Alta () • Mediana () • Baja ()
			Nivel de responsabilidad	Considera usted que es responsabilidad de las instituciones públicas y privadas, prestar servicios de salud de manera continua y permanente en forma articulada	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente de acuerdo () • Parcialmente de acuerdo () • Totalmente en desacuerdo () • No sabe / No responde ()
		Referencia y Derivación	Elementos de gestión	¿Existe una unidad o departamento configurado para la gestión, transferencia y derivación de pacientes hacia otros prestadores de la RPIS?	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Altamente responsable () • Medianamente responsable () • Poco responsable () • Nada responsable ()
				¿El personal que gestiona los mecanismos de referencias y derivación están capacitados sobre lo referente al marco normativo que rige a la RPIS	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Si () • No ()
		Sistemas de Información	TICS	¿Mantiene el establecimiento sistema de tecnología de la información para la gestión, transferencia y derivación de pacientes entre prestadores de la RPIS?	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Altamente capacitado () • Medianamente capacitado () • Poco capacitado () • Nada capacitado ()
				¿Los sistemas de gestión de la información se encuentran relacionados con los demás establecimientos de salud, a fin de que conocer y direccionar la misma información de los pacientes, para evitar duplicidad y discordancia de la información?	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Si () • No ()

5) Analizar los factores relacionados a la oferta dentro de la provisión de los servicios de salud en los establecimientos de la RPIS.	Provisión de Servicios	Cartera de Servicios	Restricción de cartera	¿La política pública del SNS establece restricciones que impiden el crecimiento o ampliación en la oferta de servicios en los establecimientos?	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Absolutamente () • Medianamente () • Poco () • Nada () • No sabe / No responde ()
			Servicios preferencial	¿Existen una oferta o cartera de servicios preferenciales para grupos o ciudadanos en particular en su establecimiento?	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si () • No ()
			Apoyo logístico y capacitación	La institución brinda apoyo logístico y de capacitación a otros establecimientos tanto públicos como privados dentro de la RPIS, sobre temas o estrategias de articulación y mejoramiento de la provisión de los servicios como red.	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Si () • No ()
			Eficiencia y Eficacia de la RPIS	Considera Usted que la integración de los actores dentro de la RPIS a permitido una provisión de servicios más eficaz, eficiente y efectiva.	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre () • Casi siempre () • Algunas veces () • Muy pocas veces () • Nunca ()
			Grupos beneficiarios	Su establecimiento presta servicios a toda la población beneficiaria sin importar el tipo de afiliación que mantiene el usuario.	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente de acuerdo () • Parcialmente de acuerdo () • Totalmente en desacuerdo () • No sabe / No responde ()
			Grupo Prioritarios	¿Su establecimiento brinda atención preferente o prioritaria a los pacientes considerados dentro de las 13 categoría definidas en el marco normativo vigente?	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre () • Casi siempre () • Algunas veces () • Muy pocas veces () • Nunca ()

3. CAPÍTULO III – MARCO TEÓRICO.

En el presente capítulo se presentan las definiciones de nuestras principales variables dependientes e independientes, conforme a la sustentación y fundamentos teóricos relacionadas a nuestro trabajo de investigación tales como: política pública, organización, financiamiento, articulación público – privada y finalmente la provisión de servicios.

3.1. Políticas públicas

La implementación de la política pública abarca aquellas acciones efectuadas por individuos (o grupos) públicos y privados, con miras a la realización de objetivos previamente decididos (Van Meter & Van Horn, 1993).

En este contexto podemos decir que la implementación es el proceso que ocurre entre las declaraciones formales de la política y el resultado final alcanzado. Es un proceso, a través del cual una política puede ser influenciada por diversas variables independientes, actores y factores que pueden apoyar, alterar u obstruir el cumplimiento de los objetivos originales (Revuelta Baquero, 2007).

Teniendo en cuenta que las políticas públicas están dirigidas directamente a la sociedad en su conjunto y buscan cubrir aquellas brechas relacionadas especialmente a la salud pudiendo ser entre otros, la escasez de recursos financieros o humanos, baja cobertura en la atención en salud, escasez de medicamentos, equipamiento, infraestructuras y demás. Considerando que los problemas públicos son aquellas necesidades insatisfechas o valores no alcanzados que afectan a un colectivo y que deben contar con una solución y una intervención factible desde el punto de vista legal, económico, administrativo y político por parte del gobierno y la sociedad civil, (Curcio Curcio, 2007).

3.1.1. Normativa Legal

Dentro del proceso de análisis de la implementación de la política o programa varios autores destacan aquellos factores que ejercen influencia sobre el proceso de implementación entre ellos: Van Meter y Van Horn (1993) refieren indistintamente aspectos relacionados a una Ley, Resolución Judicial o Decreto; Pressman y Wildavsky

(1973) hacen mención a una pieza de normatividad normalmente formulada como Ley; Sabatier y Mazmanian (1981) dentro del enfoque Top-Down, resaltan el imperativo o principio Legal significativo dentro del proceso de implementación de la política; Rein y Rabinovitz (1978) por su parte aclara que la implementación debe estar sometida a las preferencias de los grupos de interés y que en el marco normativo “imperativo legal”, todos los actores se encuentran subordinados al principio legal y a la burocracia racional.

La regulación del sistema de salud a través de la legislación o expedición de normas cumple una función primordial en la dinámica de este, que determina la estructura y las pautas de funcionamiento por medio de la reglamentación de aspectos relacionados con la calidad de atención, los mecanismos para la accesibilidad a los servicios de salud, los sistemas de información, los deberes y derechos de cada uno de los actores involucrados, además de los planes de beneficios, entre otros (Facultad Nacional de Salud Pública, 2009).

Es preciso considerar que detrás de una ley existen decisiones políticas, pudiendo ser éstas influenciadas por actores políticos, grupos reales de poder social quienes alteran su correlación de fuerza y posicionamiento a través del tiempo. Es así que los diferentes tipos de políticas, la ley tiene la construcción más formal, ya que funciona también como el principal instrumento usado por los gobiernos contemporáneos para influenciar en el comportamiento social (Curcio Curcio, 2007).

En algunos casos las normas de los sistema de salud permiten más de una interpretación, por lo que generan ambigüedad, o también, en otro casos, no logran definir con precisión las responsabilidades u obligaciones de los actores, ocasionando lo que algunos denominan como el fenómeno de los “vacíos normativos” por quienes ejecutan las normas y lo hacen bajo sus conveniencias; ya que hay intereses desde los actores del sistema: es decir prestadores, aseguradores y asegurado (Facultad Nacional de Salud Pública, 2009).

A esto se suma la sobreproducción normativa y las continuas innovaciones en la reglamentación que generan en los actores la percepción de que la legislación del sistema es confusa, incomprensible y de difícil conocimiento. Lo cual limitan el cumplimiento de la legislación e implican pérdidas en inversiones en procesos administrativos y

mayores costos por nuevos procesos de capacitación al personal (Facultad Nacional de Salud Pública, 2009).

En este sentido Van Meter y Van Horn (1993), sostienen que la actitud, comportamiento y conocimientos de los representantes y el conjunto de funcionarios encargados de ejecutar y aplicar la intensión general de la política, así como sus normas y objetivos específicos afectan directa e indirectamente el éxito de la implementación. A pesar de que los servidores o funcionarios de los niveles inferiores en las organizaciones mantienen un mayor nivel de conocimiento en cuanto a las actividades de sus superiores, quienes suelen tener muy poco conocimiento de lo que sus subordinados realizan o ejecutan (Van Meter & Van Horn, 1993).

3.2. Organización

La organización de los servicios de salud en red garantizan un “pool” de servicios frente a los riesgos de salud, epidemiológicos, de desastres naturales y financiero para lograr el equilibrio técnico y financiero, que facilita el control de la calidad de la atención de salud, su costo razonable y su sostenibilidad futura (Ministerio de Salud Pública, 2014). Esta forma de organización en red permite además orientar al ejercicio de un conjunto de acciones de gestión, logística y capacitación; ya que en su forma de “articulación”, la provisión de fondos e incentivos por parte del Estado, además de las regulaciones y control a la gestión que realizan al conjunto de establecimientos, es en algunos casos total o proporcional.

Por otra parte, dentro de la perspectiva sobre la “administración o burocracia”, Aguilar (1993), atribuye los defectos y fracasos de la ejecución de las decisiones a los determinantes de la desorganización de las instituciones, a desacuerdo y rutinas de los procedimientos, la incompetencia técnica o la apatía de los funcionarios, además de los vicios morales que rodean el desempeño. Considerando finalmente que la cuestión básica es entonces la dirección y el control para lograr una ejecución disciplinada y productiva en los que se vinculan aspectos de intercomunicación, incentivos, supervisiones (Aguilar Villanueva, 1993).

3.2.1. Control

Van Meter y Van Horn (1993), brindan especial atención sobre el apartado de control dentro del proceso de implementación de las políticas en las organizaciones, su relevancia se encuentra situada en varias teorías al respecto; dentro de las cuales: Wilensky (1967) lo define como “el problema de lograr que se efectúe el trabajo y el de asegurar el cumplimiento de las reglas de la organización”. Por otra parte, Anthony (1965) lo define como “el proceso mediante el que los directivos aseguran la obtención de recursos y su uso eficaz y eficiente en favor del cumplimiento de los objetivos de la organización”. Etzioni (1964) lo define como el propósito de “asegurar que las reglas sean obedecidas y las ordenes cumplidas” (Van Meter & Van Horn, 1993).

Por su parte Van Meter y Van Horn (1993) sostienen que el control destaca los elementos de liderazgo, coordinación, jerarquía, relaciones humanas, democracia, incentivos y acatamiento, este último relacionado con la obediencia a una ley o directrices racionales (Van Meter & Van Horn, 1993).

3.2.2. Disponibilidad de recursos

Las administraciones públicas de muchos Estados no han optado por intentar mejorar sus diseños organizativos y más aún, el fortalecimiento y capacitación de su personal, con el objetivo de prestar servicios públicos de calidad. Más aun, existe la impresión, más o menos generalizada, que es imposible que los aparatos públicos tengan capacidad para prestar servicios de calidad en contextos de restricción del gasto público (Coarasa , Das , & Hammer, 2014).

Fuenmayor y Vásquez, señalan uno de los principales cuestionamientos al funcionamiento de las organizaciones gubernamentales; ya que está, vinculada a la prestación de servicios públicos y a la poca capacidad que han demostrado para producirlos de manera eficiente, orientación que debe estar centrada en las expectativas y necesidades de los usuarios, así como en el uso transparente y racional de los recursos financieros. Además hacen mención que el contexto de la gestión es cambiante y dinámico, está caracterizado por la asimetría de las demandas de los actores en un escenario orientado hacia el conflicto, que convierte el perfeccionamiento de la gestión

en un pre-requisito esencial para la superación de esta situación (Fuenmayor & Vásquez, 2003).

3.3. Financiamiento

En América Latina y el Caribe, la inversión en ciencia y tecnología aplicada a la salud se caracteriza por la ausencia de agendas explícitas de investigación orientadas por las necesidades que guíe el diseño de políticas basadas en la evidencia, así como por el escaso desarrollo de mecanismos de financiamiento para satisfacer estas necesidades (Ministros de Salud de las Américas, 2007). Ya que la sostenibilidad de los sistemas de salud exigen de planificación estratégica y compromiso a largo plazo, incluso en aquellos sistemas de salud basados en la APS³ lo cual debiera considerarse como el vehículo principal para invertir en la salud de la población (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Esta inversión debe ser suficiente para satisfacer las necesidades actuales de la población, al tiempo que se planifica la estrategia para combatir los desafíos de la salud del mañana. En particular, el compromiso político es esencial para garantizar la sostenibilidad económica; está previsto que los sistemas de salud basados en la APS establezcan mecanismos como derechos de salud y deberes gubernamentales específicos y legalmente definidos, que aseguren el financiamiento adecuado aún en tiempos de inestabilidad social o cambios políticos (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Flórez Hernández y Sánchez Montoya, refieren respecto al financiamiento de los sistemas, que este sigue siendo otro de los problemas más importantes, pues en ellos intervienen múltiples factores como el comportamiento del empleo del cual depende la financiación del régimen contributivo y que se ha visto afectado por períodos de crecimiento del desempleo, por el crecimiento del empleo informal, por evasión o elusión de impuestos que no apuntan al principio de solidaridad del sistema, incremento superior del número de beneficiarios con relación a los cotizantes, entre otros, así como también cambios normativos en la disposición de recursos fiscales, otra fuente de financiación (Flórez Hernández & Sánchez Montoya, 2013).

³ Sistemas APS: Sistemas basados en la atención primaria de salud, se fundamentan además en los principios de asignación de recursos, evaluación y operacionalización de los servicios de salud.

3.3.1. Entorno social

El desarrollar y echar andar una política generalmente tiende a desatar muchas oportunidades y expectativas, poderes e intereses en juego, cargas de trabajo y responsabilidades, operaciones y decisiones, llegando incluso a tornarse complejo además de conflictivo especialmente en aquellas políticas sociales; en las que se atraviesan diversos aspectos y eventos que arraigan en realidades vitales de difícil acceso e incidencia gubernamental (Aguilar Villanueva, 1993).

Sobre el contexto socioeconómico la OPS, sostiene que los países de América Latina y el Caribe se caracterizan por la consolidación de la precaria situación de los estratos poblacionales menos favorecidos, dentro de lo que persiste grupos poblacionales en la pobreza y un marcado incremento en la desocupación y de aumento del empleo informal, entre otros factores (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

En el sector de la salud, la gestión de las políticas públicas implica no sólo la prestación directa de servicios, sino sobre todo actuar como garante de la resolución de necesidades de la población, por sí mismo o por otros mecanismos que aseguren un ejercicio solidario de derechos ciudadanos reales (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

Generalmente los ministerios de la salud procuran superar los obstáculos institucionales y materializar realizaciones de cambio, no obstante preexiste las cohesiones de amenazas severas que se ciernen sobre los programas políticos, sociales y especialmente de salud, a esto se suma la imprescindible diferencias de enfoques y métodos que ponen en riesgo la continuidad de los servicios y más específicamente el financiamiento para la sostenibilidad del sistema sanitario. En el marco de los servicios de salud, la OPS (2011), expresa que el componente hospitalario ocupa gran porcentaje del gasto público en salud y cada vez se cuestiona más si se producen beneficios consistentes con el nivel de inversión en comparación a otros aparatos proveedores de los servicios de salud.

Sin embargo, por la importancia que estos establecimientos representan a nivel poblacional, son objetos de gran atención política, llevando incluso a que muchas de las decisiones en países de la región sobre inversiones en materia de nueva infraestructura hospitalaria, carezca de fundamentación en la evidencia e incluso en las realidades y

necesidades poblacionales a las que se dirigen estos servicios de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

Ante la problemática anterior surge la necesidad de buscar soluciones tendientes a lograr la eficacia y eficiencia de los sistemas de Salud. En esta búsqueda se ha ido generando una tendencia enfocada a “abandonar la competencia” y con ello “favorecer la colaboración entre los proveedores de salud” a través de la creación de Redes Integradas de Servicios de Salud (Flórez Hernández & Sánchez Montoya, 2013).

Es preciso mencionar que a nivel de Latinoamérica y el Caribe los órganos que prestan servicios de salud como hospitales y dispositivos de carácter público y privados, con o sin fines de lucro funcionan bajo el tipo de convenios entre instituciones bajo los distintos arreglos para la prestación de servicios a usuarios carentes de recursos o derechos habientes de seguridad social, sea por control de propiedad o diversas formas de contratos o convenios, en el que la principal falencia en los sistemas sanitarios es que el monto asignado a cada red aún no guarda relación con la población a la cual se atiende es decir; no existe equidad geográfica en la distribución de recursos (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

3.4. Articulación pública – privada

La articulación público-privada es una herramienta de colaboración entre el sector público y el privado con el fin de llevar a cabo proyectos, programas o prestar servicios que tradicionalmente han sido proyectados y suministrados por las administraciones públicas, tales como los relativos a los servicios sociales, abastecimiento de servicios públicos e infraestructuras, entre otros (Joaquín , 2016).

La integración de las redes de servicios de salud, dentro del ámbito de ejecución de acciones busca la articulación de los integrantes (públicos y privados con o sin fines de lucro), para promover la cooperación entre ellos, además de la integración de elementos de conexión administrativos (planeación, sistemas de información, mecanismos de coordinación), elemento de gestión financiera tales como (recursos humanos o económicos), elementos de salud por ejemplo (servicios asistenciales, conocimiento, entre otros) a través de los cuales se complementan para satisfacer la disponibilidad y

prestación de los servicios a la población en forma continua y eficiente (Flórez Hernández & Sánchez Montoya, 2013).

Esta articulación público – privada resulta determinante para el tejido institucional que enmarque la acción de los actores que dan impulso al proceso de relacionamiento entre el conjunto de actores y gobierno, ya que esto constituye un elemento central para posibilitar una utilización eficiente del potencial de recursos disponibles y mejorar las capacidades institucionales (Cravacuore, 2002; 2003).

La prestación de servicios públicos bajo el aspecto de diversidad y adaptabilidad por parte del sector público y privado, constituido este último como un gran sector especialmente en países de bajos ingresos, representa una utilización proporcionada de este sector, debido a que las instalaciones del sector público no están disponibles o están sobrepobladas; lo que empuja a las personas al uso de los servicios provistos por las instituciones privadas reguladas por normativa y de características organizativas más apropiadas para prestar de forma más eficaz y eficiente los servicios públicos, configuran un modelo de administración, denominado administración relacional, en el que la administración (pública) dirige y controla y las organizaciones privadas gestionan los servicios públicos (Morales, 1998, Coarasa, Das y Hammer 2014).

El rol de las redes integradas de servicios públicos supone la reducción al mínimo posible de las tantas exclusiones y limitaciones en el acceso a los servicios para poblaciones definidas como prioritarias, ya que están llamadas a optimizar el uso de los fondos públicos de salud evitando la duplicidad de ofertas de servicios a una misma población en un mismo ámbito territorial entre proveedores que implica dispendio de esfuerzos y de recursos (Castellanos, y otros, 2009).

En el contexto los sistemas de salud a nivel de Latinoamérica y el Caribe enfrentan diversos desafíos, dentro de lo que figura, principalmente la fragmentación ya que en el desempeño general del sistema, la fragmentación se manifiesta como falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios y la infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en el sitio

menos apropiado, en especial, en los hospitales (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

3.4.1. Fragmentación

La fragmentación es una causa importante del bajo nivel de desempeño de los servicios y sistemas de salud, ya que puede generar por sí misma, o con otros factores; dificultades en el acceso a la prestación de servicios, baja calidad técnica, uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, aumento innecesario de los costos de producción y poca satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

3.4.2. Referencia y derivación

En el marco de lo que establece la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, en su párrafo 49, en el que señala la necesidad de “fortalecer los sistemas de referencia y contrareferencia y mejorar los sistemas de información a nivel nacional y local de modo de facilitar la prestación de servicios comprensivos y oportunos”, a través de modelos y sistemas de referencia, derivación y referencias entre los prestados de los servicios sanitarios en los Estados especialmente en aquellos en vías de desarrollo.

Dentro del conjunto de actores que conforman las redes integradas de salud, cada unidad posee responsabilidades específicas y una capacidad concreta de resolución de problemas y capacidad de respuesta; de modo que, aquellas unidades que no puedan resolver algún problema por estar más allá de su capacidad, deba trasladar a otro establecimiento de la red que posea la capacidad necesaria dentro del sistema escalonado o niveles de complejidad a través de los canales de comunicación de referencia y contrareferencia de pacientes (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

Bajo este enfoque integrado el Ministerio de Salud Pública del Ecuador estableció mecanismos de referencia y contrareferencia, a través del fortalecimiento del sistema de referencia y contrareferencia entre los prestadores de la RPIS, para garantizar la continuidad en las prestaciones de los servicios de salud bajo los principios de Universalidad, Inclusión y Equidad Social (Ministerio de Salud Pública, 2013).

3.4.3. Sistemas de información

Dentro de los aspectos macro de los sistemas integrados de salud es importante referirse a la sostenibilidad e implementación de los sistemas de información que permitan medir la línea de base y los progresos en la accesibilidad a los servicios sociales de salud por parte de la población que los asiste; esto a través del establecimiento de logros de estándares básicos en la gestión clínica y descentralización interna de la organización, mediante la gestión de su recurso humano, financiero y logístico, que permita desarrollar organizaciones capaces de sostener eficientemente procesos de calidad alineados con las políticas de red (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

Es así que mediante la integración de actores dentro del proceso de ejecución y cumplimiento de las actividades desempeñadas en función de proveer servicios integrados e integrales, los establecimiento prestadores deberán mantener sistemas de conexión que les permita interactuar y disponer de información oportuna y veras; de modo que esto facilite la derivación y contrareferencias de los pacientes hacia los niveles escalonados y de atención prioritaria, ya sea por su nivel de complejidad o simplemente por las disponibilidad de mayores y mejores recursos; mediante un segmento organizacional que constituya recurso humano, material y tecnológico.

3.5. Provisión de servicios de salud

En el marco de lo que establece el Reglamento Sanitario Internacional (2005), mismo que tiene como principal objetivo proteger la salud pública mundial dando claridad a los asuntos públicos; siendo un elemento crucial integrado en las políticas y los sistemas económicos y sociales.

En el que se enmarca la esencia de las atribuciones de los Estados modernos cuya función sanitaria indelegable es definir las políticas de salud pública para lograr que los respectivos bienes y servicios lleguen a toda la población bajo criterios de equidad, solidaridad y eficiencia. Para lo cual las estrategias de prestación de servicios pueden ser difíciles de implementar, pero el gobierno podría desarrollarlas y mejorarlas (Rein & Rabinovitz, 1993).

Dados el déficit de cobertura, la insuficiente resolutivez del primer nivel de atención y la crónica escasez de recursos, en relación a la red hospitalaria pública una percepción de permanente “crisis”, en especial de expectativas, entre la demanda creciente de la población y una capacidad de oferta insuficiente del sector, determinada fundamentalmente por la ya señalada falta de cobertura en servicios básicos de primer nivel (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

La provisión de servicios sociales públicos, desde las agencias estatales responsables y los empleados públicos que trabajan en ellas, desempeñado un papel clave de intermediación en las relaciones Estado – sociedad, distribuyendo subsidios, servicios, beneficios, empleo, prestaciones, contratos y otros, a cambio del apoyo político tanto de los usuarios como de los proveedores públicos y privados involucrados; por otra parte los servicios sociales públicos sirven como una red Estado – sociedad que vincula grupos sociales y de interés, partidos políticos, y funcionarios del Estado en el gobierno (González Rossetti, 2005).

3.5.1. Cartera de servicios

La estructuración de la cartera u oferta de servicios dentro de las instituciones de salud parte de las características y necesidades poblacionales, la pertinencia étnica y de género en el marco normativo de la Autoridad Sanitaria Nacional, así como la priorización de condiciones y problemas de salud; a través de esto, la oferta de servicios de salud funcionará en red; bajo un liderazgo fuerte e incentivos apropiados de modo que este proceso sea efectivo y sostenible (Organización Panamericana de la Salud, 2007), (Ministerio de Salud Pública, 2014).

Es importante considerar que en América Latina y el Caribe, el grueso de la estructura hospitalaria es de carácter público sea a través de los Ministerios de Salud, de los Seguros, entidades sin fines de lucro y demás, lo que claramente determina que el Estado es el principal financiador en estos países (Organización Panamericana de la Salud, 2011). Por cuanto esto contribuye a la cadena de incentivo que lógicamente favorece el trabajo a través de las redes integradas de salud y con ello el cumplimiento de los objetivos

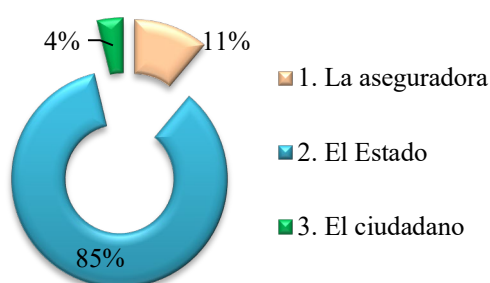
establecidos en los sistemas de salud a fin de solucionar o contrarrestar aquellas necesidades o problemas sociales.

Teniendo en cuenta que la provisión se relaciona con la oferta de servicios integrales e integrados de salud, que garantizan la continuidad en la atención, y responden a las necesidades de salud de la población, a nivel individual, familiar, comunitario y del entorno (Ministerio de Salud Pública, 2014). Siendo habitualmente la incorporación de nuevos actores en la gestión local con el propósito explícito de lograr una mejor identificación de las demandas y una apropiada definición de los objetivos de las políticas ejecutadas localmente, en la búsqueda de mejorar la efectividad de los programas públicos (Cravacuore, 2002; 2003).

Finalmente conforme lo establece la OPS, los servicios hospitalarios tienden a concentrarse en las zonas urbanas, atribuyendo excesiva importancia a la atención altamente especializada y al uso de tecnologías costosas, contribuyendo a ampliar la brecha entre la demanda y la oferta de servicios, ya que existe un desequilibrio en la distribución de pacientes entre los hospitales del sector público y privado, basado en los planes financieros, a través de los cuales el sistema público generalmente se preocupa por los casos más costosos, mientras que los hospitales privados preseleccionan a los pacientes y limitan el acceso a los procedimientos más costosos, (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

Esto contrasta con las perspectivas de las instituciones de la RPIS, en las que sostienen que principalmente que el costo de las atenciones que se brindan los establecimientos tanto públicos como privados son mayormente asumidos por el Estado, a través del conjunto de establecimientos públicos que prestan servicios de salud, tal como se observa en el gráfico a continuación.

Gráfico - Financiamiento de la atención



4. CAPÍTULO IV – RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados de cada una de nuestras variables de investigación, producto de la aplicación de un conjunto de preguntas que recogen las sub-variables de estudio, las cuales corresponden a: normativa legal; control; disponibilidad de recursos; entorno social; fragmentación; referencia y derivación; sistemas de información y cartera de servicios.

4.1. Contextualización de resultados.

Producto de la aplicación de entrevistas al conjunto de profesionales representantes de las instituciones de la RPIS en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, dirigidas a gerentes, directores técnicos y administrativos, a los que les consultó sobre aspectos relacionados a nuestras variables de investigación, buscando conocer desde las perspectivas y experiencias que desarrollan al frente de las instituciones prestadoras de los servicios de salud. En el cual participaron 27 profesionales, mismos que se encuentran distribuidos en la siguiente tabla⁴:

Tabla 3 – Distribución de participantes

Participante	Cantidad
Gerente	3
Director Técnico	11
Director Administrativo	13
Total	27

El Ecuador ha constituido en el marco de su Carta Magna de 2008, la garantía del derecho a la salud mediante la formulación de políticas, planes y programas orientados a brindar acceso a servicios de promoción y atención integral bajo los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional, bajo esta orientación se implementó el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), en el que se determinan estrategias de articulación, organización a nivel de ámbitos territorial y niveles administrativos de planificación (Espinosa, Acuña, De la Torre, & Tambini, 2017).

⁴ Es importante mencionar que dentro del proceso de recolección de información se contactó a todas las instituciones definidas en la unidad de análisis; sin embargo en dos establecimientos no se brindó la información para nuestro estudio.

Bajo este antecedente se investigó a los participantes según sus perspectivas, acerca del nivel de conocimiento respecto a la normativa legal relacionada a la regulación de la RPIS, mediante el análisis de cuatro aspectos expresados en la tabla a continuación:

Tabla 4 – Percepción de la Política Pública

Aspectos Evaluados	Categorías	Respuestas
Organización Territorial del SNS	Concentrada	6
	Desconcentrada	21
	Total	27
Niveles administrativos de planificación	Planta Central - MSP- Distritos	5
	Planta Central-Zonas-Distritos-Circuitos	13
	Provincias-Cantones-Parroquias	9
	Total	27
Articulación de prestadores públicos privados en la RPIS	Absolutamente	5
	Medianamente	15
	Poco	7
	Total	27
Supervisión al comportamiento de las instituciones por parte del MSP	Absolutamente	17
	Medianamente	6
	Poco	4
	Total	27

Se recabó información relacionada a la variable organización, mediante dos componentes tales como: Control de los procesos de articulación para la prestación de los servicios; y a la disponibilidad de los recursos a través del estudio de la capacidad instalada, capacidad técnica y finalmente la calidad de atención a partir de la percepción de nuestros participantes.

De esta manera se evaluaron los aspectos relacionados a los procesos de control y sobre la disponibilidad de recursos en las instituciones participantes; esto con el ánimo de conocer los niveles de aceptación en cada una de las categorías propuestas conforme se describe en las siguientes tablas 5 y 6 situadas a continuación:

Tabla 5 – Organización para los procesos de control

Aspectos Evaluados	Categorías	Respuestas
Conocimiento acerca de los procedimientos de control aplicados por el MSP	• Si	23
	• No	4
	Total	27
Controles a los procesos de atención, administración y prestación del servicio	• Totalmente de acuerdo	19
	• Parcialmente de acuerdo	8
	Total	27

Tabla 6 – Organización para la disponibilidad de recursos

Aspectos Evaluados	Categorías	Respuestas
Capacidad instalada en las instituciones públicas y privadas en la provincia.	• Alta	3
	• Mediana	7
	• Baja	5
	• Muy Baja	12
	Total	27
Capacidad técnica de las instituciones públicas y privadas en la provincia.	• Alta	3
	• Mediana	19
	• Baja	3
	• Muy Baja	2
	Total	27
Calidad de la atención a través de la integración de los recursos públicos y privados.	• Buena	18
	• Regular	9
	Total	27

Partiendo de la premisa que sistemas sanitarios en América Latina y los retóricos esfuerzos de los Estados por incrementar sus capacidades de inversión, investigación en ciencias y mayor tecnología que contribuyan a mejorar el desarrollo social a través de mecanismos de financiamientos que permitan satisfacer las expectativas y necesidades de la población especialmente aquella más vulnerable; en los que se relacionan fundamentalmente la creación de políticas que garanticen y mantengan una solidez económica, a pesar de la multiplicidad de elementos que atenten la prestación de los servicios de salud en las instituciones de carácter público, privado y aquellas sin fines de lucro.

Dentro de lo cual debe persistir el compromiso político de los diferentes actores tanto gubernamentales y de intereses económicos, teniendo en cuenta que la ejecución de las políticas generalmente despliega diversas expectativas e intereses, dando lugar a oportunidades y responsabilidades.

Es así que en el marco de lo que establece la Carta Magna (2008), se responsabiliza directamente al Estado de ejercer la rectoría del sistema de salud y más aún, enfatiza su papel exclusivo de garante de la salud, facultando incluso el ejercicio de mecanismos que garanticen al ciudadano el conjunto de derechos especialmente el derecho a la salud de toda la población.

Para investigar la variable de financiamiento en la que se busca conocer a través del relacionamiento entre las limitaciones, oportunidades de financiamiento y el nivel de inversión de las instituciones para la prestación de los servicios de salud desde las perspectivas de los participantes.

Para ello, se distribuyó esta variable en tres aspectos tales como: nivel de inversión, cambios políticos y medios de financiamiento y sus correspondientes categorías de evaluación mediante escalas nominales y ordinales, tal como se expresan en la siguiente tabla:

Tabla 7 – Entorno del financiamiento de los servicios

Aspectos Evaluados	Categorías	Respuestas
Nivel de inversión	• Alta	3
	• Mediana	14
	• Baja	9
	• Poco	1
	Total	27
Cambios político	• Alta	19
	• Mediana	6
	• Baja	1
	• Poco	1
	Total	27
Medios de financiamiento	1. La aseguradora	3
	2. El Estado	23
	3. El ciudadano	1
	Total	27

En relación a la variable de articulación pública – privada, se indaga sobre los aspectos afines al nivel de fragmentación, integración y el nivel de responsabilidad de las instituciones dentro del proceso de prestación de los servicios, además de los elementos de gestión, transferencia, referencias y derivación de pacientes y la disponibilidad de sistemas de tecnologías de la información y comunicación (TICS), para la coordinación

efectiva de la atención a través de la articulación entre todos los prestadores en la provincia.

Para ello se obtuvieron los siguientes resultados representados en la tabla 8 y 9 situadas a continuación:

Tabla 8 – Elementos de Coordinación entre las instituciones de la RPIS

Aspectos Evaluados	Categorías	Respuestas
Nivel de fragmentación	• Alta	4
	• Mediana	16
	• Baja	7
	Total	27
Integración	• Totalmente de acuerdo	8
	• Parcialmente de acuerdo	15
	• Totalmente en desacuerdo	4
	Total	27
Nivel de responsabilidad	• Altamente responsable	25
	• Medianamente responsable	2
	Total	27

Tabla 9 – Elementos para la gestión de pacientes entre los prestadores

Aspectos Evaluados	Categorías	Respuestas
Unidad establecida de gestión de pacientes	• Si	26
	• No	1
	Total	27
Nivel de capacitación del personal que gestión pacientes	• Altamente capacitado	19
	• Medianamente capacitado	6
	• Poco capacitado	2
	Total	27
Existencia de sistema de tecnología de información para gestión de pacientes	• Si	7
	• No	20
	Total	27
Relacionamiento de los sistema de información con otros prestadores	• Absolutamente	1
	• Medianamente	9
	• Poco	2
	• Nada	7
	• No sabe / No responde	8
	Total	27

Con base en los antecedentes que presentan los sistemas sanitarios a nivel de la región Latinoamericana en torno a la crisis que estos enfrentan para la provisión de los servicios de salud, debido a la alta escases de los recursos OPS (2011), además de la sobredemanda poblacional, que limita directa e indirectamente poder brindar una mayor cobertura a las

necesidades y expectativas de la población, los Estados han germinado esfuerzos por buscar aprovechar los pocos recursos con los que disponen las instituciones, especialmente en el sector público; desarrollando alianzas entre actores públicos y privados para brindar servicios sociales principalmente en el sector de la salud.

De esta manera y enmarcados en lo que establece el Reglamento Internacional Sanitario (2010) se conforman las redes integradas de servicios sanitarios. Es así que dentro del análisis de nuestra última variable de investigación relacionada ésta, a la provisión de los servicios, a través de lo cual se busca indagar aquellos factores conexos a la cartera u oferta dentro de la provisión de los servicios de salud en los establecimientos de la RPIS en la provincia, para ello se describen a continuación los siguientes resultados.

Tabla 10 – Elementos de la provisión de servicios

Aspectos Evaluados	Categorías	Respuestas
Restricciones de la política pública a la oferta de servicios	• Absolutamente	6
	• Medianamente	5
	• Poco	4
	• Nada	2
	• No sabe / No responde	10
	Total	27
Oferta o servicios preferenciales para grupos o individuos.	• Si	19
	• No	8
	Total	27
Apoyo logístico y de capacitación	• Siempre	9
	• Casi siempre	6
	• Algunas veces	4
	• Muy pocas veces	3
	• Nunca	5
	Total	27
Eficiencia y eficacia de la RPIS en la provincia	• Totalmente de acuerdo	7
	• Parcialmente de acuerdo	13
	• Totalmente en desacuerdo	1
	• No sabe / No responde	6
	Total	27
Prestación de servicios sin importar tipo de afiliación	• Siempre	20
	• Casi siempre	4
	• Muy pocas veces	3
	Total	27
Atención a grupos prioritarios establecidos en el marco legal	• Siempre	21
	• Casi siempre	6
	Total	27

4.2. Discusión y Análisis.

En resultados obtenidos en cada uno de los aspectos evaluados en nuestro estudio, se ha logrado deducir que dentro del avance en torno a la articulación entre actores de la RPIS en la provincia, faltan muchas brechas que cerrar; considerando que todo esto depende no solamente de aspectos territoriales de la provincia, sino también aquellos aspectos que abarcan circunstancias nacionales dentro de las cuales las instituciones se encuentran inmersas en su desarrollo.

Por una parte existen aquellos aspectos que limitan la articulación entre los actores, lo cual corresponde al bajo nivel de conocimiento respecto a la normativa; poca coordinación entre actores especialmente para la utilización compartida de los recursos médicos, infraestructura y equipamiento; incremento exponencial de la población beneficiaria; falta o escases de recursos económicos para la adquisición de insumos, materiales, medicamentos y especialmente la dotación del equipamiento acorde a la demanda y necesidades de la población; los cambios políticos a nivel de las instituciones; la escasa disponibilidad de sistemas integrados de información para la derivación y transferencias de pacientes entre prestadores.

Por otra parte encontramos desde la perspectiva de los participantes varios factores que favorecen la articulación público – privada, en la que coinciden en aquellos aspectos relacionados a los procedimientos de control a la gestión y administración de la prestación de los servicios, entre ellos: indicadores GPR⁵, procedimientos de auditorías a prácticas y a la atención médica, auditorías a los procesos de facturación y recuperación de costos, permisos de funcionamiento, aplicación de programas y manejo de desechos.

Los participantes además afirman que estos controles ayudarán a mejorar y fortalecer entre otras cosas la calidad de atención que se brinda en cada una de las instituciones prestadoras de salud, siempre y cuando se los ejecute con mayor regularidad.

⁵ GPR - Sistema de gestión y cumplimiento de indicadores que usa el gobierno de Ecuador desde el año 2009. GPR es una herramienta informática donde se concretan los objetivos y políticas del Plan Nacional del Buen Vivir. Este sistema permite al Gobierno y sus instituciones orientar sus acciones al cumplimiento de objetivos nacionales y de resultados concretos de beneficio a la ciudadanía, en base a la alineación a los objetivos planteados en el Plan Nacional del Buen Vivir (SNAP, 2014).

De esta manera dando respuestas a nuestros objetivos específicos de investigación, a través de la representación de la información recopilada en tablas y distribución por cada sujeto y sus respuestas en porcentaje, se clasifican a continuación cada uno de los objetivos con sus respectivos resultados en cada aspecto evaluado.

Objetivo Específico 1.- Analizar cómo el nivel de comprensión de la política pública en la prestación de los servicios de salud en la RPIS, desde el análisis de los aspectos relacionados a la política pública de salud en la provincia, distribuidos en cada una de las sub-variables descritas y analizadas a partir de la tabla 11 hasta 14 correspondientemente:

Tabla 11 – Perspectiva de conocimiento acerca de la organización territorial del SNS en la provincia Tsáchilas.

Categorías	Gerente	Director Técnico	Director Administrativo	%
Concentrada	1	3	2	22%
Desconcentrada	2	8	11	78%
Total	3	11	13	100%

Como se observa en la tabla 11, el 78% de entrevistados considera que la organización del SNS, se encuentra de modo desconcentrado, mientras que 6 entrevistados (22%), lo atribuye a una organización concentrada; considerando el enfoque de una prestación más eficiente y calidad de los servicios, a través del modelo desconcentrado para viabilizar y mejorar la gestión, administración y más que todo la prestación de los servicios especialmente desde las instituciones públicas, establecidos por la SENPLADES (2014).

Tabla 12 – Niveles administrativos de planificación para la coordinación y prestación de los servicios.

Categorías	Gerente	Director Técnico	Director Administrativo	%
Planta Central - MSP- Distritos	2	2	1	19%
Nivel Nacional - Zonal- Distrito-Circuito	1	1	11	48%
Provincias-Cantones- Parroquias		8	1	33%
Total	3	11	13	100%

Según se observa en la tabla 12, el 48% de los entrevistados, considera que los niveles administrativos de planificación se encuentran conforme a la categoría “Nivel nacional - Zonal – Distrito – Circuito”, mientras que el 52% de los entrevistados, atribuyen sus respuestas a las otras dos categorías; dando a interpretar la existencia de un alto nivel de

desconocimiento respecto a la distribución de los niveles administrativos de planificación conforme lo establece la SENPLADES (2014).

Tabla 13 – Aspectos relacionados a la articulación de prestadores públicos y privados en la provincia.

Categorías	Gerente	Director Técnico	Director Administrativo	%
Absolutamente	2	1	2	18%
Medianamente	1	5	9	56%
Poco		5	2	26%
Total	3	11	13	100%

En este aspecto podemos identificar en la tabla 13, el 56% de los entrevistados considera que la articulación entre los prestadores públicos y privados en la provincia se encuentran en la categoría de medianamente articulados; esto debido a que existen varios procesos en los que no logran concretar una coordinación específica y/o acorde a lo que establece la normativa que rige a la RPIS dentro del SNS.

Mientras que un 26% de los participantes sostiene que el nivel de articulación en la provincia es “poco”, sin embargo el 18% considera que los actores en la provincia se encuentran absolutamente articulados en la prestación de los servicios de salud.

Tabla 14 – Supervisión al comportamiento de las instituciones por parte de la Autoridad sanitaria MSP.

Categorías	Gerente	Director Técnico	Director Administrativo	%
Absolutamente	3	4	10	63%
Medianamente		4	2	22%
Poco		3	1	15%
Total	3	11	13	100%

Según se observa en la tabla 14, el 63% de los entrevistados coinciden en que es de absoluta responsabilidad del MSP, la supervisión al comportamiento de las instituciones tanto públicas como privadas, esto en el marco de lo que establece la Carta Magna en su Art. 361 y 363. Por otra parte, el 22% considera que le corresponde medianamente la atribución de supervisar a las instituciones prestadoras de los servicios de salud exclusivamente al MSP, esto ya que en la práctica no se realizan dichas diligencias lo cual permite directa e indirectamente el incumplimiento, omisión y discordancia dentro de los procesos de prestación de los servicios, además de la desobediencia a la regulación

definida para la prestación de los servicios desde cada una de las instituciones de salud especialmente en la parte privada.

Finalmente luego del análisis de los resultados obtenidos observamos un leve desconocimiento sobre la organización del SNS, además de un alto desconocimiento en cuanto a los niveles administrativos de planificación (*ver tabla 11 y 12*).

Dentro de lo cual se recogen varios factores, que a criterio de los entrevistados limita la política pública entre ellos: a) poca coordinación entre actores en aspectos de utilización compartida de los recursos entre ellos, infraestructura, recursos de equipamiento y humano, entre otros; b) desconocimiento de la normativa, c) falta de capacidad técnica para la toma de decisiones en el entorno.

Por otra parte los participantes consideran que a pesar de que la legislación intuye una organización desconcentrada, las prácticas dentro del entorno y ejercicio de la prestación de los servicios, ésta se mantiene en muchas de las prácticas de forma concentrada desde el nivel central, dando lugar el retraso y/o espera de la asignación, aprobación, validación de estrategias especialmente de la ejecución de proyectos de mejoramiento y/o fortalecimiento de las prácticas de salud.

Objetivo específico 2.- Este se enmarca en analizar cómo los factores de organización en las instituciones respecto a la disponibilidad de recursos y control de la gestión en las instituciones prestadoras de los servicios de salud afecta la articulación pública – privada.

Dentro del cual se evalúan aspectos relacionados al nivel de conocimiento y/o comprensión de los participantes acerca de los procedimientos de control que se aplican a la gestión, evaluación de la capacidad instalada y la capacidad técnica que presentan las instituciones a nivel de la provincia situados en la tabla 15, 16, 17 y 18.

Tabla 15 – Conocimiento acerca de los procedimientos de control aplicados por el MSP.

Categorías	Gerente	Director Técnico	Director Administrativo	%
• Si	2	8	13	85%
• No	1	3		15%
Total	3	11	13	100%

Para el caso de los resultados descritos en la tabla 15, en el que se refleja que el 85% de los participantes conoce los procedimientos de control que aplica la Autoridad Sanitaria Nacional MSP, para vigilar el cumplimiento de las metas y objetivos en cada uno de los establecimientos, mismas en las que están inmersas las instituciones tanto públicas como privadas, esto conforme a los enfoques organizacionales y de planificación en territorio.

En este aspecto, a criterio de los entrevistados muchos de ellos identifican aquellos procedimientos en los cuales se encuentran sujetos a cumplir tales como: indicadores GPR, procedimientos de auditorías a prácticas y a la atención médica, auditorías a los procesos de facturación y recuperación de costos, permisos de funcionamiento, aplicación de programas y manejo de desechos.

Tabla 16 – Controles a los procesos de atención, administración y prestación del servicio.

Categorías	Gerente	Director Técnico	Director Administrativo	%
• Totalmente de acuerdo	3	8	8	70%
• Parcialmente de acuerdo		3	5	30%
Total	3	11	13	100%

En relación a la tabla 16 en la que se da a conocer los criterios y perspectiva de los participantes acerca del acuerdo o desacuerdo respecto a la realización de controles a los procesos de atención, administración y prestación de los servicios en las instituciones tanto públicas como privadas en la provincia, se identifica que el 70% de los participantes se encuentran totalmente de acuerdo; ellos afirman que estos controles ayudarán a mejorar y fortalecer entre otras cosas la calidad de atención que se brinda en cada una de las instituciones prestadoras de salud.

Por otra parte, el 30% se encuentra parcialmente de acuerdo, debido a que atribuyen que dentro de los procesos de licenciamiento, existen mecanismos de autocontrol que van mucho más allá de los requerimientos esperados por quien realiza dichos controles; es decir, actualmente existen instituciones que han sido acreditadas por organismos internacionales, en los que se les establecen muchos más requisitos que los que actualmente se controlan desde los órganos competentes.

Tabla 17 – Capacidad instalada en las instituciones públicas y privadas en la provincia.

Categorías	Gerente	Director Técnico	Director Administrativo	%
• Alta	1	1	1	11%
• Mediana	2	2	3	26%
• Baja		4	1	19%
• Muy Baja		4	8	44%
Total	3	11	13	100%

Como se puede observar en la tabla 17, los resultados en torno a los criterios de los participantes en cuanto a la capacidad instalada que mantienen las instituciones públicas y privadas bajo la acción articulada entre ellas, se encuentra muy bien distribuido, esto ya que el 44% considera ésta como “Muy Baja”, un 26% “Mediana” el 19% “Baja” y finalmente un 11% de los entrevistados considera que la capacidad instalada en la provincia es “Alta”.

Para lo cual coinciden en su mayoría los entrevistados en que la capacidad a nivel de la provincia es muy baja debido a varios factores tales como: a) incremento exponencial de la población beneficiaria; b) falta o escases de recursos económicos para la adquisición de insumos, materiales, medicamentos y especialmente la dotación del equipamiento acorde a la demanda y necesidades de la población. Los participantes además coinciden en que las instituciones no solamente prestan servicios a la población geográficamente establecida sino que también a población de zonas aledañas provenientes de las provincias de Manabí, Esmeraldas, Los Ríos, Pichincha y de otras provincias.

Tabla 18 – Capacidad técnica de las instituciones públicas y privadas en la provincia.

Categorías	Gerente	Director Técnico	Director Administrativo	%
• Alta	2	1		11%
• Mediana	1	5	13	70%
• Baja		2	1	11%
• Muy Baja			2	7%
Total	3	8	16	100%

Los resultados del análisis de la tabla 18, respecto a la capacidades técnicas de las instituciones encontramos que existe un 70% de participantes que afirman que a nivel de la provincia este aspecto constituye a una capacidad técnica “Mediana”, mientras que un 11% de los participantes en igual proporción consideran que es “Alta” y “Baja”,

finalmente un 8% lo atribuye a la categoría “Muy Baja”. Dentro de lo cual los participantes sostienen que esto sucede debido a diversos factores determinantes entre ellos: a) la formación universitaria b) aspectos políticos; c) apoyo logístico; d) aplicación de guías y protocolos de atención; e) estructura organizacional poco especializada,

Finalmente dentro del contexto general, identificamos principalmente la falta de recursos especialmente económicos, además del alto conjunto de beneficiarios y el alto nivel de influencias que está ejerciendo el componente político; factores atenuantes que a nuestro criterio contribuyen a la baja calidad de los servicios, toma de decisiones poco congruentes y el desatino en cuanto al rumbo de los organizaciones y por ende la afectación de la articulación para la prestación de los servicios.

Objetivo específico 3.- El cual consiste en analizar cómo los factores que limitan las oportunidades de financiamiento y nivel de inversión en los establecimientos de salud afecta la articulación pública y privada en la provincia.

Dentro de lo cual se evalúan aquellos aspectos relacionados a la prestación de los servicios los cuales influyen en la prestación de los servicios de salud a través del nivel de inversión, cambios políticos y los medios de financiamiento para lo cual tenemos a continuación la descripción porcentual de cada uno de los aspectos evaluados.

Tabla 19 – Nivel de Inversión para la prestación de los servicios de salud en la provincia.

Categorías	Gerente	Director Técnico	Director Administrativo	%
• Alta	1	1	1	11%
• Mediana	1	8	5	52%
• Baja	1	2	6	33%
• Poco			1	4%
Total	3	11	13	100%

En relación a los resultados sobre el nivel de inversión según la tabla 19, encontramos que el 52% de los participantes refieren que a nivel de la provincia, es mediano en relación a las necesidades, además del 33% que concluye en que según sus perspectivas es baja; incluso se relacionan con los factores determinados en la explicación de la tabla 17, en los que convergen entre otras cosas, la falta o escases de recursos económicos para la

adquisición de insumos, materiales, medicamentos además de la adquisición de equipamiento para cubrir las necesidades que demanda la población.

Tabla 20 – Influencias de los cambios políticos en el financiamiento para la prestación de los servicios de salud.

Categorías	Gerente	Director Técnico	Director Administrativo	%
• Alta	2	8	9	70%
• Mediana	1	1	4	22%
• Baja		1		4%
• Poco		1		4%
Total	3	11	13	100%

Según la perspectiva de los entrevistados respecto a la media en la que influyen los cambios políticos en el financiamiento de la prestación de los servicios de salud como red, un 70% de los participantes considera que la influencia es “Alta”, mientras que el 22% considera que es “Mediana” y finalmente una distribución similar del 4% atribuyen a la categoría baja y poco. Dentro de lo cual identifican aquellos factores que se obtienen como resultantes de esto, entre ellos tenemos: a) conflictos en decisiones organizacionales; b) inestabilidad directiva; c) cambios constantes de directrices y por ende cambio prematuro o fortuito del rumbo de las instituciones; d) desconocimiento del entorno organizacional, e) cambios administrativos; f) desacuerdo entre los prestadores articulados; g) asignación presupuestaria y por ende los niveles de inversión, entre otros aspectos.

Tabla 21 – Medios de financiamiento de las atenciones que se brindan a la población beneficiaria de los servicios de salud.

Categorías	Gerente	Director Técnico	Director Administrativo	%
1. La aseguradora		2	1	11%
2. El Estado	3	8	12	85%
3. El ciudadano		1		4%
Total	3	11	13	100%

En este aspecto como podemos observar en la tabla 21 el 85% de los participantes coinciden en que el principal medio de financiamiento en la prestación de los servicios de salud a través de los establecimientos públicos y privados proviene del flujo presupuestario del Estado como principal benefactor y garante de la salud; esto debido a que en su gran mayoría de beneficiarios que reciben la atención en los establecimientos no posee afiliación y/o relación laboral dependiente; por otra parte, el costo de las

atenciones que se brindan en las casas de salud privada es asumida directamente por el Estado, especialmente para aquellos pacientes a los que se les deriva desde los prestadores públicos hacia los prestadores privados para recibir la atención.

Objetivo específico 4.- El cual consiste en analizar los elementos de coordinación entre las instituciones públicas y privadas.

Conociendo desde la perspectiva de los participantes a través de la evaluación del nivel de fragmentación, nivel de acuerdo acerca de la articulación para la coordinación, nivel de responsabilidad frente a la prestación de los servicios, existencia o disponibilidad de un departamento de gestión de pacientes, nivel de capacitación del personal inmerso en la gestión de paciente y por último la disponibilidad de sistemas integrados para la gestión de pacientes y su relacionamiento entre los actores de la RPIS, para lo cual se obtuvieron los siguientes resultados descritos desde la tabla 22 hasta la tabla 28.

Tabla 22 – Nivel de fragmentación de los servicios de salud en la provincia.

Categorías	Gerente	Director Técnico	Director Administrativo	%
• Alto	1	2	1	15%
• Mediano	1	5	10	59%
• Bajo	1	4	2	26%
Total	3	11	13	100%

Como podemos observar en la tabla 12, según criterio de los entrevistados, existe un 59% de participantes que afirman que el nivel de fragmentación⁶ en la provincia entre los prestadores es “Mediano”, un 15% considera que es “Alto”, y un 26% cree que es bajo. Es necesario considerar que desde el punto de vista normativo y en torno a la problemática de la prestación de los servicios de salud para la atención, no es lo que se espera del SNS en el territorio.

Tabla 23 – La articulación pública – privada para la mejora de la calidad de la prestación de los servicios de salud en la provincia.

Categorías	Gerente	Director Técnico	Director Administrativo	%
• Totalmente de acuerdo	3	2	3	30%
• Parcialmente de acuerdo		6	9	56%
• Totalmente en desacuerdo		3	1	15%
Total	3	11	13	100%

⁶ Fragmentación.- Falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicidad de los servicios y la infraestructura ociosa y servicios de salud prestados en sitios menos apropiados.

Para el aspecto de integración relacionado a nuestra variable de articulación existe un 56% de participante atado a la categoría parcialmente de acuerdo, mientras que un 30% se encuentra totalmente de acuerdo a que la integración entre actores públicos y privados ha permitido mayor y mejor prestación de servicios a través de la cooperación y administración de los recursos entre las instituciones que intervienen en los servicios de salud en la provincia.

Tabla 24 – Nivel de responsabilidad de la prestación de los servicios de salud por parte de las instituciones públicas y privadas.

Categorías	Gerente	Director Técnico	Director Administrativo	%
• Altamente responsable	3	9	13	93%
• Medianamente responsable		2		7%
Total	3	11	13	100%

En este aspecto identificamos que el 93% de los participantes afirman que es de alta responsabilidad la prestación de los servicios de salud en todas las instituciones tanto pública como privadas, ya que la población beneficiaria puede acceder a los servicios a través de los diferentes subsistemas de salud; esto en el marco de lo que establece el Registro Oficial en su Art. 7, de la *Norma Técnica sustitutiva de relacionamiento para la prestación de servicios de salud entre instituciones de la red pública integral de salud y de la red privada complementaria, y su reconocimiento económico*; en todos los casos, los prestadores de salud deben garantizar la oportunidad de la atención y la disponibilidad de los mejores recursos para el diagnóstico y tratamiento integral de los usuarios/pacientes.

Para lo cual a criterio nuestro es necesarios el desarrollo de nuevos estudios relacionados en la forma y/o acceso a los servicios de salud en los que se indague específicamente al respecto.

Tabla 25 – Existencia de unidad o departamento configurado para la gestión, transferencia y derivación de pacientes hacia otros prestadores.

Categorías	Gerente	Director Técnico	Director Administrativo	%
• Si	3	10	13	96%
• No		1		4%
Total	3	11	13	100%

Para este componente, el 96% afirma que si existe en sus establecimientos una dependencia dedicada a la gestión de pacientes especialmente en los establecimientos del IESS, quienes sostienen que lleva el nombre de “Unidad de Gestión”, el cual desempeña funciones durante 8 horas diarias de lunes a viernes y es administrado por un equipo de varias personas. Para el caso de los hospitales públicos del MSP, se conoce como “Unidad de Trabajo Social” de igual forma labora durante 8 horas de lunes a viernes; sin embargo los traslados, derivaciones o referencias de pacientes durante los fines de semanas son gestionados por los médicos de guardias de los servicios de hospitalarios, especialmente en el servicios de Emergencia de ambos hospitales lo realizan los médicos residentes que se encuentran en aquel momento de guardia.

Tabla 26 – Nivel de capacitación del personal que gestiona los mecanismos, referencia, derivación y transferencias de pacientes.

Categorías	Gerente	Director Técnico	Director Administrativo	%
• Altamente capacitado	2	6	11	70%
• Medianamente capacitado	1	3	2	22%
• Poco capacitado		2		7%
Total	3	11	13	100%

En relación al nivel de capacitación que mantienen los servicios y/o funcionarios en los establecimiento participantes el 70% considera que están “Altamente capacitados”, en el manejo de los mecanismos, insumos normativos y procedimientos de referencia y derivación de pacientes hacia otros prestadores de salud tanto dentro de la provincia como fuera de ésta.

En este aspecto dentro de los mecanismos de gestión de pacientes todos mantienen el mismo estándar en cuanto a la documentación especialmente y coinciden en que dentro de los procedimientos de gestión se utilizan los formularios establecidos por la autoridad sanitaria nacional entre ellos: Formulario 053 (Referencia, derivación, referencia inversa y contrareferencias), formulario 006 (epicrisis), formulario 008 (Emergencia) y en casos necesarios el formulario 005 (nota de evolución), además de los registros y datos de filiación del paciente y/o usuario.

Tabla 27 – Existencia de sistema de tecnología de información para gestión de pacientes

Categorías	Gerente	Director Técnico	Director Administrativo	%
• Si	2		5	26%
• No	1	11	8	74%
Total	3	11	13	100%

Respecto a la existencia de sistema o aplicaciones de tecnologías disponibles en los establecimientos destinados a la gestión de pacientes el 74% de los participantes afirma que no poseen.

Esto a su vez representa uno de los principales factores de debilidad de las instituciones frente a la prestación ágil y sistemática de los procesos de derivación y referencia de pacientes hacia otros prestadores. Enfatizan sin embargo los participantes, que existe la plataforma del Sistema Integrados de la Red de Emergencias Médicas (SIREM), el cual está habilitado para dar respuesta ante la derivación de pacientes a otros en condiciones únicamente de emergencia, por otra parte aquellos casos que no sean considerado emergencias se gestionan a través de la plataforma RPIS.

Tabla 28 – Relacionamiento de los sistema de información con otros prestadores.

Categorías	Gerente	Director Técnico	Director Administrativo	%
• Absolutamente	1			4%
• Medianamente	1	4	4	33%
• Poco	1	1		7%
• Nada		5	2	26%
• No sabe / No responde		1	7	30%
Total	3	11	13	100%

En este aspecto el 33% de los participantes afirma que el nivel de relacionamiento de la información con otros prestadores de la RPIS es “medianamente”; ya que según observamos en la tabla 27 el 78% de las instituciones no dispone de un sistema tecnológico para la gestión de la información de paciente; sino más bien, a través de aplicaciones digitales tales como: correos electrónicos y WhatsApp incluso mediante llamadas telefónicas.

En este sentido a criterio nuestro, la NO disponibilidad de sistemas integrados y relacionados con los prestadores para la gestión de pacientes, dificulta o afecta, entre otras

cosas conocer y direccionar información de pacientes y usuarios en forma homogénea entre ambos o varios establecimiento dentro del proceso de atención, diagnóstico y recuperación al pacientes.

Objetivo específico 5.- Consiste en analizar los factores relacionados a la oferta dentro de la provisión de los servicios de salud en los establecimientos de la RPIS. Este se evaluó mediante el análisis de seis aspectos: restricciones de políticas públicas; oferta de servicios preferenciales; apoyo logístico y de capacitación; eficiencia y eficacia de la rpis; prestación de servicios sin importar el tipo de afiliación y la atención a grupos considerados prioritarios.

Tabla 29 – Restricciones de la política pública a la oferta de servicios

Categorías	Gerente	Director Técnico	Director Administrativo	%
• Absolutamente		2	4	22%
• Medianamente	2	2	1	19%
• Poco	1	2	1	15%
• Nada		2		7%
• No sabe / No responde		3	7	37%
Total	3	11	13	22%

Como se puede observar en la tabla 29, respecto a las restricciones que presenta la política pública en relación al crecimiento o ampliación de la oferta de los servicios de salud, existe la opinión por parte de los entrevistados en la categoría “Absolutamente” en un 22% ; dentro de lo cual se vislumbra una heterogeneidad de respuestas por parte de los demás participantes, dentro de lo cual a criterios de los participantes la política da lugar a limitaciones especialmente a la compra de medicamentos.

En este caso los participantes refieren aquella limitación que presenta el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos (CNMB), para la compra de medicamentos; ya que no les permite acceder a medicamentos de suma eficacia en el tratamiento de patologías que presentan los pacientes, mientras que a su vez permite la compra de otros medicamentos que nunca o casi nunca se utilizan.

Esto se relaciona con lo citado por la Universidad de Antioquia (2009), la cual sostiene que “Se han normatizado muchas cosas, pero a espaldas del mismo médico y del mismo paciente [...], “Yo no sé quién hizo el plan obligatorio de medicamentos, porque hay

muchos medicamentos que ni el médico los utiliza ni tiene por qué mandarlos, mientras que hay unos que realmente uno considera que deberían estar incluidos ahí[...]”; ya la construcción de la norma ha sido enfocada desde el punto de vista administrativo y económico, sin incluir la participación del médico y del ciudadano (Universidad de Antioquia, 2009).

Esto supone una restricción a la oferta de los servicios especialmente para aquellos establecimientos que poseen el talento humano especializado en el uso de alternativos (genéricos), pero cuando éstos no son suficiente generalmente acuden a la utilización de otro tipo de medicación, ésta con mayor concentración además de eficacia.

Tabla 30 – Oferta o servicios preferenciales para grupos o individuos.

Categorías	Gerente	Director Técnico	Director Administrativo	%
• Si	3	7	9	70%
• No		4	4	30%
Total	3	11	13	100%

En este aspecto el 70% de los participantes afirman que si existe una oferta de servicios preferencial, dirigida especialmente a los grupos más vulnerables, misma que está acompañada de un portafolio de servicios compuesto entre otras cosas de: programas dirigidos al adulto mayor, adolescentes, niños (desnutrición, obesidad y víctimas de violencias); mujeres embarazadas, pacientes con enfermedades catastróficas, trabajadores/as sexuales, entre otros grupos.

Esto incluso concuerda con la interrogante planteada respecto a la atención que brindan las instituciones a todos aquellos usuarios y pacientes considerados vulnerables en la Carta Magna (2008) en su art. 36; para el cual cerca del 80% de los participantes afirman que siempre se brinda atención preferencial a estos pacientes (ver tabla 31).

Tabla 31 – Atención a grupos prioritarios establecidos en el marco legal.

Categorías	Gerente	Director Técnico	Director Administrativo	%
• Siempre	3	7	11	78%
• Casi siempre		4	2	22%
Total	3	11	13	100%

Como se puede observar en la tabla 31, el 78% de los participantes sostienen que en sus establecimientos se brinda atención a los grupos prioritarios; el otro 22% sostiene que casi siempre en este caso con mayor ahínco lo refiere el conjunto de directores técnicos de los establecimiento participantes; sin embargo, conforme a lo que establece el Registro Oficial 0091 puesto en vigencia en el año 2017 le corresponde brindar atención prioritaria a todos aquellos grupos consagrados en la Constitución.

Tabla 32 – Apoyo logístico y de capacitación

Categorías	Gerente	Director Técnico	Director Administrativo	%
• Siempre	3	2	4	33%
• Casi siempre		3	3	22%
• Algunas veces		4		15%
• Muy pocas veces		2	1	11%
• Nunca			5	19%
Total	3	11	13	100%

Dentro del análisis del aspecto relacionado al apoyo logístico y de capacitación que las instituciones brindan a otros prestadores, sobre estrategias de articulación tanto públicos y privados para el mejoramiento de la provisión de los servicios de salud a través de la RPIS; todos coinciden en que únicamente brindan capacitación al personal propio del establecimiento, a diferencia del 33% de participantes de la instituciones del MSP, que además brindan apoyo y capacitan a otros establecimientos incluso a aquellos que tienen relación indirecta con la prestación de servicios de salud pero que a su vez forman parte del entorno saludable de la población, entre ellos: bares escolares, comedores públicos y por supuesto a los consultorios médicos y clínicas particulares.

Tabla 33 – Eficiencia y eficacia de la RPIS en la provincia.

Categorías	Gerente	Director Técnico	Director Administrativo	%
• Totalmente de acuerdo	1	4	2	26%
• Parcialmente de acuerdo	2	5	6	48%
• Totalmente en desacuerdo			1	4%
• No sabe / No responde		2	4	22%
Total	3	11	13	100%

A criterio de los entrevistados el 26% consideran que en términos de eficiencia y eficacia están totalmente de acuerdo en que la integración de las instituciones públicas y privadas ha permitido elevar sus niveles de aceptación y satisfacción de la prestación de los servicios de salud a nivel de la provincia, lo cual favorece en gran medida el desarrollo y el cuidado de la salud poblacional de los usuarios y pacientes.

Otro 48% de los participantes se encuentran parcialmente de acuerdo, dado que no siempre existe la disponibilidad e inmediatez para la atención entre los actores, desfavoreciendo en gran medida la satisfacción y calidad de atención en el usuario. Por otra parte el 22% se abstiene de responder al respecto.

Tabla 34 – Prestación de servicios sin importar tipo de afiliación

Categorías	Gerente	Director Técnico	Director Administrativo	%
• Siempre	3	8	9	74%
• Casi siempre		1	3	15%
• Muy pocas veces		2	1	11%
Total	3	11	13	100%

En cuanto a la provisión de los servicios de salud sin importar el tipo de afiliación del usuario el 74% de los entrevistados afirma que siempre se brinda la atención sin importar el tipo de afiliación a la que el usuario pertenece; esto en observancia al marco constitucional relacionado a la prestación de servicios en eventos o situaciones de emergencia no se deberá negar ni restringir la atención a ningún usuario, paciente o familia que se encuentra en situación de riesgo, es así que todos coinciden que en las áreas de emergencia de las instituciones públicas y privadas están obligadas a brindar la atención sin importar los costos que implique la atención de dicho usuario.

Sin embargo estos costos son asumidos directamente por el Estado; para lo cual, a nuestro criterio surge la necesidad de indagar a través de nuevos estudios desde el enfoque social y/o académicos aspectos relacionados al acceso y niveles de coberturas reales proporcionados desde otras fuentes de información, especialmente desde el ciudadano beneficiario.

5. CONCLUSIONES.

En esta sección se detallan a continuación la conclusión a cada uno de los objetivos seleccionados en nuestra investigación, junto a una breve interpretación de los hallazgos:

- El nivel de comprensión por parte de los representantes en torno a la política pública en la prestación de los servicios de salud en la provincia manifiesta un leve desconocimiento sobre la organización, además de un alto desconocimiento en cuanto a los niveles administrativos de planificación del SNS, en el territorio. Esto por supuesto atañó varios aspectos de la prestación de los servicios entre ellos: falta de coordinación entre actores, uso compartido de los recursos (infraestructura, equipamiento, talento humano) desaprovechando incluso la capacidad instalada que poseen por el desconocimiento y falta de establecimiento de estrategias que permitan generar mayor impacto en la prestación de los servicios a la ciudadanía. Además de las prácticas concentradas que se despliegan en torno a la gestión por parte de cada uno de los establecimientos, dejando de lado la organización desconcentrada especialmente para la ejecución de proyectos, planes y programas de inversión y mejoramiento de la atención. Finalmente, constituye parte importante el control que se ejerce desde el MSP, hacia la administración y prestación de los servicios de salud en los establecimientos de la RPIS, ya que sin esto se puede seguir manifestado el incumplimiento, omisión, desobediencia a la regulación y discordancia a los procesos de prestación de los servicios. Esto en el marco de lo que establece la OPS, sobre la búsqueda de los Estados Latinoamericanos por mejorar los sistemas sanitarios a través de estrategias que incorporen varios elementos de coordinación, mediante la participación de los sectores públicos – privados con y sin fines de lucro, (Organización Panamericana de la Salud., 2008). En este aspecto el Ecuador en materia de política pública especialmente en salud ha sido reconocido por sus logros, especialmente por la creación del modelo de atención integral en salud, familiar, comunitario e intercultural (MAIS-FCI), en el que se vinculan factores de conexión que permiten la articulación y la integración de mecanismos, entre los distintos sectores que participan en los servicios de salud.

- El análisis de los resultados en cuanto a la organización de la RPIS a través de la evaluación de la capacidad instalada, capacidad técnica y los procesos de control y disponibilidad de los recursos en la provincia, en los que se relaciona diversos factores entre ellos al incremento exponencial de la población beneficiaria; falta de recursos económicos para la adquisición de insumos, materiales, medicamentos y especialmente la dotación del equipamiento acorde a la demanda y necesidades de la población.

Por otra parte encontramos factores ligados a la mediana calidad técnica en la prestación de los servicios atribuido esto enfáticamente a la baja calidad de formación universitaria, aspectos políticos, falta de capacitaciones en cuanto a la aplicación de guías de prácticas clínicas (GPC) y protocolos de atención; esto último a nuestro criterio falencia del componente relacionado a la formación universitaria; además del poco conocimiento y especialización de los dirigentes que conforman las estructuras organizacionales a nivel de las instituciones provinciales y/o organización territorial.

En cuanto a los controles desarrollados en relación a la prestación y administración de los servicios en los establecimientos encontramos un porcentaje del 30% de respuestas que inducen, a que este tipo de práctica deberá estar orientada a cumplir estándares internacionales ya establecidos en pocos establecimientos prestadores, en los cuales los requisitos van más allá de los que actualmente se exige por las autoridades de control.

Esto se relaciona con lo expresado por Etzioni (1964), en torno a la organización de los estructuras institucionales el cual sostiene que la “organización es el proceso de asegurar la obtención de recursos y su uso eficaz y eficiente en favor del cumplimiento de los objetivos de la organización”.

- Como parte del análisis de los factores que limitan las oportunidades de financiamiento a través de la evaluación de los aspectos que influyen en la prestación de los servicios de salud mediante el nivel de inversión, cambios políticos y los medios de financiamiento, en los que encontramos para los niveles de inversión como principal factor el bajo nivel de inversión; además de otros factores atribuidos al cambio político tales como: a) conflictos en decisiones organizacionales; b) inestabilidad directiva; c) cambios constantes de directrices

y por ende cambio prematuro o fortuito del rumbo de las instituciones; d) desconocimiento del entorno organizacional, e) cambios administrativos; f) desacuerdo entre los prestadores articulados; g) asignación presupuestaria y por ende los bajos niveles de inversión.

Desde la perspectiva de los entrevistados se vislumbran un alto porcentaje de criterios que refieren que el Estado es el principal benefactor de las atenciones que se brindan en los establecimientos de salud tanto públicos como privados. Este lógicamente como garante establecido en la Constitución; sin embargo, la cobertura de la seguridad social para la población con empleo a nivel urbano según el INECE (2017), mantiene una creciente tendencia de aproximadamente el 37.7% este cubierto por aseguradoras (IESS, ISSFA, ISSPOL) y otros tipos de seguros, especialmente el 9.35% de la población que posee un seguro privado de salud por iniciativa propia, además de un cierto porcentaje desconocido que mantiene seguros otorgados por la adquisición de un crédito de vivienda, de consumo y demás, mismos que deben brindar cobertura en atenciones médicas y cubrir lógicamente el costo de las atenciones que se desarrollen tanto en los prestadores privados como públicos (INEC, 2017) & (Expreso, 2014).

Considerando que la sostenibilidad de los sistemas sanitarios especialmente los basados en atención primaria de salud (APS), requieren además de inversión, políticas que garanticen el flujo y retribución económica a la prestación de los servicios de salud, contribuyendo a mejorar la satisfacción de los usuarios a través de la cobertura a las necesidades que presentan los grupos poblacionales.

- En cuanto a la articulación dentro del relacionamiento para la prestación de los servicios de salud entre los actores públicos y privados, a criterios de los entrevistados en la arena práctica, identificamos un nivel medio del 60% de fragmentación, lo cual puede contrastarse con el nivel de acuerdo que mantienen las instituciones respecto a la integración de los elementos de conexión tales como: recurso humano, económicos, sistemas de información y demás mecanismos de comunicación.

Dentro de esto se suma la poca disponibilidad de insumos para la gestión de pacientes desde y entre los establecimientos ya que actualmente no poseen un sistema integral que permita arrojar mejores ventajas, por otra parte la

disponibilidad de recursos que poseen las instituciones en la provincia, no es suficiente para la gran demanda poblacional que existe; a pesar de que más del 90% de los entrevistados coincide en la responsabilidad de brindar servicios en forma continua y articuladamente todos los actores de la RPIS, a través de varios elementos especialmente para la integración y coordinación de la atención.

En cuanto a los niveles de capacitación y disponibilidad de tecnologías de la información en torno al manejo y gestión de la información y más que todos los insumos para la referencia y derivación de pacientes se observa un nivel aceptable, sin embargo este deberá ser un fortalecimiento holístico y sistemático en todos los establecimiento; esto ya que actualmente los participantes, especialmente los establecimientos del MSP, afirman que mantienen dos mecanismo de referencias el SIREM y la plataforma RPIS; mientras que en el IESS, ISSFA y ISSPOL, únicamente utilizan la plataforma RPIS.

- La provisión de los servicios, como parte de las políticas públicas que deben cubrir aquellas brechas de inequidad, desigualdad y falta de derecho al acceso a los servicios de calidad y calidez a través de estrategias de alineación y articulación entre actores para que los servicios lleguen y satisfagan las necesidades poblacionales especialmente de los grupos prioritarios vulnerables (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

En este aspecto en el que se evalúa las restricciones que presenta la política pública de salud, identificamos una diversidad de opiniones; sin embargo, todos coinciden en que la política limita la compra de medicamentos, en lo específico aquellos que se encuentran fuera del cuadro nacional de medicamentos básicos (CNMB) establecido por la Autoridad Sanitaria Nacional MSP.

Lo que supone una restricción a la oferta de los servicios especialmente para aquellos establecimientos que poseen el talento humano especializado quienes prefieren la utilización de medicamentos con mayor concentración y efecto de acción en la recuperación de los pacientes; ya que en su mayoría los establecimientos brindan atención a pacientes con múltiples patologías en las que además no se limita el acceso a los servicios de salud a todos los usuario, incluso sin considerar el tipo de afiliación que este mantiene.

En cuanto al apoyo logístico y capacitación entre los establecimientos de salud, vemos que únicamente se aplica con mayor énfasis en los establecimientos del MSP, los cuales expanden el soporte en temas a otras instituciones, incluso en aquellos que tienen relación indirecta con la prestación de servicios de salud pero que constituyen para importante en el entorno saludable de la población, entre ellos: bares escolares, comedores públicos y por supuesto a los consultorios médicos y clínicas particulares.

Es necesario preponderar que todos los resultados descritos en el presente estudio son producto de la aplicación de entrevistas a funcionarios públicos principalmente en un 93% de las instituciones seleccionadas; pudiendo verse sesgado o inclinado al criterio de un segmento del sector salud en la provincia, para lo cual es necesario contrastar a través de nuevos estudios que permitan equilibrar los criterios desde ambos extremos.

6. RECOMENDACIONES

En aras de contribuir al entorno social y académico mediante lo descrito en el presente estudio, en el que se detallan ciertos factores en torno a la implementación plena de una cierta parte de la política pública en salud; es justo y necesario presentar a continuación varias recomendaciones:

- Afianzar la cultura organizacional a través de la clase especializada desde el enfoque de Max Weber (1864 -1920), que consista en la “forma organizacional que realza la precisión, la velocidad, la claridad, la regularidad, la exactitud y la eficiencia conseguida a través de la división prefijada de las tareas, de la supervisión jerárquica, y de detalladas reglas y regulaciones”.

A fin de ejecutar las acciones conforme a la sumisión de lo que establecen el marco normativo y regulatorio, mediante la actitud, comportamiento y conocimiento sólido de los funcionarios encargados de ejecutar la política con el principal propósito de generar el mayor y mejor impacto en cuanto al cumplimiento de metas y objetivos conforme a lo que refiere (Van Meter & Van Horn, 1993).

- Buscar el acercamiento y fortalecimiento de las bases de formación a través de la retroalimentación a las universidades a través de convenios, proyectos y/o

programas de adiestramiento, buscando de esta manera el incremento en los aspectos de la capacidad técnica y con esto mejorar paralelamente la capacidad instalada, ya que el uno de los recursos más valiosos de las instituciones es el recurso humano. Esto lógicamente conlleva el realce y rediseño a los procesos de control y auditorías a la administración y prestación de los servicios en los establecimientos de salud, buscando de esta manera una mejor administración de los recursos a través de la introducción de requisitos de acreditaciones internacionales homogéneas en todos los establecimientos de salud.

- Afinar los procesos y procedimientos de recuperación de costos de las atenciones que se brindan especialmente a pacientes que poseen un tipo de seguro específicamente de aquellos que mantienen contratos con aseguradoras privadas de salud, buscando con esto incrementar y equilibrar los recursos económicos disponibles para el incremento de la calidad de atención y con esto la satisfacción del pacientes y usuarios. Considerando que el Estado como garante y benefactor no mantiene la suficiente solvencia y liquidez económica suficiente para la sostenibilidad y cobertura total de los servicios de salud.
- Implementar o articular los sistemas de información que se utilizan en torno a la gestión de pacientes desde las diferentes instituciones a fin de establecer una herramienta homogénea de información y comunicación entre actores, buscando con esto direccionar la misma información de los pacientes en forma clara y oportuna, mejorando de esta manera la oportunidad y agilidad en la atención.
- Ampliar los programas de apoyo logístico y de capacitación a todos los establecimientos bajo los mismos temas y orientados a conseguir y alcanzar los mismos objetivos en el ejercicio de la prestación de los servicios, cuidado y desarrollo social de la población a través del impacto que cada establecimiento genere dentro de la provisión de los servicios a las distintas clases o estratos poblacionales a los que brinda cobertura.

7. BIBLIOGRAFÍA.

- Aguilar Villanueva, L. F. (1993). *La Implementación de las Políticas*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Castellanos, P. L., Lizardo, J., Matías, B., Morales, L., Chupani, C. R., & Suárez, R. M. (2009). *El nuevo modelo del sistema de salud: Inicios, rutas y dificultades*. Santo Domingo, República Dominicana: Friedrich Ebert Stiftung.
- Coarasa, J., Das, J., & Hammer, J. (2014). Privado o Público. *Finanzas & Desarrollo*.
- Cravacuore, D. (2002; 2003). La articulación de actores para el desarrollo local. *Servicios-ABC*.
- Curcio Curcio, P. (2007). Metodología para la evaluación de políticas públicas de salud. *Politeia*.
- Espinosa, V., Acuña, C., De la Torre, D., & Tambini, G. (2017). La reforma en salud del Ecuador. *Revista Pan American Journal of Public Health*.
- Expreso. (12 de Enero de 2014). *expreso.ec*. Obtenido de www.expreso.ec/historico/seguros-llegan-a-muy-pocos-JYGR_5527943
- Facultad Nacional de Salud Pública. (2009). *La legislación que reglamenta el sistema de salud colombiano: formulación, aplicación e implicaciones sobre sus actores*. Medellín - Colombia: Facultad Nacional de Salud Pública.
- Flórez Hernández, J. A., & Sánchez Montoya, L. H. (2013). *Gobernanza, Organización y Financiamiento para una Red Integrada de Servicios de Salud en el Norte Antioqueño: Desde la perspectiva de los actores*. Medellín: Universidad CES - Grupo de Investigación: Observatorio de la Salud Pública.
- Fuenmayor, R., & Vásquez, M. D. (2003). Prestación de servicios públicos locales por organizaciones no gubernamentales. *CAYAPA - Revista Venezolana de Economía Social*.
- Gómez Camelo, D. (2005). Análisis comparativo de los sistemas de salud de la región Andina y el Caribe. *Revista de Salud Pública*.
- González Block, M. A. (1988). El traslape de la demanda en el sistema nacional de salud de México: Limitaciones en la integración sectorial. *Salud Pública Mex*.
- González Rossetti, A. (2005). *La factibilidad política de las reformas del sector social en América Latina*. México: CEPAL.

- Granados Toraño, R., & Gómez Montoya, M. C. (2002). La Reforma de los Sistemas de Salud en Chile y Colombia: Resultados y Balances. *Revista de Salud Pública*.
- INEC. (2017). *Reporte de Economía Laboral*. INEC: Dirección de Estudios y Análisis de la Información.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2004). Análisis comparativo de los sistemas de salud de Cuba y Canadá. *Revista Biomed*.
- Joaquín, M. (11 de Enero de 2016). *Articulación pública privada para el desarrollo*. Recuperado el 18 de 10 de 2017, de <http://modernizacionestatal.blogspot.com/2015/11/cedyat-articulacion-publico-privada.html>
- Londoño, J. L., & Frenk, J. (1997). Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. *Health Policy*.
- Ministerio de Salud Pública. (2013). *Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud*. Quito: Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública.
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Lineamientos Operativos para la implementación del MAIS Y RPIS*. Quito: Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud - Dirección Nacional de Normatización.
- Ministerio de Salud Pública. (11 de Abril de 2016). *Ministerio de Salud Pública*. Recuperado el 24 de Octubre de 2017, de <http://www.salud.gob.ec/la-ops-reconoce-el-trabajo-en-salud-de-ecuador-y-le-entrega-una-placa-por-la-aplicacion-de-sus-politicas-publicas-de-salud/>
- Ministerio de Salud Pública. (abril de 2017). *Geo Salud*. Recuperado el 16 de Octubre de 2017, de <https://geosalud.msp.gob.ec/geovisualizador/index.php>
- Ministros de Salud de las Américas. (2007). Agenda de Salud para las Américas: 2008 - 2017. *Presentada por los ministros de salud de las Américas*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud. *Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Redes integradas de Servicios de Salud: El Desafío de los Hospitales*. Chile: OPS/OMS.

- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Perfil del Sistema de Salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reformas*. Washington, D.C.: OPS.
- Rein, M., & Rabinovitz, F. F. (1993). La implementación: Una perspectiva teórica. Entre la intención y la acción. En L. F. Aguilar Villanueva, *La implementación de las políticas*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Revuelta Baquero, B. (2007). *La implementación de políticas públicas*. Colombia: Universidad de la Sabana.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2014). *Distribución espacial referencial de los establecimientos prestadores de servicios públicos*. Quito: Senplades.
- SNAP. (2014). Sistema GPR de Gestión por Resultados . *Premios ExcelGOB*.
- Universidad de Antioquia. (2009). *La legislación que reglamenta el sistema de salud colombiano: formulación, aplicación e implicaciones sobre sus actores*. Antioquia: Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública.
- Van Meter, D. S., & Van Horn, C. E. (1993). El proceso de implementación de las políticas - Un marco conceptual. En L. F. Aguilar Villanueva, *La implementación de políticas*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- World Health Organization. (2000). *The world health report 2000: Health Systems: Improving Performance*. Francia: World Health Organization.

ANEXOS

Anexo. 1

Establecimiento: _____ Fecha: ___ / ___ /2018

Propósito de la entrevista

Conocer desde la experiencia y perspectiva de cada uno de los representantes de las instituciones públicas y privadas información precisa para la elaboración de nuestro trabajo investigativo; para lo cual se garantiza el principio de confidencialidad de la información proporcionada.

Tema de Investigación.

La prestación de los servicios de salud mediante la articulación pública – privada; Análisis de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, en el periodo 2014-2016.

Datos Personales:

Cargo:		Tiempo en el cargo:	
Edad:		Género:	
N. Académico:			

Nº	Pregunta	Categoría
1	¿De acuerdo a la política del SNS, la articulación territorial, dentro de las atribuciones y competencias en el marco de la prestación de servicios de salud, corresponde a una?	1. Organización Territorial Concentrada () 2. Organización Territorial Desconcentrada ()
2	¿De acuerdo a la política del SNS, los niveles administrativos de planificación para la coordinación y prestación de servicios son?	1. Plata central - MSP - Distritos () 2. Nivel Nacional- Zonal - Distrital - Circuitos () 3. Provinciales - Cantonales - Parroquiales ()
3	¿Cree Usted que la RPIS se encuentra conformada por la articulación de establecimientos públicos y privados con o sin fines de lucro?	• Absolutamente () • Medianamente () • Poco () • Nada () • No sabe / No responde ()
4	¿Cree Usted que de acuerdo a la política del SNS, el marco normativo y regulatorio, corresponde la supervisión al comportamiento de las instituciones de salud al MSP?.	• Absolutamente () • Medianamente () • Poco () • Nada () • No sabe / No responde ()
5	¿Conoce Usted los procedimientos de control que aplica la autoridad sanitaria nacional para vigilar el cumplimiento de las metas y objetivos por parte de las instituciones públicas y privadas que conforman la RPIS en la provincia?	• Si () • No () Como cuales: _____

6	Está usted de acuerdo, que se realicen controles respecto a los procesos de atención, administración y prestación de los servicios a las instituciones públicas y privadas que conforman la RPIS.	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente de acuerdo () • Parcialmente de acuerdo () • Totalmente en desacuerdo () • No sabe / No responde ()
7	¿Según su criterio la capacidad instalada (entiéndase a: infraestructura, equipamiento, insumos y materiales) que disponen las instituciones públicas y privadas en la provincia, puede considerarse?	<ul style="list-style-type: none"> • Alta () • Mediana () • Baja () • Muy Baja ()
8	¿Según su criterio, el nivel de conocimiento y/o formación técnica que mantienen las instituciones públicas y privadas en la provincia es?	<ul style="list-style-type: none"> • Alta () • Mediana () • Baja () • Poco () • Nada ()
9	Esta de acuerdo en que la articulación pública – privada favorece la capacidad técnica de las instituciones a través del apoyo logístico que estas deben producir.	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente de acuerdo () • Parcialmente de acuerdo () • Totalmente en desacuerdo () • No sabe / No responde ()
10	¿La calidad de atención que brindan las instituciones a través de la integración de los recursos públicos y privados, para lograr la adhesión y satisfacción a los usuarios que acceden a los servicios es?	<ul style="list-style-type: none"> • Muy buena () • Buena () • Regular () • Mala () • No sabe / No responde ()
11	¿Considera Usted que la asignación o inversión de recursos para la provisión de los servicios en red a través de la articulación pública – privada es?	<ul style="list-style-type: none"> • Alta () • Mediana () • Baja () • Poco () • Nada ()
12	¿En qué medida considera usted que los cambios políticos influyen en el financiamiento de la prestación de los servicios en red a través de la articulación pública – privada? Porque:	<ul style="list-style-type: none"> • Alta () • Mediana () • Baja () • Poco () • Nada ()
13	El costo de las atenciones que se brindan a través de la articulación públicas y privadas son mayormente asumidas por:	<ol style="list-style-type: none"> 1. La aseguradora () 2. El Estado () 3. El ciudadano () 4. Por el establecimiento ()
14	La fragmentación de los servicios de salud entendida como la "falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios y la infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado" es:	<ul style="list-style-type: none"> • Alta () • Mediana () • Baja ()
15	Está usted de acuerdo que la articulación pública – privada ha permitido lograr una mayor y mejor prestación de servicios a través de la cooperación y administración de los recursos entre las instituciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente de acuerdo () • Parcialmente de acuerdo () • Totalmente en desacuerdo () • No sabe / No responde ()
16	Considera usted que es responsabilidad de las instituciones públicas y privadas, prestar servicios de salud de manera continua y permanente en forma articulada	<ul style="list-style-type: none"> • Altamente responsable () • Medianamente responsable () • Poco responsable () • Nada responsable ()
17	¿Existe una unidad o departamento configurado para la gestión, transferencia y derivación de pacientes hacia otros prestadores de la RPIS?	<ul style="list-style-type: none"> • Si () • No ()

18	¿El personal que gestiona los mecanismos de referencias y derivación están capacitados sobre lo referente al marco normativo que rige a la RPIS	<ul style="list-style-type: none"> • Altamente capacitado () • Medianamente capacitado () • Poco capacitado () • Nada capacitado ()
19	¿Mantiene el establecimiento sistema de tecnología de la información para la gestión, transferencia y derivación de pacientes entre prestadores de la RPIS?	<ul style="list-style-type: none"> • Si () • No ()
20	¿Los sistemas de gestión de la información se encuentran relacionados con los demás establecimientos de salud, a fin de que conocer y direccionar la misma información de los pacientes, para evitar duplicidad y discordancia de la información?	<ul style="list-style-type: none"> • Absolutamente () • Medianamente () • Poco () • Nada () • No sabe / No responde ()
21	¿La política pública del SNS establece restricciones que impiden el crecimiento o ampliación en la oferta de servicios en los establecimientos?	<ul style="list-style-type: none"> • Si () • No ()
22	¿Existe una oferta o cartera de servicios preferenciales para grupos o ciudadanos en particular en su establecimiento?	<ul style="list-style-type: none"> • Si () • No ()
23	La institución brinda apoyo logístico y de capacitación a otros establecimientos tanto públicos como privados dentro de la RPIS, sobre temas o estrategias de articulación y mejoramiento de la provisión de los servicios como red.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre () • Casi siempre () • Algunas veces () • Muy pocas veces () • Nunca ()
24	Considera Usted que la integración de los actores dentro de la RPIS a permitido una provisión de servicios más eficaz, eficiente y efectiva.	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente de acuerdo () • Parcialmente de acuerdo () • Totalmente en desacuerdo () • No sabe / No responde ()
25	Su establecimiento presta servicios a toda la población beneficiaria sin importar el tipo de afiliación que mantiene el usuario.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre () • Casi siempre () • Algunas veces () • Muy pocas veces () • Nunca ()
26	¿Su establecimiento brinda atención preferente o prioritaria a los pacientes considerados dentro de las 13 categorías definidas en el marco normativo vigente?	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre () • Casi siempre () • Algunas veces () • Muy pocas veces () • Nunca ()